

Leila Grönlund ja Karoliina Tornberg

**HOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ HILJAISESTA RAPORTOINNISTA JA
HILJaiseen RAPORTOINTIIN SIIRTymISEN HAASTEISTA**

**Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Helmikuu 2018**

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Helmikuu 2018	Tekijä/tekijät Leila Grönlund & Karoliina Tornberg
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja		
Työn nimi HOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ HILJAISESTA RAPORTOINNISTA JA HILJAISEEN RAPORTOINTIIN SIIRTYMISEN HAASTEISTA		
Työn ohjaaja Annukka Kukkola, TtT, yliopettaja	Sivumäärä 34 + 5	
Työelämäohjaaja Anu Lepistö, hoitopäällikkö		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kitinkannuksen hoitohenkilökunnan näkemyksiä hiljaisesta raportoinnista ja hiljaiseen raportointiin siirtymisen haasteista asumispalvelun asiakkaiden hoidossa. Tavoitteena oli saada tuloksia, joiden kautta Kitinkannuksen hoitohenkilökunnan olisi mahdollista kehittää asiakaslähtöisesti hiljaista raportointia osaksi asumispalvelun asiakkaiden hoitotyötä.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista tutkimusotetta. Kohderyhmänä oli Kitinkannuksen hoito-osaston hoitohenkilökunta (N=16) ja aineisto kerättiin avoimella kyselylomakkeella. Vastauksia saatiin 11 kappaletta. Saadut vastaukset analysoitiin induktiivista menetelmää käyttäen.</p> <p>Tulosten mukaan hoitohenkilökunnan käsitykset siirtymisestä hiljaiseen raportointiin olivat sekä myönteisiä että kielteisiä. Suurin osa koki, että hiljainen raportointi olisi hyvin soveltuva asumispalveluasiakkaiden hoitotyöhön. Hiljaisen raportoinnin uskottiin lyhentävän raportointiaikaa ja mahdollistavan yksilöllisen tiedonsaannin. Kielteisenä asiana siirtymisessä pidettiin suullisen raportin sosiaalisen ja vuorovaikutuksellisen merkityksen katoamista. Kehityshaasteina nähtiin muun muassa kirjaamiseen liittyvät puutteet ja epäsopivat raportointitilat. Lisäksi muutoksen aiheuttama vastustusta pidettiin yhtenä tärkeänä huomioitavana asiana hiljaiseen raportointiin siirtymisessä.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten pohjalta muodostettu toimintamalli hiljaiseen raportointiin siirtymisen tueksi olisi sovellettavissa myös muissa samankaltaisissa hoito- ja palvelukodeissa.</p>		

Asiasanat hiljainen raportointi, kirjaaminen, muutoksen vastustus, suullinen raportointi
--

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date February 2018	Author/s Leila Grönlund & Karoliina Tornberg
Degree programme Degree programme in nursing		
Name of thesis THE VIEWS OF NURSING STAFF ABOUT THE SILENT REPORTING AND CHALLENGES REGARDING ITS IMPLEMENTATION		
Instructor Annukka Kukkola	Pages 34 + 5	
Supervisor Anu Lepistö		
<p>The purpose of the thesis was to find out the views of Kitinkannus nursing staff about the silent reporting and the challenges regarding its implementation in the care of housing service customers. The objective was to get results through which the nursing staff of Kitinkannus would be able to develop silent reporting in a customer-oriented way to be a part of the care of housing service customers.</p> <p>Qualitative research method was used. The target group of the research was the nursing staff of Kitinkannus (N=16) and the material was collected with an open questionnaire. 11 responses were received. The responses received were analysed using inductive method.</p> <p>According to the results the thoughts of Kitinkannus nursing staff about the implementation of silent reporting were both positive and negative. Majority experienced that silent reporting would be well suited into the care of housing service customers. In addition, the staff believed that silent reporting would shorten the report time and enable personalized access to information. As a negative thing in the implementation of silent reporting nursing the staff regarded the disappearance of verbal handover's social and interpersonal significance. The shortcomings in documentation and unsuitable report facilities were seen as development challenges. Also, resistance to change was seen as one factor that should be noticed in the implementation of silent reporting.</p> <p>Operations model that was formed based on the results of the present thesis in order to support the implementation of silent reporting, could also be used in other similar nursing and service homes.</p>		
Key words documentation, resistance to change, verbal reporting, silent reporting		

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA	2
2.1 Hoitotyön kirjaaminen ja lainsäädäntö.....	2
2.2 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen.....	4
2.3 Raportointi.....	5
2.3.1 Suullinen raportointi.....	6
2.3.2 Hiljainen raportointi.....	8
2.4 Muutos ja toiminnan kehittämisen haasteet työyhteisössä	10
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	13
4 AINEISTO JA MENETELMÄT	14
4.1 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus.....	14
4.2 Lähestymistapa, menetelmä ja aineiston keruu	14
4.3 Aineiston analyysi.....	16
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	17
5.1 Hoitohenkilökunnan käsityksiä siirtymisestä hiljaiseen raportointiin.....	17
5.2 Hoitohenkilökunnan näkemykset huomioitavista asioista siirtymisessä hiljaiseen raportointiin.....	19
6 POHDINTA.....	21
6.1 Hoitohenkilökunnan käsitykset siirtymisestä hiljaiseen raportointiin.....	21
6.2 Henkilökunnan näkemykset huomioitavista asioista siirtymisessä hiljaiseen raportointiin	24
6.3 Luotettavuus ja etiikka.....	26
6.4 Opinnäytetyöprosessin tarkastelua.....	28
6.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	29
LÄHTEET	31
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kitinkannuksen tarkoituksena on ollut ensisijaisesti toimia sotainvalidien ja sotaveteraanien kuntoutuslaitoksena, mutta lyhyessä ajassa alkuperäinen asiakaskunta on pienentynyt, minkä myötä toimintaa on kehitetty vaativan laituskuntoutuksen ja hoivapalveluiden suuntaan.

Opinnäytetyön aihe valikoitui Kitinkannuksessa ilmenneen kehittämistarpeen kautta. Kitinkannuksessa tapahtuneiden muutosten seurauksena haluttiin ajankäyttöä tehostaa, jotta kuntouttavalle hoitotyölle saataisiin lisäresurssia. Kitinkannuksessa raportointi vuoron vaihdon yhteydessä toteutetaan pääosin suullisesti potilastietojärjestelmää hyödyntäen. Tavoitteena on vapauttaa raportointiin kuluva ajasta vähintään puolet hoitotyöhön.

Ajallista säästöä on mahdollista saada kehittämällä raportointia osittain hiljaiseksi. Hiljainen eli kirjallinen raportointi toteutetaan siten, että työvuoronsa aloittavat hoitotyöntekijät lukevat itsenäisesti potilaiden tiedot sähköisestä potilaskertomuksesta. Yleisesti ottaen ajatellaan, että hiljainen raportointi vapauttaa enemmän aikaa hoitotyöhön (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015, 52). Tätä väitettä tukevat myös aiemmin tehdyt tutkimukset (Laukkanen, Lehti, Hassinen & Hupli 2012; Riesenber, Leitzsch & Cunningham 2010; Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003; Barbera 1998).

Hiljaista raportointia henkilökunta tulisi käyttämään asumispalvelun asiakkaiden osalta, jotka asuvat Kitinkannuksessa pysyvästi. Heitä on 11 vuoden 2018 alussa. Nämä asiakkaat ovat henkilökunnalle jo entuudestaan tuttuja, joten heidän kohdallaan seuraavalle työvuorolle akuuttihoidon kannalta raportoitavaa on vähemmän. Vaativampaa hoitoa tarvitsevien lyhytaikaisempien laituskuntoutujien asiakkaiden hoidossa pitäydytään suullisessa raportoinnissa, koska raportoitavan tiedon määrä on päinvastaisesti suurempi ja sisältö erilainen. Kehittämällä raportointia osittain hiljaiseksi pyritään pitämään muutos henkilökunnalle helpommin kohdattavana ja toteutettavana.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kitinkannuksen hoitohenkilökunnan näkemyksiä hiljaisesta raportoinnista ja hiljaiseen raportointiin siirtymisen haasteista asumispalvelun asiakkaiden hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tuloksia, joiden kautta Kitinkannuksen hoitohenkilökunnan on mahdollista kehittää asiakaslähtöisesti hiljaista raportointia osaksi asumispalvelun asiakkaiden hoitotyötä. Raportoinnista vapautuvan ajan hoitohenkilökunta voisi käyttää asumispalveluasiakkaiden hoitoon ja kuntoutukseen.

2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA

Opinnäytetyön tietoperustassa käsitellään hoitotyön kirjaamista, siihen liittyvää lainsäädäntöä ja rakenteista mallia, sekä hoitotyön suullista ja hiljaista raportointia. Tietoperustassa nostetaan esille myös toiminnan kehittämisen haasteet työyhteisössä, koska opinnäytetyössä tähdätään kehitysehdotukseen, jonka avulla Kitinkannuksessa voidaan lähteä hakemaan muutosta nykyiseen raportointimenetelmään.

2.1 Hoitotyön kirjaaminen ja lainsäädäntö

Päivittäinen hoitotyön kirjaaminen eli dokumentointi on hyvin keskeisessä roolissa sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. Dokumentoimalla pystytään turvaamaan tiedonkulku potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden välillä. Lisäksi huolellinen dokumentointi on avainasemassa laadukkaan ja turvallisen hoidon antamisessa sekä lähtökohtana turvallisuusriskien hallinnassa. Potilasturvallisuuden ja riskienhallinnan toteutumisen edellytyksenä nimittäin on, että potilaasta ja hänen hoidostaan on saatavilla oikeaan aikaan kirjattua tietoa. Kirjatun tiedon hyvä laatu on myös henkilökunnan ja potilaan oikeusturvan kannalta yhteinen etu, jos hoitoa joudutaan jälkeenpäin selvittämään. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 26; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.)

Kirjaamisen haasteet ja puutteet ovat usein myötävaikuttamassa vaaratapahtumiin. Kirjaaminen voi olla riittämätöntä tai pahimmillaan puuttua kokonaan. Joskus ongelmana ovat sähköiset potilastietojärjestelmät, joiden tulisi toimia hoitohenkilökunnan välillä tapahtuvan tiedonkulun välineenä ja tukena. Tietojärjestelmien käytön riittämätön osaaminen voi johtaa tilanteisiin, joissa tarvittavaa tietoa ei löydetä tai se on jäänyt kirjaamatta. Dokumentointiin liittyvät haasteet voivat ilmetä vasta omasta organisaatiosta poistuttaessa. Dokumentoinnin, ja näin ollen tiedonkulun, haasteet sekä riskit voivat liittyä organisaation toimintakulttuuriin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011; Suomen potilasturvallisuusyhdistys ry 2015.)

Kirjatun ja kirjattavan tiedon sisältöön tulisi myös kiinnittää erityistä huomiota. Työtehtävien ja hoitotyön rutiinien kirjaamisen sijasta tulisi painotuksen olla hoitotyön tulosten dokumentoinnissa. Tutkimuksen (Mason 1999) mukaan hoidon dokumentointiin vaikuttaa hoitajan asenne kirjaamiseen, hoitajan kyky analyttiseen ja kriittiseen ajatteluun sekä työyhteisön toimintatapa ja työskentelyolosuhteet. Dokumentoitu tieto ei välttämättä vastaa potilaan hoidon tarvetta, jos se on kirjattu vain siitä syystä, että

tämä kuuluu pakollisena osana hoitohenkilökunnan työnkuvaan. Kirjaaminen on monipuolisempaa ja se on helpommin mielletävissä yhdeksi kiinteäksi osaksi potilastyötä, kun sitä tapahtuu koko ajan työvuoron ajan sen sijaan, että se olisi kokonaan erillinen toiminto työvuoron päätteeksi. (Kärkkäinen 2007.)

Hoitotyön kirjaamiseen kuuluvat potilastietojen luotettavan ja potilaslähtöisen tuottamisen lisäksi myös potilastietojen säilyttäminen ja jakaminen (Rautava-Nurmi ym. 2015, 40). Hoitotyön kirjaamista ja sen eri osa-alueita säätelevät lukuisat eri lait, asetukset, ohjeistukset ja säädökset. Kun tiedonhallinta tapahtuu näitä noudattaen, potilastiedot ovat oikeiden henkilöiden saatavilla oikeaan aikaan ja tiedon voidaan luottaa olevan riittävän kattavaa sekä ajankohtaista (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulo-saari & Uski-Tallqvist 2016, 44). Esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) velvoittaa, että jokaiselle potilaalle laaditaan ja kirjataan henkilökohtainen hoitosuunnitelma tarvittavine potilasasiakirjoineen. Suunnitelma tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan ja tilanteesta riippuen myös hänen läheistensä kanssa (Rautava-Nurmi ym. 2015, 41). Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) taas painottaa potilastietojen saatavuutta, käytettävyyttä ja tietoturvallista käsittelyä. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009) määritellään lopulta, mitkä ovat hoidon kannalta ne tärkeimmät ja tarpeellisimmat tiedot sekä kuinka kauan ja miten niitä tulee säilyttää. Asetus ottaa kantaa myös potilastietojen tietoturvalliseen käsittelyyn. Asetuksella tahdotaan turvata laadukas ja luottamuksellinen hoito sekä edistää potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvaa (Rautava-Nurmi ym. 2015, 42). Edellä mainittujen lisäksi muita keskeisimpiä kirjaamista sääteleviä lakeja ja asetuksia ovat henkilötietolaki (523/1999), terveydenhuolto-laki (2010/1326) sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (2011/341).

Potilasasiakirjat, potilaan hoitosuunnitelma ja kaikki hoidolliset palvelutapahtumat sisältävä potilaskertomus tallennetaan potilastietojärjestelmään. Suomessa käytössä olevia potilastietojärjestelmiä ovat muun muassa Effica, Pegasus, Uranus ja Miranda. Listaa voisi jatkaa pidemmällekin, eikä saman potilastietojärjestelmänkäyttö tarkoita yhdenmukaista kirjaamista, sillä jokaisella terveydenhuollon yksiköllä ja terveydenhuollon ammattilaisella on oma tapansa dokumentoida. Potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen tulisi kuitenkin olla selkeitä ja helposti ymmärrettäviä ja niissä tulisi käyttää vain yleisesti hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Suomessa onkin tavoitteena valtakunnallisesti yhtenäinen rakenteinen kirjaaminen ja sähköinen potilaskertomus. Tähän tähdätään kansallisen hoitotyön kirjaamisen mallin avulla. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 45; THL 2015, 13.)

2.2 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Kansallisen hoitotyön kirjaamisen mallin tavoitteena on potilaan hoidon kuvaaminen sähköisissä potilastietojärjestelmissä hoitoprosessin vaiheiden mukaan (Ahonen ym. 2016, 47). Nämä vaiheet ovat tulos-tilanne, hoidon tarve, hoidon tavoitteet, suunnitellut hoitotyön toiminnot, hoidon toteutus, hoidon arviointi ja hoitotyön yhteenvedo. Potilaskertomus täydentyy yhdenmukaisesti, kun hoitohenkilökunta kirjaa jokaisen hoitoprosessin vaiheen alle tietoja valtakunnallisesti yhtenäistä Finnish Care Classification (FinCC) -luokitusta apuna käyttäen (Ahonen ym. 2016, 48). FinCC-luokituskokonaisuuden avulla pyritään parantamaan potilastiedon laatua ja edistämään potilasturvallisuutta (Virkkunen, Mäkelä-Bengs & Vuokko 2015). FinCC-luokitusta noudattamalla kirjaamisesta saadaan aiempaa yhdenmukaisempaa ja potilastiedon rakenteet olisivat samat organisaatiosta toiseen. Potilastietojen yhteis- ja jatkokäyttö eri terveydenhuollon toimipaikkojen välillä olisi näin Virkkusen ym. (2016) mukaan helpompaa.

Dokumentoidun tiedon sisällön rakenteistaminen luokitusten avulla ohjaa ja helpottaa kirjaamista sekä asiakkaan hoitokokonaisuuden hahmottamista. Erilaisia luokituksia voivat olla esimerkiksi päivittäiset toiminnot, ravitsemus, erittäminen, lääkehoito, psyykinen tasapaino ja aktiviteetti. Kun dokumentoinnissa käytetään luokituksia, potilaslähtöinen kirjaaminen vahvistuu, kirjaamisessa käytetty terminologia yhtenäistyy ja hoidon kannalta oleellinen tieto tulee kirjattua. Luokitusten käytön myötä myös havainnointi hoitotyössä tapahtuu laaja-alaisemmin ja dokumentoitu tieto monipuolistuu. Rakenteisesti kirjattu päivittäinen tieto voidaan myöhemmin helposti tiivistää yhteenvedoksi ja näin kirjattua tietoa voidaan käyttää apuna potilaaseen liittyvissä päätöksenteoissa. Rakenteinen kirjaaminen voi myös olla ohjaamassa päivittäistä toimintaa. (Saranto ym. 2008.)

Nykänen, Viitanen ja Kuusisto toteuttivat vuonna 2010 tutkimuksen, jossa yhtenä osa-alueena oli FinCC-luokitukseen perustuvan kirjaamismallin käytettävyyden arviointi. Nykäsen ym. (2010) tutkimus toteutettiin erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja yksityisen terveydenhuollon yksiköissä eri tutkimusmenetelmiä, kuten haastatteluja ja havainnointeja, yhdistäen. Tulokset osoittivat, että kansallisen kirjaamisen malli on liian yksityiskohtainen ja hienojakoinen. Tämä johti siihen, että potilaan hoitoprosessi pilkkoutui liian pieniin osiin. Mallin mukaisen kirjaamisen todettiin myös vievän paljon aikaa ja vaativan runsaasti mekaanista kikkailua ja ulkoa opettelua. Lisäksi Nykäsen ym. (2010) tulokset paljastivat, että kirjaamismallin tietojärjestelmätoteutukset poikkeavat toisistaan ja niissä on ilmennyt paljon käytettävyysongelmia. Johtopäätöksissä todettiin, että kansallisen kirjaamisen mallin käyttö johti haluttujen potilastietojen vaikeaan löytämiseen potilastietojärjestelmistä. Tietojen hankalasta etsimisestä

valittivat sekä hoitajat että lääkärit. Ratkaisuksi Nykänen ym. (2010) ehdottivat kirjaamismallin yksinkertaistamista. Lisäksi mallin tulisi palvella moniammatillista työryhmää siten, että esimerkiksi lääkäreille olisi mahdollista tuottaa oma yhteenvedonomainen näkymä potilastietoihin.

2.3 Raportointi

Raportoinnin tarkoituksena on vuoron vaihtuessa välittää potilaiden hoidon kannalta tärkein tieto eteenpäin. Raportissa annettu tieto perustuu kirjattuihin potilasasiakirjoihin ja hoitosuunnitelmaan. Näin ollen kirjatun tiedon laatu on keskeisessä asemassa potilasturvallisuuden toteutumisessa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) ohjaa määrityksillään tehokkaaseen ja laadukkaaseen raportointiin. Tehokas ja laadukas raportti sisältää vain sellaista tietoa, jolla on merkitystä potilaan hoidon kannalta. Lisäksi määräysten mukaisella raportilla pystytään takaamaan potilaan hoidon turvallisuus ja jatkuvuus. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 52.)

Kun raportointi tapahtuu sellaisten asiakirjojen pohjalta, mihin on selkeästi kirjattu tiedot olennaisesti potilasturvallisuuteenkin vaikuttavista asioista, raportti säilyy eheänä kokonaisuutena ja sisältää vain potilaan hoidon jatkumisen kannalta oleelliset tiedot. Näitä ovat perustiedot, keskeiset hoitotiedot, hoidon tavoite ja hoidon tulokset. Lyhyesti, yksiselitteisesti ja loogisesti dokumentoidun tiedon avulla raportoidessa hoitajien aikaa säästyy ja tieto välittyy aukottomasti sekä ymmärrettävästi eteenpäin. Raportoinnin tapahtuessa kirjattujen asioiden kautta voidaan se toteuttaa joko suullisesti tai hiljaisesti. Hiljaisen eli kirjallisen raportoinnin rooli on kuitenkin keskeisempi. Päivittäisen suullisen raportoinnin käytännöt ovat aina toimipaikkakohtaisia, kun taas hiljainen raportointi pohjautuu vahvemmin kirjattuun tietoon. Hoidon kirjaamisen velvollisuus perustuu edelleen lakiin. Koska raportointi vaikuttaa suoraan potilaan hoidon turvallisuuteen ja jatkuvuuteen, on päivittäisen raportoinnin toimintatapoja ja käytäntöjä hyvä aika-ajoin arvioida ja uudistaa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Yksi esimerkki raportointikäytäntöjen uudistamisesta on Sinkkosen (2011) tutkimuksessaan laatima malli työvuorojen väliselle raportoinnille kahdelle neurologian osastolle. Mallissa avainasemassa ovat osastoilla ennalta sovitun osastojaon mukaisesti (=tiimeittäin) tehdyt raporttitiivistelmät. Raportointimallissa hoitotyön kirjaamista tapahtuu koko työvuoron ajan reaaliaikaisesti, samalla myös raporttitiivistelmään päivitetään tarvittavat tiedot ennen seuraavan vuoron alkua. Vuoroon tullessaan hoitajat tulostavat ainoastaan sen tiimin raporttitiivistelmän, jossa työskentelevät.

Sinkkosen (2011) mallissa sovitaan tilanteen mukaan raportointimenetelmästä, eli tapahtuuko se suullisesti vai hiljaisesti. Suullinen raportointi toteutetaan molemmille tiimeille osoitetuissa omissa kansli-oissa. Suullisen raportin antaa yksi edellisessä vuorossa ja kyseisessä tiimissä työskennellyt hoitaja. Hiljainen raportti puolestaan aloitetaan siten, että vuoroon tulevat hoitajat sopivat kummassakin tiimissä potilasjaosta ja etsivät itselleen vapaat tietokoneet. Yleensä kuitenkin raportti luetaan kaikista oman tiimin asiakkaista. Hiljaisen raportin tueksi on lisäksi laadittu lukuohje, mutta jokainen hoitaja saa lukea itselleen sopivalla tyylillä ja tehdä tarvittavat muistiinpanot. Hiljaisen raportin jälkeen on mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä. Jos päällekkäistä työaika ei vuoroille jää, voi merkittävistä potilastapahtumista antaa suullista tietoa jo ennen hiljaista raporttia. Tämän jälkeen aloittavan vuoron hoitajat kiertävät osastolla oman tiiminsä potilaat.

2.3.1 Suullinen raportointi

Suullinen raportointi toteutetaan nimensä mukaisesti siten, että vuoronsa päättävä hoitotyöntekijä raportoi suullisesti potilastiedot seuraavan työvuoron hoitajille, jotka tekevät kuulemastaan muistiinpanoja (Riesenberg ym. 2010). Raportointi pyritään tekemään suljetussa ja rauhallisessa tilassa, missä vastuu potilaiden hoidosta siirretään edellisen työvuoron hoitajilta seuraaville (Rautava-Nurmi ym. 2015, 52). Suullisen raportoinnin ongelmana on usein ajallisesti pitkä kesto, epäolennaisen tiedon eteenpäin välittäminen sekä epäammattillisuus hoitajien keskustellessa myös omista asioistaan (Riesenberg ym. 2010; McKenna 1997). Toisaalta se mahdollistaa keskustelun esimerkiksi hoito-ongelmista, lääkehoidosta ja moniammatillisesta yhteistyöstä (Rautava-Nurmi ym. 2015, 52). Edelleen, epäselviksi jääneisiin asioihin pääsee välittömästi kysymään tarkennuksia ja työkavereita konsultoimalla voi saada tukea ja varmuutta tekemiinsä hoitopäätöksiin. Lisäksi suulliset raportoinnit mahdollistavat yleisistä asioista tiedottamisen ja niillä on usein sosiaalisesti tärkeä merkitys työpaikalla (Rautava-Nurmi ym. 2015, 52).

Sexton, Chan, Elliott, Stuart, Jayasuriya ja Crookes (2004) nauhoittivat tutkimuksessaan useampia australialaisen sairaalan vuodeosastolla toteutuneita suullisia raportteja. Arvioidessaan raportteja ja verratessaan niiden sisältöä dokumentoituihin potilastietoihin Sexton ym. (2004) huomasivat, että valtaosa (93,5 %) eteenpäin välitetystä tiedosta löytyi myös kirjattuna. Lisäksi suulliset raportit sisälsivät jonkin verran hoidon kannalta epäolennaista tietoa. Johtopäätöksissä Sexton ym. (2004) myös totesivat, että heidän tutkimuksessaan arvioiduista raporteista osa ei vastannut yleistä uskomusta siitä, että suullinen raportti on potilaan hoidon johdonmukaisuuden ja jatkuvuuden kannalta hiljaista parempi. Ennenmin-kin osa annetusta tiedosta aiheutti hämmennystä, eikä selventänyt potilaan tilaa tai hoitoa. Yhtenä syynä

tähän tutkijat pitivät raportointia koskevan ohjeistuksen puuttumista. Ohjeistuksen kautta tulisi pyrkiä muuttamaan suullista raportointia strukturoidumpaan suuntaan, jotta raportointiaika lyhentyisi ja annettu tieto selkeytyisi.

Liian pitkään ajalliseen keston, epäolennaisen ja toisaalta taas puutteellisen tiedon välittämiseen on haettu maailmalla ratkaisuja strukturoitujen suullisten raportointien kautta. Graig, Moxey, Young, Spenceley ja Davidson (2011) kehittivät englantilaisen sairaalan hoitohenkilökunnan käyttöön raportointityökalun, jonka avulla tehostaa suullista raportointia. Tutkimuksen toteutus perustui raportoinnin havainnointiin ennen ja jälkeen työkalun käyttöön oton. Graig ym. (2011) havaitsivat suullisessa raportoinnissa merkittävää kehitystä raportointityökalun ollessa käytössä. Raportoinnin ajallinen kesto ei kuitenkaan merkittävästi muuttunut. Tärkeänä tekijänä onnistuneessa kokeilussa todettiin olevan henkilökunnan koulutus työkalun käyttöön. Johtopäätöksenä Graigin ym. (2011) tutkimuksessa oli, että strukturoidun mallin eli ns. raportointityökalun käyttö parantaa merkittävästi suullisten raporttien laatua.

Henkilökunnan koulutuksen tärkeyden uusien raportointityökalujen käyttöön totesivat myös Hindmarsh ja Lees (2012) tutkimuksessaan. Tämäkin toteutettiin englantilaisessa sairaalassa. Tutkimuksessa raportointia havainnoitiin ensin tilanteessa, missä raportointityökalu oli käytössä, mutta tähän ei ollut annettu minkäänlaista perehdytystä. Seuraava havainnointi toteutettiin, kun hoitohenkilökunta oli saanut koulutuksen työkalun käyttöön. Tulos Hindmarshin ja Leesin vuonna 2012 tehdyssä tutkimuksessa oli, että pelkkä työkalun käyttöönotto ei vielä merkittävästi parantanut suullisen raportoinnin laatua. Työkalun hyödyntämisprosentti jäi matalaksi, kun käyttö unohtui usein kokonaan tai oli puutteellista. Kun henkilökunnalle annettiin koulutus ja työkalun merkitystä korostettiin, nousi sen hyödyntämisprosentti raportoinneissa 95:een ja laadussa havaittiin selvää paranemista.

Työkalujen positiivinen vaikutus suullisten raportointien laatuun on todettu myös Yhdysvalloissa vuonna 2009 tehdyssä tutkimuksessa (Clark, Squire, Heyme, Mickle & Petrie 2009). Victorian kaupungin sairaalassa tehty kysely paljasti, että 85 % hoitajista koki suullisessa raportoinnissa olevan parannettavaa. Ainoastaan 32 % koki saavansa riittävän tiedon potilaista vuoronvaihdossa. Raportointityökalun käyttöönoton jälkeen Clarkin ym. (2009) tutkimus osoitti prosenttien muuttuneen parempaan suuntaan. Aiemman 32 %:n sijaan 68 % hoitajista koki saavansa hoidon kannalta riittävän potilastiedon. Lisäksi 72 % hoitajista oli sitä mieltä, että työkalun ansioista raportointi oli muuttunut strukturoidummaksi sekä tehokkaammaksi. Johtopäätöksissä Clark ym. (2009) toteavat, että tutkimus osoitti, kuinka raportointityökalu voi parantaa kommunikaatiota suullisessa raportoinnissa. Tämä lisäsi hoitajien tyytyväisyyttä ja vähensi puolestaan stressiä.

2.3.2 Hiljainen raportointi

Hiljainen eli kirjallinen raportointi toteutetaan siten, että työvuoronsa aloittavat hoitotyöntekijät lukevat itsenäisesti potilaiden tiedot sähköisestä potilaskertomuksesta. Huolellisen ja vastuullisen kirjaamisen merkitys korostuu. Kirjatun tiedon tulisi olla selkeää ja johdonmukaista, sekä tarvittaessa tulisi olla mahdollisuus täydentää hiljaista raportointia suullisessa tiedonannolla. Yleisesti ottaen ajatellaan, että hiljainen raportointi vapauttaa enemmän aikaa hoitotyöhön ja vaikuttaa positiivisesti kirjatun potilastiedon laatuun. (Rautava-Nurmi ym. 2015, 52.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä toteutetussa projektityössä selvitettiin Turun yliopistollisen keskussairaalan osastojen hoitohenkilöstön kokemuksia hiljaisesta raportoinnista (Laukkanen ym. 2012). SWOT-analyysin tulos osoitti, että suurimpina vahvuuksina pidettiin ajansäästöä, hiljaisen raportoinnin kirjaamista parantavaa vaikutusta ja yksilöllistä tiedonsaantia. Vahvuuksina mainittiin myös esimerkiksi turhan puheen poistuminen raportoinneista ja keskittymisen parantuminen. Laukkasen ym. (2012) julkaisemassa tutkimuksessa hiljaisen raportoinnin heikkouksina hoitohenkilökunta näki muun muassa edellytykset hyvästä kirjaamisesta, tiedonsiirron ongelmat ja yhteisen pohdinnan vähentymisen.

Heikkouksista yhteisen pohdinnan vähentymiseen liittyen myös Isossa-Britanniassa tehty tutkimus (Hopkinson 2002) osoitti, että hoitajat kokivat erityisen tärkeänä, että he pääsivät raportoinneissa keskustelemaan hoitovaihtoehtoista ja ilmaisemaan tunteitaan. Tutkimuksessa todettiin lopuksi, että suullisen raportoinnin tarjoama emotionaalinen tuki on liian vähän tutkittu, mutta tärkeä piilohyöty. Myös McKenna (1997) mainitsee hiljaisen raportoinnin negatiivisena puolena sen, että hoitajien välinen vuorovaikutus jää raportoinneista pois. Toisaalta hiljaisen raportoinnin hyödyt, kuten kirjaamisen kehittyminen ja hoitajien ajansäästö, nousevat nekin esiin aiemmissa tutkimuksissa (Riesenberg ym. 2010; Puumalainen ym. 2003; Barbera 1998).

Norjalaisen sairaalan psykogeriatrisella osastolla toteutettiin hiljaisen raportoinnin kokeilu (Meum, Wangensteen, Soleng & Wynn 2011), johon yhdistettiin keskusteluun varattu lyhyt aamutapaaminen. Tässä hiljaista raportointia oli mahdollista täydentää lyhyesti suullisesti. Kokeilun jälkeinen kyselytutkimus osoitti, että vain pieni osa (15,4 %) hoitohenkilökunnasta koki, että hiljaisen raportoinnin kautta ei saa riittävää tietoa potilaan voinnista ja hoidosta. Edelleen tämä sama osuus vastaajista tunsivat tarvitsevänsä opastusta sähköisten järjestelmien käyttöön ja tiedon löytämiseen. Meumin ym. (2011) tutkimuksen tulosten mukaan suurimmalla osalla vastaajista (75 %) oli suuri luotto hiljaiseen raportointiin. He

uskoivat sen säästävän aikaa ja kokivat, että aika ja paikka raporttien lukemiseen löytyi helposti. Positiivisena nähtiin myös se, että hiljaisessa raportoinnissa voi itse vaikuttaa siihen, minkä tiedon kokee tärkeänä potilaiden hoidon kannalta. Enemmistö piti kokeiltua uutta raportointimenetelmää käytössä olevaa suullista menetelmää parempana. Johtopäätöksissä Meum ym. (2011) toteavat kyselytutkimuksen kautta saatujen tulosten perusteella hiljaisen raportoinnin monin tavoin suullista paremmaksi, mutta muistuttavat opastuksen tärkeydestä sähköisten järjestelmien käyttöön ja tiedon hakemiseen. Hiljainen raportointi täydennettynä ytimekkäästi annetulla suullisella tiedolla osoittautui parhaimmaksi myös Pothierin, Monteiron, Mooktiarin ja Shawn vuonna 2005 tehdyssä tutkimuksessa, jossa vertailtiin kolmea eri raportointimenetelmää simuloidussa tilanteessa. Vertailtavana oli puhtaasti suullinen tiedonvälitys, suullinen raportointi yhdistettynä muistiinpanojen tekoon ja hiljainen raportointi yhdistettynä lyhyeen suulliseen täydennykseen. Näistä viimeisenä mainittu ylsi ykköseksi.

Hiljaisen raportoinnin kannalta huonompi tulos saatiin Ranskassa vuonna 2008 tehdyssä tutkimuksessa (Boucheix & Coiron). Kyselytutkimus hiljaisen raportoinnin kokeilusta osoitti, että hiljaisen raportoinnin sisältö ei vastannut hoitohenkilökunnan laatuvaatimuksia. Hoitajien mielestä siitä jäivät uupumaan kuvaukset potilaiden käyttäytymisestä ja kliinisistä oireista, joiden avulla seurata muutoksia potilaiden voinnissa. Lisäksi henkilökunta koki, että hiljaisesta raportoinnista jäivät puuttumaan ei-lääkinnälliset hoitotoimenpiteet, joilla oli helpotettu potilaiden oloa. Johtopäätöksissä Boucheix ja Coiron (2008) toteavat, että heidän tutkimuksensa perusteella hiljaiseen raportointiin tarvittaisiin malli. Myös kirjaamiseen tarvittavaisiin suosituksia ja ohjeistuksia.

Toinen hiljaisen raportoinnin heikkouksia paljastanut tutkimustulos saatiin Australiassa tehdyn kokeilun kautta, missä samojen potilaiden kohdalla toteutettiin sekä suullinen että hiljainen raportti (Jefferies, Johnson & Nicholls 2012). Tiedollisen sisällön vertailu paljasti, että suullinen raportointi antoi kattavamman kuvan potilaan tilasta. Hiljaiseen raportointiin verrattuna suullisessa tuli hyvin esille tulotilanne, kliininen historia ja suunnitellut hoitotoimenpiteet. Lisäksi hoitajat kertovat myös muista lähteistä (moniammatillinen tiimi, muut hoitajat) suullisesti saamaansa tietoa. Myös kysymysten esittämisen ja selvennysten pyytämisen mahdollisuus nostettiin esiin. Jefferiesin ym. (2012) tutkimuksen tulosten perusteella hiljainen raportti oli tiedolliselta sisällöltään pitkälti kuvaus tehdyistä hoitotoimenpiteistä ja hoitajan potilaasta tekemistä havainnoista. Moni suullisen raportoinnin asioista jäi välittymättä eteenpäin, koska ne eivät olleet kirjattuna mihinkään. Jefferiesin ym. (2012) johtopäätös olikin, että ensin kirjallinen ja suullinen tieto tulisi saada yhteneviksi kirjallista dokumentointia kehittämällä. Tämän jälkeen siirtyminen hiljaiseen raportointiin voisi olla mahdollista. Jefferiesin ym. (2012) sekä Boucheixin

ja Coironin (2008) tutkimustulosten perusteella hiljaiseen raportointiin siirtyminen ei onnistu henkilökuntaa tyydyttävästi, jos sen pohjana oleva kirjattu potilastieto ei ole riittävän kattavaa.

2.4 Muutos ja toiminnan kehittämisen haasteet työyhteisössä

Opinnäytetyössämme on kyse osaamisen ja toiminnan kehittämisestä. Toimintaa kehittäessä joudutaan yleensä kohtaamaan jonkin tutun asian muuttuminen, mikä ei aina ole kaikille osapuolille mieluista. Henkilöstön kehittämistä voidaan toteuttaa behavioristisen näkemyksen ja konstruktivisen kehittämisajattelun kautta. Behavioristisen näkemyksen mukaan puuttuvia sekä vaillinaisia tietoja ja taitoja täydennetään niitä havaittaessa. Konstruktivisessa kehittämisajattelussa painotetaan henkilöstön ajattelumallien kehittämistä. Tavoitteena on kehittyä kokemusten ja henkilön ajatusmallin muuttamisen kautta. Yksilötasoista osaamista voidaan kehittää standardoidusti perehdyttämällä ja työn ulkopuolella tapahtuvalla koulutuksella tai tilannelähtöisesti mentoroinnilla ja itseopiskelulla. Ryhmätasoisista osaamista voidaan kehittää standardoidusti kehittämisprojektilla ja kokeilutoiminnalla sekä epämuodollisesti tiimityöskentelyllä, palavereilla ja yhteisellä suunnittelulla. Työyhteisössä yksi uuden oppimisen tärkeä edellytys on vuoropuhelu. Vuoropuhelua tapahtuu, kun työyhteisön jäsenet kyseenalaistavat myönteisessä hengessä omia ja toisten ajatuksia ilman virheiden osoittamista. Tämän toteutuessa työyhteisön jäsenet kykenevät luopumaan vanhasta toimintamallista. Kun parempi vaihtoehto on löydetty yhdessä, tietoa jaetaan jäsenten kesken sekä pohdinnalle ja arvioinnille annetaan riittävästi aikaa. (Viitala 2012, 182–190.)

Muutoksen ja kehittämisen vastustamien on normaali ilmiö, joka kuuluu kaikkiin muutoksiin. Se voi kuitenkin ilmentyä monin eri tavoin. Muutos ja kehitys koetaan usein uhkana, joka synnyttää epävarmuutta ja ahdistusta, ja nämä johtavat muutoksen vastustamiseen. Työpaikan historia vaikuttaa siihen, kuinka työyhteisössä reagoidaan muutokseen ja kuinka se vastaanotetaan. Työpaikan pitkät perinteet ja kauan samanlaisena säilyneet toimintatavat sekä työntekijöiden pitkät työsuhteet hankaloittavat muutoksen kohtaamista. Muutoksen kohtaamista voidaan helpottaa tuomalla esille konkreettisia hyötyjä. Työntekijän omalla kasvutarpeella, halulla kohdata haasteita ja kehittyä työssään, on suoraan vaikutusta siihen, kuinka valmis työntekijä on sitoutumaan muutokseen ja kehittämisen suunnitteluun. (Järvinen 2014; Elovainio, Sinervo, Pekkarinen 2001.)

Onnistuneen kehittämisen edellytyksenä on avoin kommunikointi. Jo kehittämistä suunniteltaessa olisi hyvä miettiä kehityksen kohteena olevasta asiasta hyvät ja huonot puolet. Kun kehitys onnistuu, työntekijät säilyttävät työmotivaation ja työkyvyn. Muutoksessa ja toiminnan kehittämisessä kiinnitetään huomiota tehokkuuteen ja tehottomuuteen. Tehottomuus voi johtua työyhteisön asenteista ja tehokkuuteen päästään työn hyvällä organisoinnilla. Kehittämisessä olennaista on, että kehitettävän asian parissa työskentelevät tietävät, mikä tarkalleen muuttuu ja miten se tapahtuu. Riittävä tieto ja tunne siitä, että tapahtuvaan muutokseen voidaan vaikuttaa, antavat pohjan onnistuneen kehityksen aikaansaamiselle. Ihmisten kokemukset tapahtuvasta muutoksesta ovat tärkeä voimavara kehityksen onnistumiselle. Kun työntekijä voi hyvin, hänellä on voimavaroja uuden oppimiselle, luovuudelle ja uuden kokeilemiselle. Uupuneella työntekijällä ei voimavaroja riitä tähän. Kehittämisen yhteydessä tulisi ottaa huomioon jokaisen työyhteisön jäsenen tiedot ja taidot, ja hyödyntää näitä kehitystyössä parhaalla mahdollisella tavalla. Näin jokaisella yhteisön jäsenellä on mahdollisuus kehittyä omassa tehtävässään ja sitä kautta kehittää koko yhteisöä. (Luomala 2008; Viitala 2012.)

Ryhmätasoisien kehittämisen tapoja ovat kokeilutoiminta ja kehittämisprojekti. Kokeilutoimintana muutos on helpommin kohdattava, ja siihen ryhtymisen kynnyks madaltuu, koska kokeilutoiminnalla on avoimempi ja tutkivampi ote kuin muilla kehittämisen muodoilla. Kokeilutoiminnassa mitään ei lyödä lukkoon ennalta, vaan jonkin asian toimivuus tutkitaan käytännössä. Kokeilun aikana saadaan paljon uutta tietoa valintojen ja päätösten pohjaksi ja asiaan löytyy näkökulmia, joita ei ole aikaisemmin huomattu. Kokeilussa mukana olevat voivat oppia ilman ennalta päätettyä lopputuloksen aiheuttamaa painetta. Kokeilutoiminnan aikana on hyvä pitää yhteisiä väliarvioita, joissa jokainen kokeiluun osallistunut pystyy tuomaan esille omia huomioita toimivista ja ei-toimivista asioista. Kokeilutoiminta edellyttää, että jokainen on täysin sitoutunut asian kokeilemiseen ja tutkimiseen. Kehittämisprojekti vaatii enemmän aikaa ja aitoa paneutumista, mutta sen seurauksena voidaan saada aikaan tuntuva ja hyvin onnistunut toimintamallien kehittyminen. Kehittämisprojektissa kaikki mukana olleet oppivat jotakin uutta, kehitettävän asian lisäksi myös projektihallintaa ja yhteistyötaitoja. Kehittämisprojektiin kuuluu eri vaiheita: valmistelu eli päätös aloittamisesta, nykytilanteen kartoitus, toiminta ja toimenpiteet sekä arviointi. Kehittyminen projektin aikana on sitä laajempaa, mitä enemmän mukana olevat pystyvät arvioimaan eri vaiheita. (Viitala 2012, 196–200.)

Hanna Kuutsan vuonna 2010 tekemässä tutkimuksessa (Hoitotyön raportointimallin kehittäminen ja hoitotyöntekijöiden kokemuksia raportointikäytännön muutoksesta) todettiin, että hoitohenkilökunta kokee erittäin tärkeäksi muutoksen etukäteissuunnittelun ja hoitohenkilökunnan osallisuuden siihen. Myös

muutoksen tavoitteellisuus ja aikataulu koettiin tärkeäksi sekä muutoksesta avoimesti puhuminen. Tutkimuksesta kävi ilmi, että hoitohenkilökunta tarvitsi omasta mielestään lisää opastusta tai koulutusta kirjaamiseen, jotta muutos onnistuisi. Yhtenä edellytyksenä muutosprosessin onnistumiselle oli kyetä tarkastelemaan kriittisesti aikaisemmin opittua ja käytössä olevaa tapaa sekä positiivisten oppimiskokemusten saaminen. Kuutsan (2010) tutkimus toteutettiin Kuopion yliopistollisen sairaalan syöpätautien vuodeosastolla.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kitinkannuksen hoitohenkilökunnan näkemyksiä hiljaisesta raportoinnista ja hiljaiseen raportointiin siirtymisen haasteista asumispalvelun asiakkaiden hoidossa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tuloksia, joiden kautta Kitinkannuksen hoitohenkilökunnan on mahdollista kehittää asiakaslähtöisesti hiljaista raportointia osaksi asumispalvelun asiakkaiden hoitotyötä.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia käsityksiä hoitohenkilökunnalla on siirtymisestä hiljaiseen raportointiin?
2. Mitä tulisi hoitohenkilökunnan mielestä huomioida siirryttäessä hiljaiseen raportointiin?

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

Toteutimme opinnäytetyön laadullisena tutkimuksena. Kohderyhmänä oli Kitinkannuksen hoitohenkilökunta, joilta kerättiin aineisto avoimella kyselylomakkeella.

4.1 Toimintaympäristön ja kohderyhmän kuvaus

Kannuksen Veljeskoti aloitti toimintansa vuonna 1991 keskipohjalaisten sotainvalidien ja sotaveteraanien laitostuntoutusta ja -hoitoa varten. Vuonna 2004 Kannuksen veljeskoti sai uudeksi nimekseen Kitinkannus. Sotainvalidien ja sotaveteraanien määrän vähentyessä Kitinkannus on profiloitunut vaativan laitostuntoutuksen ja kuntouttavan hoidon osaajaksi neurologisten ja postoperatiivisten asiakkaiden kohdalla. Yhteistyökumppaneina toimivat muuan muassa Oulun yliopistollinen sairaala, Keski-Pohjanmaan keskussairaala sekä lähikuntien terveyskeskukset. Kitinkannuksen tehostettu, vaativa kuntoutus perustuu tutkittuun tietoon kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Terapiamenetelmät esimerkiksi aivoinfarktin jälkitilan hoidossa valitaan kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden ja yhdessä määriteltyjen tavoitteiden mukaisesta.

Toteutimme tutkimuksemme Kitinkannuksen 40 paikkaisella hoito-osastolla. Tutkimuksessamme kohderyhmänä oli hoito-osaston hoitohenkilökunta, johon kuului hoitopäällikkö, 3 sairaanhoitajaa ja 12 lähi-/perushoitajaa.

Tällä hetkellä Kitinkannuksessa vuoronvaihtoraportointi tapahtuu pääosin suullisesti eli kolme kertaa vuorokaudessa. Aamuvuoron iltavuorolle antamalle raportille on varattu aikaa yksi tunti, yövuorolle ja aamuvuorolle annettavalle raportille puolestaan 15 minuuttia. Kirjaamiseen käytetään Hilkka-potilastietojärjestelmää. Raportin antaa vuoron vastuuhoitaja.

4.2 Lähestymistapa, menetelmä ja aineiston keruu

Opinnäytetyön lähestymistapa oli kvalitatiivinen. Opinnäytetyössämme selvitimme mahdollisimman syvällisesti hoitohenkilökunnan näkemyksiä raportoinnista ja raportointimenetelmän kehittämisessä huomioitavista asioista. Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus auttaa ymmärtämään tutkimuskohdetta ja

sen käyttäytymistä kokonaisvaltaisesti (Heikkilä 2014). Kvalitatiivinen tutkimus sopii hyvin esimerkiksi toiminnan kehittämiseen (Heikkilä 2014). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa taas pyritään saamaan paljon vastauksia, joista saatu tieto yleistetään koskemaan suurempaa joukkoa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015).

Toteutimme aineiston keruun kyselytutkimuksena ja avoimella kyselylomakkeella. Avointen kysymysten kautta hoitohenkilökunnalta saadaan monipuoliset ja rikkaat vastaukset, koska ne sallivat vastaajien ilmaista itseään omin sanoin, eivätkä ehdota valmiita vastauksia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005). Kyselytutkimuksen etuna havainnointi- ja haastattelututkimuksiin verrattuna on myös vastausten objektiivisuus (Heikkilä 2014). Haastateltavat ja havainnoitavat eivät pysy anonyymeinä, joten vastaukset voivat olla sosiaalisesti suotavia eli epäluotettavia tutkimusaiheen sensitiivisyydestä johtuen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015). Lisäksi havainnointimenetelmässä ongelmakohtina etenkin terveydenhuollossa voivat olla esimerkiksi salassapitoa koskevat säännökset sekä eettiset kysymykset (Hirsjärvi ym. 2005).

Kyselylomake (LIITE 1) tehtiin yhteistyössä Kitinkannuksen hoitopäällikön kanssa toukokuussa 2017. Kyselylomakkeen kysymykset perustuivat tutkimuskysymyksiin ja opinnäytetyössä käytettyyn tietopereustaan. Kyselylomake esitettiin kolmella Kitinkannuksen hoitopäällikön valitsemalla hoitajalla. Muokkasimme lomaketta saamamme palautteen mukaan. Muutimme kyselylomakkeen kysymyksiä tarkemmiksi, jotta vastauksista nousisi esiin konkreettisia keinoja, joiden avulla raportointia voitaisiin kehittää.

Hoitopäällikkö jakoi kyselylomakkeet ja kyselyn saatekirjeen (LIITE 2) kesäkuun aikana paperisena versiona hoitohenkilökunnalle, joka palautti vastauksensa anonyymisti kirjekuorissa henkilökunnan toimistossa olevaan lukolliseen palautuslaatikkoon elokuun 2017 loppuun mennessä. Vastausaikaa oli noin kolme kuukautta. Kysely kohdistettiin hoivaosastolla työskenteleville vakituisille sairaanhoitajille ja lähihoitajille. Kyselylomakkeen palauttaneita oli yksitoista. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa katsotaan olevan tarpeeksi, kun uudet tapaukset eivät enää tuo tutkimusongelman kannalta uutta tietoa ja aineisto alkaa niin sanotusti toistaa itseään eli saturaatio täyttyy (Hirsjärvi ym. 2005). Vastaukset saatuamme varmistimme, että saturaatio oli täyttynyt. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkittavien määrä on usein pieni, koska tavoitteena on tosiasioiden ymmärtäminen, ei määrien selvittäminen (Hirsjärvi ym. 2005). Edelleen Hirsjärvi ym. (2005) jatkavat, että huolellisen analyysin kautta pienestäkin aineistosta voidaan saada laadukkaita ja luotettavia tuloksia.

4.3 Aineiston analyysi

Tutkimukseemme osallistuneet hoitajat palauttivat kyselylomakkeet käsinkirjoitetussa muodossa. Vastausten litteroinnin jälkeen siirryimme sisällönanalyysiin. Toteutimme sen induktiivista (aineistolähtöistä) menetelmää käyttäen. Induktiivisessa menetelmässä tutkimusaineistosta luodaan teoreettinen kokonaisuus pelkistämällä ja luokittelemalla. Hajanaisesta aineistosta saadaan tällä tavoin selkeää ja yhtenäistä informaatiota, jotta tulkinta ja johtopäätösten teko ovat mahdollisia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015.)

Induktiivisen menetelmän kolme vaihetta ovat pelkistäminen (redusointi), ryhmittely (klusterointi) ja käsitteiden luominen (abstrahointi). Pelkistämisessä karsitaan aineistosta tutkimuskysymysten avulla epäoleellinen osa pois. Ryhmittelyssä tutkimuskysymysten avulla löydetty samaa tarkoittavat ilmaisut ryhmitellään alaluokiksi, jotka nimetään mahdollisimman hyvin ilmaisuja kuvaaviksi. Aineistoa tiivistetään edelleen käsitteellistämisen kautta eli yhdistelemällä alaluokkia yhdistävien käsitteiden avulla yläluokiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 115.)

Aloitimme aineiston analysoinnin lukemalla kaikki palautetut kyselylomakkeet läpi. Tämän jälkeen kirjoitimme aineiston puhtaaksi kyselylomakkeen kysymyksittäin. Litteroidusta aineistosta ympyröimme tutkimuskysymyksiin vastaavia ja samaa tarkoittavia vastauksia väreittäin. Jokainen väri muodosti yhden alaluokan. Tutkimuskysymyksiimme vastauksia antavat alaluokat nimesimme aineistoa kuvaaviksi. Alaluokkien nimeämisen jälkeen yhdistimme samaa tarkoittavat alaluokat vielä kolmeksi pääluokaksi (LIITE 5).

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tässä luvussa esitämme opinnäytetyön tulokset tutkimuskysymyksittäin. Kyselyn alkuperäisistä vastauksista olemme valinneet muutamia autenttisia lainauksia kuvaamaan aineistoa.

5.1 Hoitohenkilökunnan käsityksiä siirtymisestä hiljaiseen raportointiin

Hoitohenkilökunnan käsitykset siirtymisestä hiljaiseen raportointiin olivat sekä myönteisiä että kielteisiä. Suurin osa koki, että hiljainen raportointi olisi joko hyvin soveltuva tai mahdollisesti soveltuva asumispalvelun asiakkaiden hoitotyöhön tietyn huomion. Hyvää soveltumista henkilökunta perusteli sillä, että he tuntevat asumispalvelun pitkäaikaiset asiakkaat hyvin ja näiden asiakkaiden vointi on pääasiassa tasaista. Hoitajien mielestä asiakkaiden voinnissa tapahtuvista poikkeavuuksista pitäisi kuitenkin voida raportoida suullisesti kirjallisen lisäksi. Lyhytaikaisten kuntoutujien hoidossa hiljaisen raportoinnin ei uskota toimivan, sillä nopean vaihtuvuuden takia asiakkaita ei tunneta riittävän hyvin. Lisäksi hoitajat kokevat lyhytaikaisten kuntoutujien hoidon vaativammaksi kuin asumispalvelun asiakkaiden.

Soveltuu hyvin, mikäli kaikki osallistuu rakentavaan ja hyvään kirjaamiseen. Varattava riittävästi aikaa kirjaamiseen.

Asumispalveluasiakkaiden kohdalla hiljainen raportointi toimisi hyvin. Uudet asiakkaat ja kuntoutukseen tulijat vaatisivat vielä suullisen raportoinnin.

Asumispalveluasiakkaiden hoitotyöhön voisi sopiaakin, mutta ei kuntoutujien.

Lisäksi hoitohenkilökunta piti mahdollisena, että hiljainen raportointi vapauttaisi enemmän aikaa hoitotyöhön suullisesta raportoinnista luovuttaessa. Vapautuvaa aikaa voisi hoitajien mielestä käyttää esimerkiksi asiakkaiden vapaa-ajan ja viihtyvyyden parantamiseen. Lisäksi hiljainen raportointi helpottaisi sekä täsmentäisi henkilökunnan mielestä tiedonsaantia. Raportin lukemisen voisi kohdistaa vain oman vastualueensa asiakkaisiin sekä heidän hoidossa huomioitaviin asioihin. Hiljaisessa raportoinnissa arkipäiväisten asioiden kertaaminen jäisi pois. Hiljainen raportti ei olisi myöskään aikaan sidottu. Tästä olisi hyötyä esimerkiksi tilanteessa, missä työvuoro sattuisi alkamaan tavanomaista myöhemmin. Lisäksi hoitajat pitivät hyvänä asiana, että raporttia lukiessa voisi halutessaan käydä läpi myös aiempien päivien tai esimerkiksi toimintaterapeuttien kirjauksia.

Jää aikaa enempi hoitotyöhön, kun ei tarvitse pitää suullista raporttia. Ajan voi käyttää esimerkiksi asiakkaiden viriketoimintaan ja seurusteluun.

Kaikkien vuorolaisten ei tarvitse kuunnella raporttia kaikista asiakkaista.

Jos tulee myöhemmin töihin, eikä ehdi raportille, hyvä lukea asiat kirjauksista.

Kielteisenä asiana mahdollisessa siirtymisessä hiljaiseen raportointiin pidettiin suullisen raportin sosiaalisen ja vuorovaikutuksellisen merkityksen katoamista. Suullista raporttia pidetään tärkeänä osana työyhteisön työhyvinvointia ja sen koetaan vahvistavan tiimityöskentelyä. Osa hoitohenkilökunnasta kokee myös tärkeänä suullisen raportoinnin yhteydessä toteutuvan ongelmatilanteiden yhteisen käsittelyn ja ajatusten vaihdon. Yhdessä vastauksessa nostettiin esille, että hoitajien toisiaan kohtaan osoittama henkinen tuki jää puuttumaan hiljaisessa raportoinnissa. Lisäksi yksi vastaaja koki, että hiljainen raportointi olisi huonosti soveltuva asumispalveluasiakkaiden hoitotyössä.

Suullisessa raportoinnissa voidaan puida ongelmatilanteita.

Suullisen raportin sosiaalinen merkitys hoitajille jää pois.

Hiljainen raportti ei tue yhteistä keskustelua hoitolinjauksista ja hoidon yhteistä suunnittelua.

Huonona asiana siirtymisessä pidettiin myös puutteellisia kirjaamistaitoja ja huonosti toimivaa kirjaamiskäytäntöä, minkä ei uskota tukevan riittävää tiedonsaantia hiljaisessa raportoinnissa. Hoitajien mielestä suullisesti raportoitava tieto on tällä hetkellä kattavampaa kirjattuun tietoon verrattuna. Puutteellisen kirjaamisen takia tärkeitä asiakkaiden hoitoon ja terveyteen liittyviä tietoja saattaisi jäädä siirtymättä seuraavan vuoron hoitajille. Kirjaamisen kehittäminen nousikin vahvasti esiin huomioitavissa asioissa, jos raportointikäytäntöä muutetaan.

Kirjaamistaidot puutteelliset.

Tämän hetkisen kirjaamisen perusteella jäisi liian paljon tietoa välittymättä eteenpäin.

Helposti saattaa jäädä tärkeitä asioita kirjaamatta, jotka tulisivat suullisessa raportoinnissa esille.

5.2 Hoitohenkilökunnan näkemykset huomioitavista asioista siirtymisessä hiljaiseen raportointiin

Hoitohenkilökunta näki selvän koulutustarpeen rakenteiseen kirjaamiseen. Lisäksi henkilökunta koki tarvitsevansa lisäperehdytystä Hilikka-potilastietojärjestelmän käyttöön. Hilikka-ohjelma koetaan monimutkaiseksi ja kömpelöksi päivittäisessä hoitotyössä. Hoitajien mielestä yhteisistä kirjaamiskäytännöistä tulisi sopia, jotta tärkeä tieto välittyisi hiljaisessa raportoinnissa eteenpäin. Kirjaamisen tulisi olla yleisesti ottaen tarkempaa ja huolellisempaa nykyiseen tilanteeseen verrattuna. Yksi vastaaja nosti esille myös sen, että kirjaamisen tärkeys turvallisuuden näkökulmasta tulisi ymmärtää.

Perehdytystä lisää Hilikka-ohjelman käyttöön.

Rakenteisen kirjaamisen periaatteet voisi kerrata.

Kirjaamiskäytännöistä tulisi sopia yhdessä. Tehdä alustavia suunnitelmia, mihin asioihin kiinnitettäisiin huomiota.

Esille hoitohenkilökunnan vastauksissa nousi myös tarve toimivammille tiloille. Hoitajien mielestä tilat ovat tällä hetkellä hiljaiselle raportille rauhattomat, eikä tietokoneita ole riittävästi. Lisäksi kirjaamiselle olisi varattava enemmän aikaa. Esille nousi vahvasti, että hoitajien mielestä ongelmana on, ettei tietoja ehdi kirjata työvuoron aikana. Yhdessä vastauksessa todettiin, että kirjaamisen tulisi olla mahdollista pitkin päivää.

Kirjaamispaikka on rauhaton.

Toimivat tietokoneet.

Kirjaamiselle tulisi olla enemmän aikaa.

Hoitohenkilökunnan mielestä haasteena siirtymisessä tulisi todennäköisesti olemaan uuden opettelemisen ja muutoksen aiheuttama vastustus. Hoitajat kokevat, että uuden toimintatavan omaksuminen olisi haastavaa, koska suullinen raportointi on pitkään käytössä ollut raportointimalli ja siihen on totuttu. Lisäksi henkilökunnalla on käsitys, että raportoinnin kehittämisessä on ennen kaikkea kyse työnantajan toiminnan tehostamisesta, mikä vaikuttaa jonkin verran ennakoasenteisiin. Hoitajien mielestä osittainen hiljaiseen raportointiin siirtyminen olisi mahdollista, mikäli muutoksen tarve perustellaan hyvin. Vastauksista kävi ilmi, että henkilökunta kokee valmiuksien uuden toimintatavan oppimiseen olevan hyvät.

Miksi hoitohenkilökunnan pitäisi siirtyä hiljaiseen raportointiin?

Henkilökunta kokee, että työntäjä tehostaa toimintaa liikaa.

Haastava muutos työntekijöille, kun on totuttu suulliseen raportointiin.

6 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kitinkannuksen hoitohenkilökunnan näkemyksiä hiljaisesta raportoinnista ja hiljaiseen raportointiin siirtymisen haasteista asumispalvelun asiakkaiden hoidossa. Lähestymistapamme oli kvalitatiivinen ja hoitohenkilökunta osallistui tutkimukseen vastaamalla avoimeen kyselylomakkeeseen.

6.1 Hoitohenkilökunnan käsitykset siirtymisestä hiljaiseen raportointiin

Kitinkannuksen hoitohenkilökunta näki mahdollisessa hiljaiseen raportointiin siirtymisessä myönteisinä asioina ajan säästön ja tiedonsaannin vapautumisen sekä täsmentymisen. Hiljainen raportti ei olisi aikaan sidottu ja siinä raportin lukija voisi itse vaikuttaa saamansa tiedon sisältöön. Vastuualuejakoa kehittämällä hoitaja lähtökohtaisestikin lukisi ainoastaan vuorossa hoitamiensa asiakkaiden tiedot. Raportoinnin mahdollisen tiivistymisen kautta vapautuvaa työaikaa voitaisiin antaa asiakkaille.

Hoitohenkilökunnan esille nostamat myönteiset vaikutukset eivät yllättäneet, ja ne saavat tukea tehdyistä tutkimuksista. SWOT-analyysin tulokset Turun yliopistollisessa keskussairaalassa osoittivat hiljaisen raportoinnin vahvuuksiksi nimenomaan ajallisen säästön sekä yksilöllisen tiedonsaannin (Laukkanen ym. 2012). Hiljainen raportointi todettiin aikaa säästäväksi myös Riesenbergin ym. (2010), Puumalaisen ym. (2003) ja Barberan (1998) tutkimuksissa. Riesenbergin ym. vuonna 2010 julkaisemassa artikkelissa hiljaisen raportoinnin sanottiin muun muassa tiivistäneen ja tehostaneen tiedonantoa, mikä lyhensi raportin kestoa. Hiljaisen raportin koettiin säästävän aikaa potilastyöhön myös Kainuun keskussairaalan tehostetun hoidon osastolla, missä selvitettiin hoitajien kokemuksia siirtymisestä hiljaiseen raportointiin (Kähkönen 2010).

Suullinen raportti sisältää usein epäolennaista tietoa potilaan hoitoon liittyen. Kerrataan esimerkiksi pitkäaikaisten potilaiden kohdalla hoitajille itsestään selviä taustatietoja raportista toiseen ja käydään liian tarkkaan läpi peruselintoimintoihin liittyviä asioita, joissa ei ole mitään poikkeavaa. Helposti aikaa kuluu myös keskusteluun, mikä ei millään tavalla liity potilaiden hoitoon. Kun potilastietojen lukeminen tapahtuu ennalta sovitun potilasjaon mukaisesti ilman ylimääräistä asiaa oleelliseen keskittyen, raportointi luonnollisesti tehostuu ja ajallisesti lyhenee. Hoitajien tiedon tarve toki vaihtelee, joku voi palata pitkältä

lomalta tai joukossa voi olla uusi sijainen. Silloin korostuukin hiljaisen raportoinnin mahdollistama yksilöllinen tiedonsaanti, jonka hoitohenkilökunta koki myönteisenä muutokseen liittyvänä tekijänä.

Yksilöllisen tiedonsaannin hyödyt hiljaisessa raportoinnissa nousivat vahvasti esiin Laukkasen ym. (2012) tutkimuksen lisäksi myös norjalaisen sairaalan hiljaisen raportoinnin kokeilussa (Meum ym. 2011). Enemmistö vastaajista koki Meumin ym. tutkimuksessa positiivisena sen, että uudessa toimintatavassa voi itse vaikuttaa siihen, mitä potilaan hoitoon liittyvää tietoa pitää tärkeänä. Vuoroon tulevan työntekijän voidaan olettaa osaavan itse arvioida tarvitsemansa tiedon, jotta potilaan hoidon jatkuvuus olisi turvattu. Toki jos hiljainen raportointi otetaan täysin uutena menetelmänä kokeiluun, on hyvä yhteisen perehdytyksen muodossa käydä läpi, minkä kaavan mukaan kirjattua tietoa olisi hyvä lukea. Sinkkosenkin (2011) mallissa hoitajille tarjottiin käyttöön lukuohje. Totta kai esimerkiksi lukuohjeen mukainen eteneminen edellyttää, että nämä asiat löytyvät myös dokumentoituna.

Kun uuteen kokeiluun lähdetään, myönteiset vaikutukset saattavat näkyä viiveellä. Alku vaatii aina totuttelua ja siihen liittyy usein kompastelua ennen kuin uuden menetelmän soveltaminen sujuu ongelmitta. Tästä johtuen ajallista säästöä ei välttämättä olisi heti odotettavissa. On myös mahdollista, että alkuun uuden raportointimenetelmän vapauttama aika siirtyisi suoraan kirjaamiseen, sillä henkilökunnan vastauksista kävi ilmi, että dokumentointiin on tällä hetkellä varattu liian vähän aikaa.

Valtaosa Kitinkannuksen hoitohenkilökunnasta koki, että hiljainen raportointi voisi soveltua hyvin asu-
mispalveluasiakkaiden hoitotyöhön. Tätä voidaan pitää myönteisenä tekijänä tuloksissa ja osoittavan valmiutta uuden raportointimenetelmän kokeiluun pitkäaikaisten asiakkaiden hoidossa. Osa vastaajista kuitenkin korosti, että pitkäaikaistenkin asiakkaiden kohdalla olisi hyvä mainita suullisesti poikkeavuuksista kuten voinnissa tapahtuneista yllättävistä muutoksista. Näkemystä tukee muun muassa Meumin ym. (2011) hiljaisen raportoinnin kokeilututkimus, missä hiljaista raportointia täydennettiin lyhyellä suullisella tiedonannolla. Myös Pothierin ym. (2005) simulointitutkimuksessa hiljainen raportointi yhdistettynä lyhyeen suulliseen täydennykseen osoittautui puhtaasti hiljaista raportointia paremmaksi menetelmäksi.

Sinkkosen (2011) mallissa ehdotetaan kahta eri tapaa yhdistää hiljaiseen raportointiin lyhyt suullinen osuus. Tarvittaessa suullinen maininta poikkeavuuksista tai erityisistä huomioitavista asioista voidaan antaa ennen kuin vuoroon tulleet aloittavat hiljaisen raportin. Toinen vaihtoehto, vuorojen niin salliessa, on kysymysten esittäminen vasta hiljaisen raportin päättyessä. Suullisen tiedonannon sisällyttäminen kokeiltavaan hiljaiseen raportointiin pitäisi myös mahdollisen muutoksen laajuuden kohtuullisena. Jos

kokeilun lopputulos olisi positiivinen, tästä voitaisiin ehkä askel kerrallaan edetä kohti koko asiakaskunnan kattavaan hiljaiseen raportointiin. Tutkimukset (Kähkönen 2010; Laukkanen 2012) kuitenkin osoittavat, että hiljainen raportointi toimii turvallisena menetelmänä myös vaativankin hoidon yksiköissä.

Huolta hoitohenkilökunnassa herätti, tutkimustenkin perusteella odotetusti, suulliseen raportointiin vahvasti linkittyvän vuorovaikutuksen katoaminen. Laukkanen ym. (2012) SWOT-analysissä hiljaista raportointia jo työssään käyttävistä hoitajista osa mainitsi hiljaisen raportoinnin heikkoutena juuri vuorovaikutuksen, vertaistuen ja yhteisen pohdinnan vähentymisen. McKennan (1997) ja Hopkinsonin (2002) tutkimuksissa hoitajat olivat samoilla linjoilla Turun yliopistollisen keskussairaalan hoitohenkilökunnan kanssa. Suullisen raportoinnin vahvuutena pidetäänkin yleisesti sitä, että se mahdollistaa monipuolisen keskustelun sekä työkavereiden välittömän konsultoinnin ja tarkentavien kysymysten esittämisen (Rautava-Nurmi ym. 2015, 52). Sosiaalista merkitystä ja hoitohenkilökuntaa tiivistävää vaikutusta ei tulisi myöskään unohtaa.

Hoitoon liittyvän keskustelun vähenemisen aiheuttamaan huolta voisi alkuun helpottaa se, että hiljaista raporttia kuitenkin tuettaisiin tarvittaessa lyhyellä suullisessa osuudella. Usein vuorovaikutusta hoitajien kesken myös tapahtuu jatkuvasti pitkin päivää ja jos hoitoon liittyvää kysyttävää yllättäen tulee, työkaaverilta voi tähän pyytää vastausta. Henkilökunnan yhteishenkeä ja sosiaalista kanssakäymistä voisi taas lähteä esimiesjohtoisesti tukemaan työajan ulkopuolisin tapahtumin. Yhteinen tekeminen voi olla hyvinkin pienimuotoista ja pienellä budjetilla toteutettavaa. Tämä myös mahdollistaa, että tapahtumia on riittävän tiuhaan ja jokaiselle avautuu mahdollisuus aina välillä työvuorojen salliessa osallistua. Rauman aluesairaalan ja Kaunisjärven vanhainkodin hoitajien kokemuksia hiljaisesta raportoinnista selvitettiin vuonna 2016 tehdyssä opinnäytetyössä (Hakamäki & Metsämaa 2016). Kolme neljästä tutkimukseen osallistuneesta hoitajasta oli sitä mieltä, ettei hiljainen raportointi vaikuttanut negatiivisesti vuorovaikutukseen tai työilmapiiriin. Tämä tulos saattaa viitata siihen, että kyse on vaan ennakkoluuloista, jotka osoittautuivatkin paikkansa pitämättömiksi.

Kielteisenä asiana mahdollisessa siirtymisessä hiljaiseen raportointiin pidettiin lisäksi nykyistä kirjaamista, jonka ei uskota tukevan hiljaista raportointia. Kitinkannuksen hoitajien mielestä kirjattu tieto ei ole yhtä kattavaa kuin suullisena välitettävä ja näin ollen pelkona on, että hoidon kannalta tärkeää tietoa jäisi siirtymättä vuorolta seuraavalle. Syynä riittämättömään kirjaamiseen henkilökunta pitää puutteellisia kirjaamistaitoja, yhteisten kirjaamiskäytäntöjen puuttumista ja monimutkaista asiakastietojärjestelmää. Ranskassa (Boucheix & Coiron 2008) ja Australiassa (Jefferies ym. 2012) tehdyissä tutkimuksissa

hoitajien kokemus oli, että suullisessa raportoinnissa potilaita koskeva tieto on kattavampaa. Johtopäätöksissä tutkijat totesivat ongelman olevan kirjaamisessa, ja että kirjattu tieto on saatava riittävän kattavaksi, jotta hiljaiseen raportointiin siirtyminen onnistuu henkilökuntaa tyydyttävällä tavalla. Myös Laukkasen ym. (2012) tutkimuksessa osa vastaajista piti hiljaisen raportoinnin uhkana huonoa kirjaamista ja sen vaikutusta välittyvän tiedon laatuun. Hoitohenkilökunnan huoli onkin tutkimusten pohjalta aiheellinen.

Toisaalta tutkimukset osoittavat, että hiljaiseen raportointiin siirtyminen pakottaa parantamaan kirjaamisen laatua (Puumalainen ym. 2003; Riesenbergy ym. 2010). Laukkasen ym. (2012) tutkimuksessa yli puolet vastaajista koki kirjaamisen kehittyneen hiljaiseen raportointiin siirtymisen jälkeen. Myös Rauhalla tehdyssä selvityksessä puolet vastaajista mainitsi myönteisen vaikutuksen dokumentoinnin laatuun (Hakamäki & Metsämaa 2016). Tästä näkökulmasta osittaista siirtymistä hiljaiseen raportointiin Kitinkannuksessa voitaisiin pitää perusteltuna, sillä henkilökunta selvästi kokee kirjaamisen puutteelliseksi. Kokeiluun lähteminen pakottaisi alkuun suuntaamaan huomiota dokumentointiin hyvinkin konkreettisesti: mitä tulee kirjata, onko kirjaamiselle varattu riittävästi aikaa, mahdollistaako nykyinen asiakastietojärjestelmä laadukkaasti kirjaamisen, onko kirjaamiseen liittyen tarvetta perehdytykselle.

Kirjaamista olisikin syytä lähteä parantamaan aktiivisen toiminnan kautta, sillä tämä vastaisi myös hoitohenkilökunnan toiveeseen. Tutkimukset osoittavat, että uusien toimintatapojen (koskevat ne sitten kirjaamista tai raportointia) omaksuminen onnistuu parhaiten perehdytyksen ja koulutuksen kautta (Clark ym. 2009; Graig 2011; Hindmarsh & Lees 2012). Kainuun tehostetun hoidon osastolla perehdytystä ja koulutusta rakenteiseen kirjaamiseen oli järjestetty hoitajille ennen hiljaiseen raportointiin siirtymistä, mutta sen koettiin jääneen puutteelliseksi (Kähkönen 2010). Rauman selvityksessä hoitajat puolestaan vastasivat saaneensa kirjaamiseen riittävästi koulutusta, mutta hiljaiseen raportointiin eivät (Hakamäki & Metsämaa 2016).

6.2 Henkilökunnan näkemykset huomioitavista asioista siirtymisessä hiljaiseen raportointiin

Tutkimuksemme tuloksista kävi ilmi, että Kitinkannuksen hoitohenkilökunta näkee hyvin tarpeelliseksi koulutuksen ja perehdytyksen kirjaamiseen. Myös koulutusta Hilikka-ohjelman käyttöön pidettiin tärkeänä, jotta kirjaaminen onnistuisi hyvin. Tätä tuloksista esiin noussutta tarvetta tukee myös työturvallisuuslaki (732/2002), joka velvoittaa työnantajan huolehtimaan työntekijöiden perehdytyksestä sekä tarvittaessa järjestämään täydennyskoulutusta. Lisäkoulutus kirjaamiseen ja uudelleen perehdyttäminen

Hilkka-ohjelman käyttöön on avainasemassa hiljaiseen raportointiin siirtymisessä. Hyvän kirjaamisen myötä hiljaiseen raportointiin siirtyminen oletettavasti helpottuu ja tuntuu luontevammalta. Pehdytystarve Hilkka-ohjelman käyttöön mahdollisesti kertoo siitä, että kaikkia ohjelman ominaisuuksia ei osata käyttää ja hyödyntää riittävästi.

Tampereen yliopiston julkaisussa perehdyttämisestä mainitaan perehdyttämisen olevan avainasemassa, kun pyritään vaikuttamaan työntekijän osaamiseen, työn laatuun, työssä jaksamiseen sekä työhön sitoutumiseen. Perehdyttämisen ja lisäkoulutuksen avulla pystytään turvaamaan henkilökunnan riittävä osaaminen ja takaamaan laadukas hoitotyö. Hyvällä perehdytyksellä pystytään vähentämään uuden oppimiseen kuluva aikaa. Huolellisen perehdyttämisen seurauksena työntekijä pystyy paremmin ymmärtämään työtehtävien syy-seuraussuhdetta. Perehdyttämisessä ja lisäkoulutuksessa on kyse henkilöstön kehittamisestä. (Lintula-Göcmen & Nurminen 2011)

Tutkimuksemme tuloksista kävi myös ilmi, että Kitinkannuksen henkilökunnalle pitkään käytössä olleiden toimintatapojen muuttamisessa tulee olemaan haasteita. Henkilökunta koki tärkeäksi, että muutoksen ja toiminnan kehittämisen tarve tulee perustella riittävästi, mitä ja miksi muutetaan. Vuorovaikutuksen, perusteluiden ja tiedon välittymisen tulee olla sujuvaa ja ymmärrettävää. Kehittämisen ja muutoksen kohtaaminen tulee onnistumaan, mikäli sitä suunnitellaan ja ideoidaan yhdessä ja kaikki pystyvät vaikuttamaan omalta osaltaan muutoksen luonteeseen. Tässä voidaan hyödyntää aikaisemmin mainittuja eri kehittämisen toimintatapoja. Kehittäminen, uuden toimintatavan oppiminen ja tapahtuva muutos tulevat viemään paljon aikaa. Henkilökunnan mukaan pelkästään ajatus muutoksesta, muutoksen kypsyttäminen ja muutoksen sisäistäminen voivat olla aikaa vievää. Osa henkilökunnasta kokee kehittämisen ja muutoksen työnantajan toiminnan tehostamisena. Tähän mielikuvaan pystyttäisiin vaikuttamaan kiinnittämällä huomiota vuorovaikutukseen. Kehittämiseen ja muutokseen motivoimista auttaa perustelut kehittämistarpeelle.

Työyhteisön muutosta ja kehittämistä käsittelevän kirjallisuuden mukaan henkilöstön suhtautumiseen muutokseen ja toiminnan kehittämiseen vaikuttaa aiemmat kokemukset muutoksista ja hyvin usein muistetaan vain negatiiviset kokemukset aikaisemmista muutoksista ja kehittämisprosesseista. Muutoksen yhteydessä puutteellinen vuorovaikutus johtaa muutosvastarintaan, sitoutumattomuuteen ja epäilyihin. Vuorovaikutuksen tulisi olla hyvin avointa. Vuorovaikutteiset tilanteet korostuvat hyvin vahvasti muutostilanteissa. Ennen kehittämiseen ryhtymistä olisi hyvä miettiä kehittämisen seurauksena tapahtuvan muutoksen positiivisia seurauksia ja onnistuneen kehittämisprosessin jälkeen nämä positiiviset asiat

tulisi olla konkreettisesti havaittavissa. Työntekijöiden osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet vähensivät tapahtuvan muutoksen vastustamista. Esimiehen ja henkilöstön välisen yhteistyön merkitys korostuu kehittämissuhteissa. (Luomala 2008; Heino 2010; Viitala 2012, 67; Järvinen 2014.)

Tuloksissa nousi vahvasti esille tilojen ja välineiden aiheuttavat haasteet. Tällä hetkellä raportointiin käytettävissä olevat tilat ja välineet eivät tue parhaalla mahdollisella tavalla hiljaiseen raportointiin siirtymistä. Henkilökunta koki, että kirjaamista ja hiljaista raportointia varten tarvittaisiin lisää tietokoneita sekä tila, jossa pystyy rauhassa kirjaamaan ja lukemaan raporttia. Tätä esille nostettua asiaa puoltaa Kähkösen (2010) tekemä tutkimus. Tutkimuksessa etsittiin vastauksia mm. hiljaisen raportoinnin hyivistä ja huonoista elementeistä. Hiljaiseen raportointiin siirtymisessä epäonnistumisia oli aiheuttanut muun muassa rakenteisen kirjaamisen puutteellinen koulutus ja raporttitilan rauhattomuus. Kitinkannuksen henkilökunta myös koki, että hiljaisen raportoinnin vaatimaan kirjaamiseen ei työvuorossa ole riittävästi aikaa.

6.3 Luotettavuus ja etiikka

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuus tarkoittaa tulosten niin selkää esittämistä, että niiden pohjalta tehty analyysi on helposti ymmärrettävissä. Hyvin muodostetut ja koko aineiston kattavat luokitukset kertovat tutkimuksen uskottavuudesta. Siirrettävyys puolestaan kertoo siitä, kuinka hyvin saatuja tuloksia voidaan hyödyntää muissa tutkimusympäristöissä. Riippuvuuden kriteeri täyttyy tutkimuksessa, kun aineiston pohjalta tehty analyysi vastaa tutkimuskohteen todellista tilaa. Vahvistusta tutkimus taas saa, kun tulokset saavat tukea toisista tutkimuksista. Tutkimuksen luotettavuutta lisää analysointivaiheen mahdollisimman tarkka kuvaaminen sekä analysoinnin tukena käytetyt liitteet, jotka kertovat analysoinnin etenemisestä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 197–198.)

Huomioimme tutkimuksessamme kaikki luotettavuuden kriteerit, uskottavuuden, siirrettävyyden, riippuvuuden ja vahvistettavuuden. Esitimme tulokset selkeästi käyttäen autenttisia lainauksia ja tuotimme mielestämme realistisen sekä toteutettavissa olevan toimintamallin Kitinkannuksen hoitohenkilökunnan käyttöön. Uskottavuuden lisäämiseksi olemme myös esittäneet analyysin etenemisen kuvioina (LIITE 5), joista on nähtävissä, että luokitukset ovat koko aineiston kattavia. Kuviot osoittavat mielestämme myös riippuvuuden kriteerin täyttymisen. Tutkimuksessamme tulosten siirrettävyys on huomioitu ku-

vaamalla mahdollisimman selkeästi tutkimusympäristö. Vahvistusta tutkimuksemme taas saa tietope-
rustassa esille nostetuista aiemmista tutkimustuloksista. Osa opinnäytetyössämme käytetyistä lähteistä
oli vanhahkoja. Olemme kuitenkin nostaneet työssämme esille myös vanhempia tutkimuksia, koska tu-
loket ovat samansuuntaisia uudempien tutkimusten kanssa. Tutkimuksessamme luotettavuutta lisäsi ai-
nakin lähtökohtaisesti se, että kohdistimme kyselyn koko hoivaosaston hoitohenkilökunnalle. Näin vas-
taajiksi eivät valikoituneet tietyt hoitajat.

Tutkimuksen eettisyys täyttyy, kun tutkija on aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta ja hän on
perehtynyt tunnollisesti tutkimaansa aiheeseen. Tutkija ei saa syyllistyä vilppiin, eikä tuottaa tutkimuk-
sellaan vahinkoa. Tutkimuksessa täytyy kunnioittaa ihmisarvoa ja tutkijan tulee varmistaa, että tutki-
mustietoa käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. Lisäksi tulee toiminnallaan edistää tutkimuksen
tekemisen mahdollisuuksia ja arvostaa toisia tutkijoita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015,
211–214.)

Heti aiheen valikoitumisen jälkeen keskustelimme työelämäkontaktimme kanssa ja tahtoimme varmis-
taa työelämän tarpeet ja tavoitteet, sekä miten ne olisivat tutkimuksemme kautta saavutettavissa. Alusta
alkaen pyrkimyksenämme on ollut tuottaa hyödynnettävissä olevia tuloksia. Perehdyimme kattavasti
aiempiin tutkimustuloksiin lähdekritiikki huomioiden ja kyselylomake tehtiin yhdessä työelämän kanssa
hyvän kyselylomakkeen kriteereiden mukaisesti. Tutkimusympäristön totuudenmukainen kuvaus on
varmistettu siten, että työelämä on saanut vaikuttaa heidän toimintaansa kuvaavan osuuden sisältöön.
Tutkimusta tehdessä olemme huomioineet salassapitosäännökset ja plagiointia koskevat kiellot.

Osallistuminen kyselytutkimukseen oli vapaaehtoista, ja tämä kerrottiin henkilökunnalle saatekirjeessä.
Hoitajat palauttivat lomakkeet anonymoineina suljetuissa kirjekuorissa lukittuun toimistossa sijaitsevaan
laatikkoon, josta haimme ne vastausajan päättymisen jälkeen. Emme tunteneet vastaajia, emmekä pys-
tyneet yhdistämään vastauksia käsialan perusteella työntekijöihin. Tutkimuksen tulososasta ei voi tun-
nistaa yksittäisiä vastaajia. Olemme säilyttäneet vastauksia ulkopuolisten saamattomissa ja tuhoamme
ne asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

6.4 Opinnäytetyöprosessin tarkastelua

Opinnäytetyömme aihe valikoitui nopeasti, ja selvitettyämme työelämän toiveita ja ajatuksia opinnäytetyöstämme tutkimuksen rajaaminen onnistui hyvin. Opinnäytetyöprosessin kautta olemme saaneet valmiuksia itsenäiseen tiedonhakuun, tutkimustiedon kriittiseen arvioimiseen ja tieteelliseen kirjoittamiseen. Tämä oli molemmille myös ensikosketus laadulliseen tutkimukseen, mikä ehkä näkyi selvimmin kyselylomakkeen laadinnassa ja saadun aineiston analyysissä. Näihin tarvitsimme eniten tukea työn ohjaajalta. Opinnäytetyön tekeminen on kuitenkin oppimisprosessi, ja olemme mielestämme matkan aikana saavuttaneet yhden sen tärkeistä oppimistavoitteista eli ymmärrystä laadullisen menetelmän käyttöön tutkimuksessa.

Olemme opinnäytetyöprosessin aikana lisäksi perehtyneet kirjaamiseen ja raportointiin syvällisemmin kuin sairaanhoitajan perus- ja ammattiopintojen aikana. Työharjoittelu- sekä työpaikoissamme olemme saaneet käytännön kokemusta sekä suullisesta että hiljaisesta raportoinnista. Vasta tämän opinnäytetyön kautta näiden raportointimenetelmien eroja on todella tullut mietittyä.

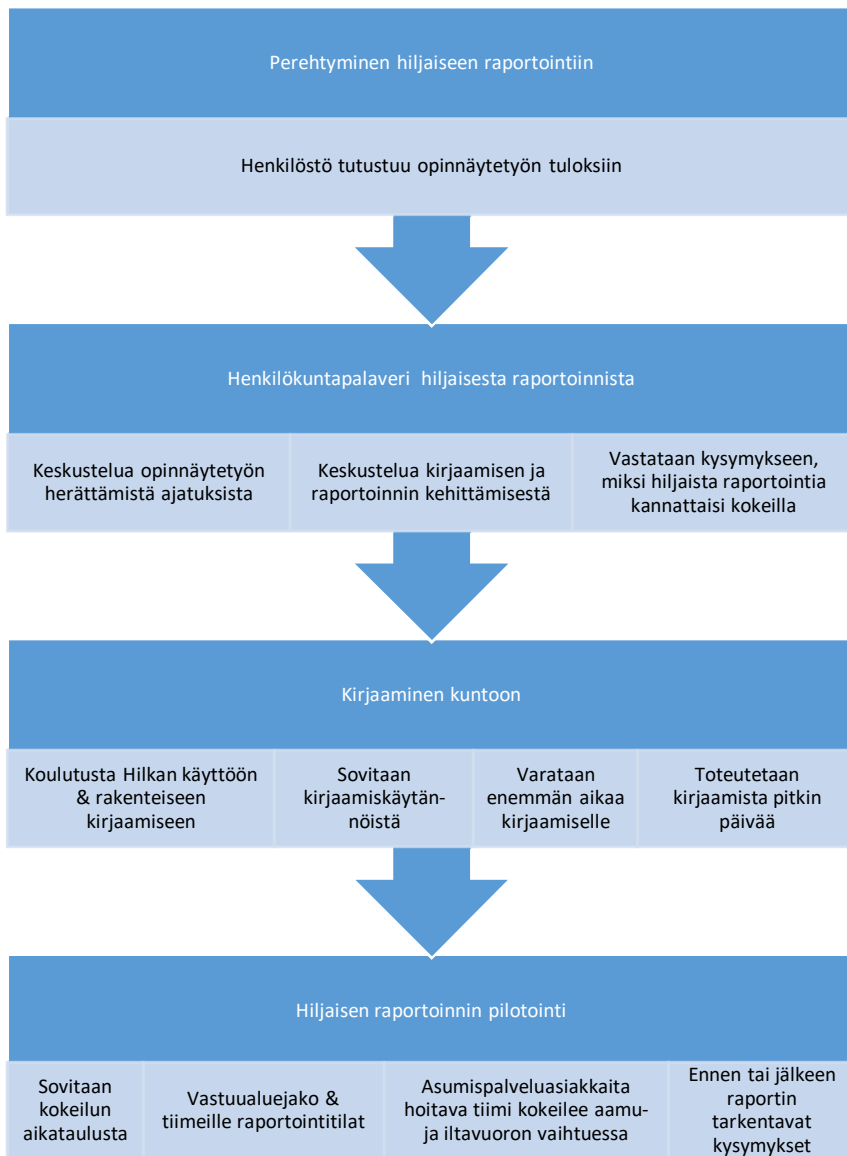
Yhteistyömme sujui ongelmitta, ja meillä oli heti alusta alkaen yhtenevät tavoitteet opinnäytetyöprosessille. Tahdoimme saada järkevässä aikataulussa tuotettua sellaisen työn, jonka lopputulokseen voisimme molemmat olla tyytyväisiä. Lisäksi tavoitteena oli vastata mahdollisimman hyvin työelämäkontaktin tarpeeseen ja tuottaa opinnäytetyö, josta olisi konkreettista hyötyä. Tavoitteiden saavuttamisen mahdollisesti molempien tasavertainen sitoutuminen työhön, hyvä suunnittelu, realistinen aikataulutus sekä toimiva ohjaussuhde ohjaavaan opettajaan. Yhteistyö työelämän kontaktin kanssa oli sujuvaa.

Suunnitteluvaiheessa ongelmia aiheutti kyselylomakkeen kysymysten laadinta. Kyselylomakkeen olisi pitänyt olla pidempi ja kysymysten tarkempia. Saamamme vastaukset jäivät osittain yleiselle tasolle, eivätkä vastanneet kysymyksiin odottamallamme tavalla. Kirjoittamisvaiheessa haasteena oli työnjako ja sen liian selkeä näkyminen tekstissä. Tietoperusta oli alkuun rikkonainen ja samat asiat toistuivat useammassa kohdassa. Rakenteen suunnittelua olisi pitänyt tehdä pidemmälle yhdessä ja vasta myöhemmässä vaiheessa jakaa kirjoittamista.

6.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksemme tulosten perusteella muodostimme toimintamallin (KUVIO 1). Tulimme johtopäätökseen, että henkilökunnan kannattaisi ensimmäisenä perehtyä hiljaiseen raportointiin tutustumalla opinnäytetyöhömmme. Opinnäytetyön herättämien ajatusten pohjalta Kitinkannuksessa pidettäisiin henkilökuntapalaveri, jossa henkilökunta voisi keskustella heränneiden ajatusten lisäksi kirjaamisen ja raportoinnin kehittämisestä sekä miettiä perusteluita, miksi hiljaista raportointia kannattaisi kokeilla. Hiljaiseen raportointiin siirtyminen alkaisi sillä, että edellytykset hyvälle kirjaamiselle järjestettäisiin ja edellytysten toteutuessa hiljainen raportointi otettaisiin kokeiluun. Hyvät edellytykset saataisiin perehdytyksellä Hilikka-ohjelmaan, koulutuksella rakenteiseen kirjaamiseen, yhteisistä kirjaamiskäytännöistä sopimalla ja varaamalla kirjaamiselle enemmän aikaa. Lisäksi kirjaamista tulisi toteuttaa koko työvuoron ajan. Hiljaisen raportoinnin kokeileminen aloitettaisiin sopimalla aikataulusta. Henkilökunnalle jaettaisiin vastuualueet ja tämän jaon mukaisesti asiakkaat jakautuisivat ”tiimeihin”. Kokeilu lähtisi liikkeelle yhden vuoronvaihdon yhteydessä. Hiljaisen raportin jälkeen olisi mahdollisuus kysyä tarkentavia kysymyksiä vastuualueensa asiakkaista.

Jatkossa voisi esimerkiksi tutkia, kuinka hiljaisen raportoinnin kokeilu onnistui ja voisiko sen ottaa laajemmin käyttöön Kitinkannuksessa. Lisäksi jatkotutkimusta voisi tehdä kirjaamisen kehittymisestä ja tukeeko se paremmin hiljaista raportointia. Opinnäytetyössämme esittelemämme toimintamalli olisi mielestämme sovellettavissa myös muissa samankaltaisissa hoito- ja palvelukodeissa.



KUVIO 1. Toimintamalli hiljaisen raportoinnin kokeiluun

LÄHTEET

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanna Pro Oy.
- Barbera, M.L., Conley, R. & Portell, M. 1998. Notes from the field. A silent report. *Nursing Management* 29, 66–67. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.centre.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=60de214a-fea8-4b35-9b5a-45f2a648e9ab%40sessionmgr4009&vid=1&hid=4112>. Viitattu 10.2.2017.
- Boucheix, J-M. & Coiron, M. 2008. Analysis of the written handover process during shift changes within the hospital. *Activités* 5, 103–125. Saatavissa: <http://activites.revues.org/1963>. Viitattu 7.9.2017.
- Clark, E., Squire, S., Heyme, A., Mickle, M-E. & Petrie, E. 2009. The PACT Project: improving communication at handover. *Medical Journal of Australia* 190, 125–127. Saatavissa: https://www.mja.com.au/system/files/issues/190_11_010609/cla11183_fm.pdf. Viitattu 7.9.2017.
- Elovainio, M., Sinervo, T. & Pekkarinen, L. 2001. Uusien työvälineiden omaksuminen. Asenteet, työn sisältö työyhteisö ja prosessi muutosta edeltävinä tekijöinä perusterveydenhuollossa. Helsinki: Stakes. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77058/Aiheita1-2001.pdf?sequence=1>. Viitattu 7.9.2017.
- Graig, R., Moxey, L., Young, D., Spenceley, N.S. & Davidson, M.G. 2011. Strengthening handover communication in pediatric cardiac intensive care. *Pediatric Anesthesia* 22, 393–399. Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/51974849_Strengthening_handover_communication_in_pediatric_cardiac_intensive_care. Viitattu 7.9.2017.
- Hakamäki, J. & Metsämaa, L. 2016. Hiljainen raportointi – hoitajien kokemukset. Satakunnan ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/119643/hakamaki_julia_metsamaa_leena.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 16.10.2017.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Heino, H. 2010. Muutoksen johtaminen terveydenhuollossa lähijohdon näkökulmasta. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110081/urn_nbn_fi_uef-20110081.pdf. Viitattu 16.10.2017.
- Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>. Viitattu 7.9.2017.
- Hindmarsh, D. & Lees, L. 2012. Improving the safety of patient transfer from AMU using a written checklist. *Acute Medicine* 11, 13-17. Saatavissa: https://www.researchgate.net/profile/Diana_Bilton/publication/221897639_Haemoptysis_Diagnosis_and_treatment/links/0deec52bf339234791000000.pdf#page=13. Viitattu 7.9.2017.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hopkinson, J. 2002. The hidden benefit: the supportive function of the nursing handover for qualified nurses caring for dying people in hospital. *Journal of Clinical Nursing* 11, 168–175. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a866e3d3-858d-4ead-9508-f48ac29a495b%40sessionmgr4010&vid=1&hid=4112>. Viitattu 10.2.2017.
- Jefferies, D., Johnson, M. & Nicholls, D. 2012. Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. *Contemporary Nurse* 42, 129–138. Saatavissa: https://www.researchgate.net/profile/Diana_Jefferies/publication/227855886_Comparing_written_and_oral_approaches_to_clinical_reporting_in_nursing/links/55e926cf08aeb651626473d7.pdf. Viitattu 7.9.2017.
- Järvinen, P. 2014. Esimiestyö ongelmatilanteissa. 8., uudistettu painos. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuutsa, H. 2010. Hoitotyön raportointimallin kehittäminen ja hoitotyöntekijöiden kokemuksia raportointi käytännön muutoksesta. Savonia ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja hoitotyön kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö. Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23505/yamk_hanna_kuutsa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 5.9.2017.
- Kähkönen, T. 2010. Hiljaisen raporttikäytännön kehittäminen Kainuun keskussairaalan tehostetun hoidon osastolla. Kajaanin ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/17024/Kahkonen%20Tiina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 16.10.2017.
- Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja. 89–96.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Viitattu 7.2.2017.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 9.2.2007/159. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>. Viitattu 7.2.2017.
- Laukkanen, L., Lehti, T., Hassinen, T. & Hupli, M. 2012. Hiljainen raportointi Turun yliopistollisessa keskussairaалassa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin julkaisuja, sarja A nro 11. Saatavissa: <http://vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/A-nro-11-2012.pdf>. Viitattu 10.2.2017.
- Lintula-Göçmen, H. & Nurminen, R. 2011. Valmentava Perehdyttäminen. Tulevaisuuden erityisosaminen erikoissairaanhoidossa. Turun ammattikorkeakoulu. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Luomala, A. 2008. Muutosjohtamisen Abc. Ajatuksia muutoksen johtamisesta ja ihmisten johtamisesta muutoksessa. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos, Tampereen yliopiston kauppakorkeakoulu. Tampere. Saatavissa: <http://www.uta.fi/jkk/synergos/tyohyvinvointi/oppaat/muutoskirja.pdf>. Viitattu 24.2.2017.

- Mason, C. 1999. Guidance to Practice or Load of Rubbish? The Influence of Care Plans on Nursing Practice in Five Clinical Areas in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing* 29, 380–387. Saatavissa: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.1999.00899.x/pdf>. Viitattu 10.2.2017.
- McKenna, L. 1997. Improving the nursing handover report. *Professional Nurse* 12, 637–639. Saatavissa: https://www.researchgate.net/publication/13972380_Improving_the_nursing_handover_report. Viitattu 10.2.2017.
- Meum, T., Wangenstein, G., Soleng, K.S. & Wynn, R. 2011. How does nursing staff perceive the use of electronic handover reports? A questionnaire-based study. *International Journal of Telemedicine and Applications* 2011, 1–6. Saatavissa: <https://www.hindawi.com/journals/ijta/2011/505426/>. Viitattu 7.9.2017.
- Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Tampere. Saatavissa: <http://www.sis.uta.fi/cs/reports/dsarja/D-2010-7.pdf>. Viitattu 7.9.2017.
- Pothier, D., Monteiro, P., Mooktiar, M. & Shaw, A. 2005. Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *British Journal of Nursing* 14, 1034–1038. Saatavissa: https://www.researchgate.net/profile/David_Pothier/publication/7466743_Pilot_study_to_show_the_loss_of_important_data_in_nursing_handover/links/02e7e528e5e7234ec3000000/Pilot-study-to-show-the-loss-of-important-data-in-nursing-handover.pdf. Viitattu 7.9.2017.
- Puumalainen, A., Långstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen. *Tutkiva Hoitotyö* 1, 4–9.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2015. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Riesenberg, L.A., Leitzsch, J. & Cunningham J.M. 2010. Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *AJN* 110, 24–34. Saatavissa: http://216.92.22.76/discus/messages/21/Nursing_Handoffs_Systematic_Review-2345.pdf. Viitattu 10.2.2017.
- Saari, L. 2012. Hoitotyön tiedonkulku ja potilasturvallisuus. Suullinen ja hiljainen raportointi tiedon välityksessä kirurgisilla vuodeosastoilla. Metropolia ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Saatavissa: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/43409/leila-saari.pdf?sequence>. Viitattu 4.9.2017.
- Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.
- Sexton, A., Chan, C., Elliott, M., Stuart, J., Jayasuriya, R. & Crookes, P. 2004. Nursing handovers: do we really need them. *Journal of Nursing Management* 12: 37–42. Saatavissa: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41826839/Nursing_Handovers_Do_We_Really_Need_Them20160131-15941-1hjq890.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWO-WYYGZ2Y53UL3A&Expires=1510753293&Signature=qFy%2F761EF8m9k6SqsEO%2FjX4fRgo%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DNursing_handovers_do_we_really_need_them.pdf. Viitattu 15.11.2017.

Sinkkonen, T. 2011. Työvuorojen välisen raportoinnin kehittäminen pilottiosastoilla Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö. Saatavissa: <https://theseus.fi/bitstream/handle/10024/33576/tiina.sinkkonen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 16.10.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>. Viitattu 7.9.2017.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>. Viitattu 7.2.2017.

Suomen Potilasturvallisuusyhdistys Ry. 2015. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta. Opas sosiaali- ja terveyshuollon asiantuntijoille ja johdolle. Helsinki: Edita Prima Oy. Saatavissa: http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas_nettiin_korjattu.pdf-02112015.pdf. Viitattu 6.9.2017.

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Viitattu 7.9.2017.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2011. Potilasturvallisuusopas potilasturvallisuuslainsäädännön ja strategian toimeenpanon tueksi. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy. Saatavissa: <https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>. Viitattu 24.2.2017.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2015. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Helsinki: Suomen Yliopistopaino Oy. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1. Viitattu 4.9.2017.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Työturvallisuuslaki. 23.8.2002/738. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738#L2P12>. Viitattu 16.10.2017.

Viitala, R. 2012. Henkilöstöjohtamisen. Strateginen kilpailutekijä. 3. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. 2015. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas Osa I. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Suomen Yliopistopaino Oy. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1. Viitattu 10.2.2018.



RAPORTOINTI KITINKANNUKSESSA

Vastaa seuraaviin kysymyksiin omin sanoin. Voit tarvittaessa jatkaa vastausta toiselle sivulle.

1. Mitkä ovat mielestäsi hiljaisen raportoinnin hyvät ja huonot puolet verrattuna nykyiseen (=suulliseen) raportointitapaan?
2. Miten hiljainen raportointi soveltuisi mielestäsi asumispalvelun asiakkaiden hoitotyöhön Kitinkannuksessa?
3. Mitä erityisiä haasteita näet siirtymisessä hiljaiseen raportointiin Kitinkannuksessa (esim. kirjaamiskäytäntöihin liittyen, henkilökunnan suhtautuminen mahdolliseen muutokseen)?
4. Mitkä ovat mielestäsi Kitinkannuksen henkilökunnan valmiudet siirtymisessä hiljaiseen raportointiin? Onko tarvetta perehdytykselle?



SAATEKIRJE

Hyvä hoitotyöntekijä,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Centria - ammattikorkeakoulusta Kokkolasta. Opintoihimme sisältyy opinnäytetyön tekeminen. Tämä kysely on osa opinnäytetyötä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia raportoinnista ja heidän käsityksiä siirtymisestä hiljaiseen raportointiin asumispalvelun asiakkaiden hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tuloksia, joiden kautta hoitohenkilökunnan on mahdollista kehittää asiakaslähtöisesti hiljaista raportointia osaksi asumispalvelun asiakkaiden hoitotyötä. Hiljaisella raportoinnilla tarkoitetaan kirjallista tiedonvälitystä. Tässä raportointitavassa työvuoronsa aloittavat hoitotyöntekijät lukevat itsenäisesti potilaiden tiedot sähköisestä potilaskertomuksesta. Tarvittaessa tietoja täydennetään suullisesti. Hiljaisen raportoinnin on todettu säästävän hoitajien aikaa ja parantavan potilastietojen kirjaamista.

Opinnäytetyön aineisto kerätään avoimella kyselylomakkeella. Kyselylomakkeet täytetään nimettöminä ja palautetaan suljetussa kirjekuoressa henkilökunnan toimistossa olevaan palautuslaatikkoon. Vastaukset palautetaan 3.9. mennessä. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Kysymyksiin voi vastata myös tekstinkäsittelyohjelmalla ja tulostamalla vastaukset paperiversiona.

Palautuneet kyselylomakkeet säilytetään lukitussa tilassa ja ne tuhotaan asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Tulokset esitetään siten, että yksittäistä vastaaja ei voi tunnistaa mistään kohtaa valmiissa opinnäytetyössä. Opinnäytetyö on luettavissa 05/2018 loppuun mennessä paperiversiona osastolla ja/tai sähköisenä osoitteessa theseus.fi.

Ohjaava opettajamme on yliopettaja Annukka Kukkola. Työelämän yhteyshenkilö on asiakkuuspäällikkö Anu Lepistö.

Vastaamme mielellämme opinnäytetyötä koskeviin kysymyksiinne.

Kiitos vastauksistanne jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin,
Leila Grönlund ja
Karoliina Tornberg
(leila.gronlund@centria.fi, karoliina.tornberg@centria.fi)



OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

Opinnäytetyön tekijä/t Leila Grönlund & Karoliina Tornberg	Aloituspäivämäärä 3.2.2017
Koulutusohjelma Sairaanhoitaja (AMK)	
Koulutusohjelman yliopettaja Annukka Kukkola	Opinnäytetyön ohjaaja Annukka Kukkola
Opinnäytetyön työnimi (aihe) Raportoinnin kehittäminen Kitinkannuksessa	
Tutkimusongelma/kehittämistehtävä Raportointi vie paljon aikaa. Ajallista säästöä on mahdollista saada kehittämällä raportointia osittain hiljaiseksi.	
Opinnäytetyön tavoite ja rajaus/tutkimustulokset Opinnäytetyön tavoitteena on saada tuloksia, joiden kautta Kitinkannuksen hoitohenkilökunnan on mahdollista kehittää asiakaslähtöisesti hiljaista raportointia osaksi asumispalvelun asiakkaiden hoitotyötä.	



OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

<p>Opinnäytetyön alustava aikataulu (pvm:t kuukauden tarkkuudella)</p> <p>Aloituspalaveri (ohjaaja, työn tekijä, työelämäohjaaja) [2/2017] Toteutussuunnitelman esittäminen [5/2017] Väliraportointi [10/2017] Ohjaajan tarkastus ja/tai loppupalaveri [1/2017] Opinnäytetyön hyväksyttäväksi jättäminen [2/2017] Opinnäytetyön seminaariesitys [3/2017] Kypsyyskoe [3/2017]</p>
<p>Toimeksiantajan yhteystiedot (yritys, yhteyshenkilön nimi, osoite, puhelin, sähköposti)</p> <p>Kitinkannus Ry, Kitinkuja 2, 69100 Kannus Asiakkuuspäällikkö Anu Lepistö, 040 136 6551 / anu.lepisto@kitinkannus.fi</p>
<p>Tämä sopimus on laadittu kolmena kappaleena. Sopimuskappaleet toimitetaan opinnäytetyön tekijälle, toimeksiantajalle sekä työn ohjaajalle. Centria-ammattikorkeakoulun opiskelija sitoutuu tekemään toimeksiantajan toimeksiannosta edellä mainitusta aiheesta opinnäytetyön <u>28.2.2018</u> mennessä.</p> <p>Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön työssä tarvittavaa tietoa sekä arvioimaan opinnäytetyön valmistuttua sen hyödynnettävyyttä toiminnassaan.</p> <p>Toimeksiantaja maksaa materiaali-, postitus-, matka- ym. mahdolliset kulut laskun mukaan. Toimeksiantaja voi maksaa opinnäytetyön tekijälle palkan.</p> <p>Tämän sopimuksen osapuolet ovat velvolliset pitämään salassa kaiken, mitä he toimeksiannon yhteydessä ovat saaneet tietoonsa asioista, joita voidaan pitää toisen sopijapuolen liikesalaisuutena. Opinnäytetyö käydään läpi ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarissa ja se on julkinen asiakirja. Toimeksiantajan tulee erikseen pyytää työn salausta.</p> <p>Ammattikorkeakoulu ei vastaa opinnäytetyön tekijän mahdollisesti aiheuttamasta haitasta tai vahingosta.</p>
<p>Päiväys 29.5.2017</p>
<p>Työelämäohjaajan allekirjoitus Anu Lepistö, ANU LEPISTÖ</p>
<p>Opiskelijan allekirjoitus Leila Grönlund / Anu Ohj, Karoliina Tomberg</p>
<p>Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus Anu Lepistö 7.8.17</p>



TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Organisaatio, jolle anomus osoitetaan Kitinkannus Ry

Vastuuhenkilö organisaatiossa Asiakkuuspäällikkö Anu Lepistö

Tutkimusluvan anoja(t) Leila Grönlund
Karoliina Tornberg

Osoite Savisilta 8 as. 401, 84100 Ylivieska

Puhelin 0400-760101

Sähköpostiosoite leila.gronlund@centria.fi

Tutkimuksen nimi Raportoinnin kehittäminen Kitinkannuksessa

Tutkimuksen tarkoitus Tarkoituksena on selvittää Kitinkannuksen hoitohenkilökunnan
kokemuksia raportoinnista ja heidän käsityksiä siirtymisestä
hiljaiseen raportointiin asumispalvelun asiakkaiden hoidossa.

Tutkimuksen kohderyhmä Kitinkannuksen hoivaosaston hoitohenkilökunta

Aineiston keruun arvioitu ajankohta 6/2017 - 9/2017


Tutkimusmenetelmä Kvalitatiivinen

Tutkimussuunnitelma hyväksytty 21 / 4 20 17

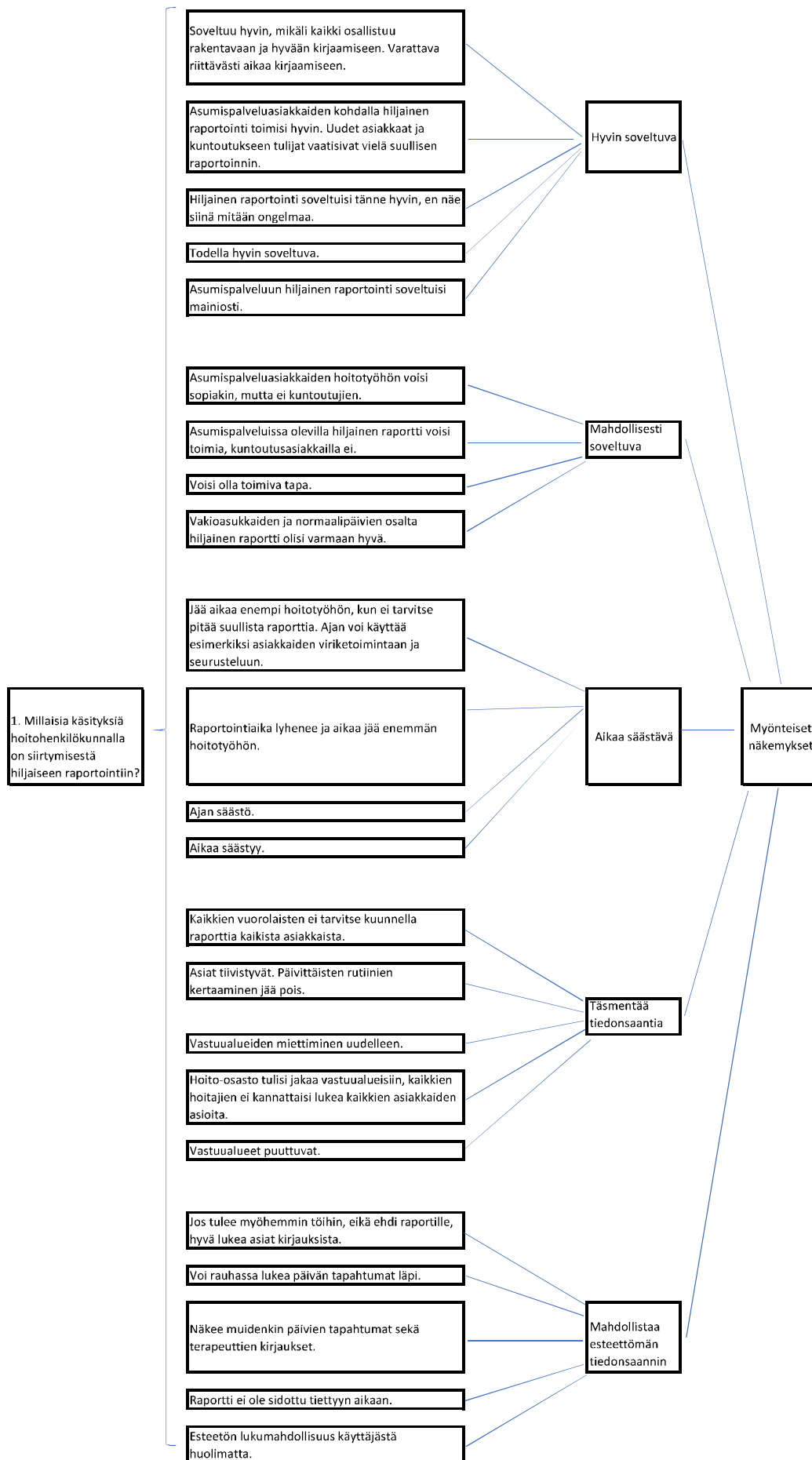
Tutkimuksen ohjaaja Yliopettaja Annukka Kukkola

Lupa myönnetään
paikka Annukka Kukkola **aika** 20 / 5 20 17

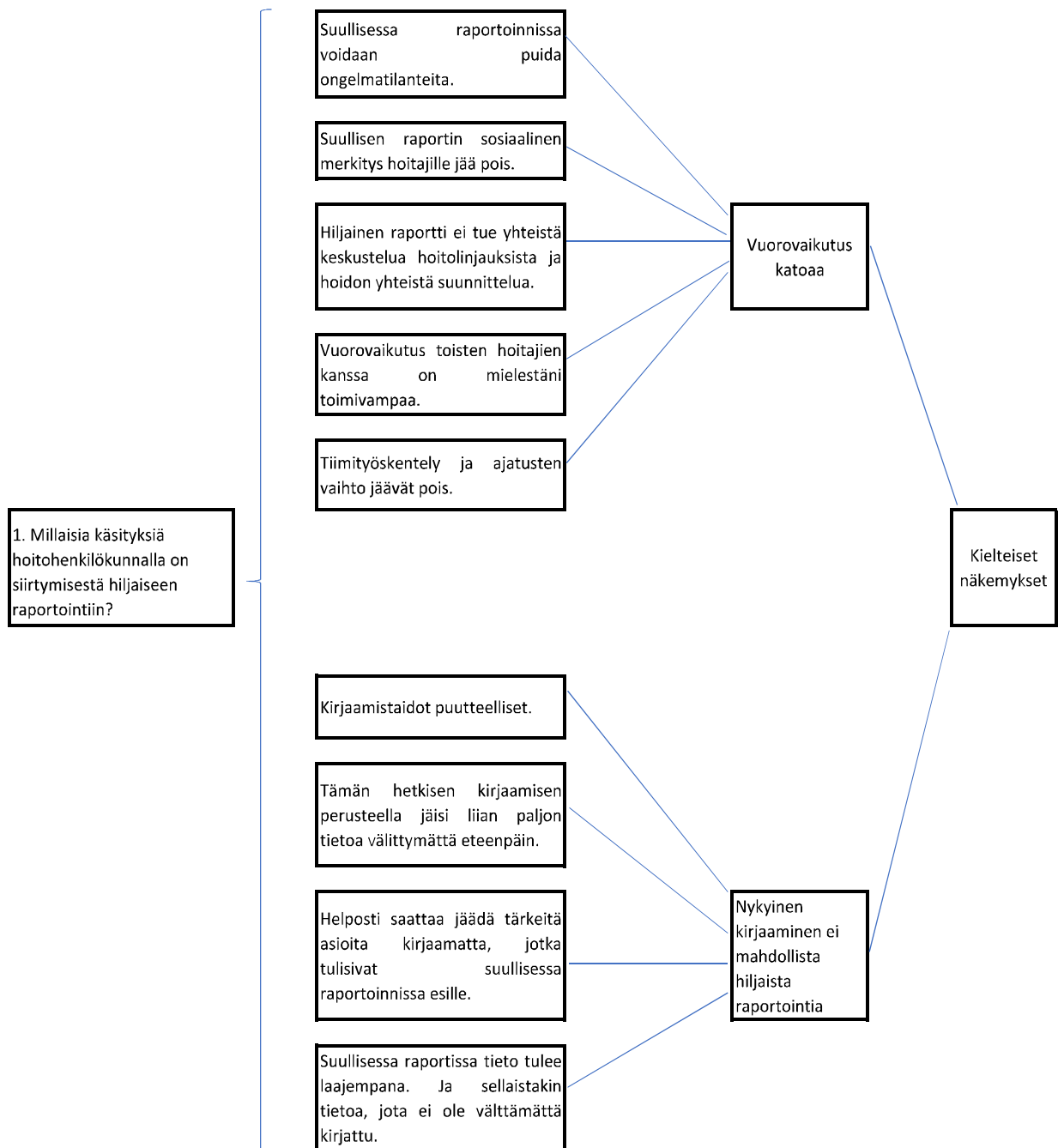
anomuksen mukaisesti **muutosehdotuksin** **hylätty**

Luvanmyöntäjän allekirjoitus  

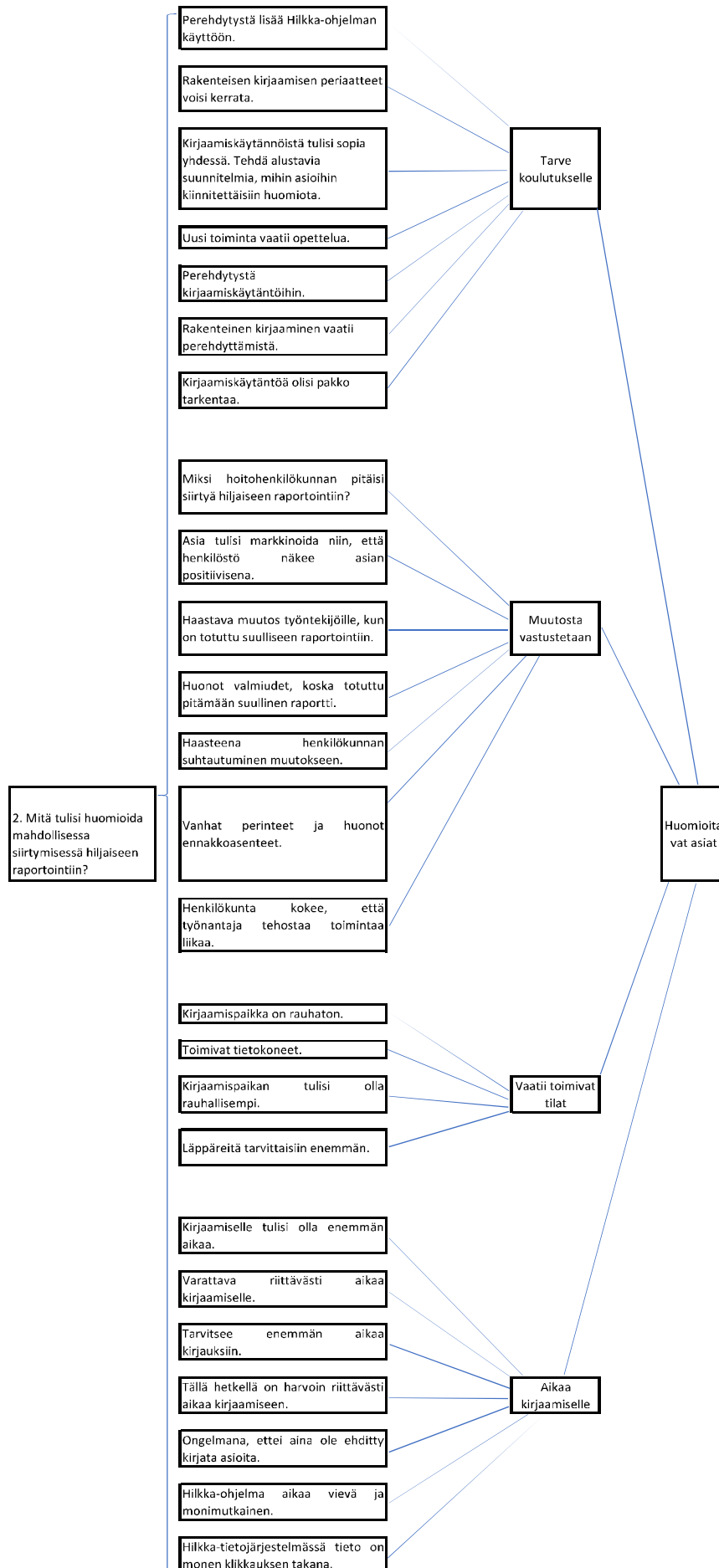
LIITTEET **Tutkimussuunnitelma**
 Kysely/haastattelulomake
 Muut liitteet, mitkä Kyselylomakkeen saatekirje



KUVIO 2. Henkilökunnan myönteiset näkemykset



KUVIO 3. Henkilökunnan kielteiset näkemykset



KUVIO 4. Henkilökunnan mielestä huomioitavat asiat