

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2015

Hanna Aaltonen

HILJAISEN RAPORTOINNIN KÄYTTÖÖNOTTO SISÄTAUTIOSASTOLLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hanna Aaltonen

HILJAISEN RAPORTOINNIN KÄYTTÖÖNOTTO SISÄTAUTIOSASTOLLA

Kehittämiprojektin taustalla oli toiminnan ja rakenteiden kehittäminen Tyks Vakka-Suomen sairaalassa. Strategiaan kuuluvat potilaslähtöiset palvelut ja potilasturvallisuudesta huolehtiminen. Tyks Vakka-Suomen sairaalassa potilaslähtöisten palvelujen laadun varmistamiseksi sairaala käynnisti SHQS-laautjärjestelmän, jossa tehtiin itsearviointi ja sisäinen auditointi vuonna 2013 sekä uudelleen vuonna 2014. Tehdyssä sisäisen auditoinnin raportissa yhtenä kehittämissuosituksena oli hoitotyön suunnitelmien päivittäminen vastaamaan nykytilannetta. Lisäksi osaston toiminnasta oli pyritty tunnistamaan kohdat, joista voisi vapautua resurssia hoitotyöhön. Aikaa koettiin kuluvan liikaa raportointiin.

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli tukea ja kehittää Tyks Vakka-Suomen sairaalan sisätautiosaston moniammatillisia työkäytänteitä osaston sisäisen tiedonkulun osalta. Kehittämiprojektin tavoitteena oli raportointikäytänteiden kehittäminen kohti hiljaista raportointia.

Tutkimusaineisto kerättiin mittaamalla suulliseen raportointiin kuluvaa aikaa ennen hiljaiseen raportointiin siirtymistä ja hiljaiseen raportointiin kuluvaa aikaa hiljaisen raportoinnin kokeilussa. Tulokseksi saatiin, että hiljaiseen raportointiin käytetty aika per potilas oli lyhyempi kuin suullisen raportointiin käytetty aika; toisaalta osastolla oli hiljaisen raportoinnin mittausaikana vähemmän potilaita ja potilaiden hoitoisuus oli pienempi. Hiljaisen raportoinnin kokeilun jälkeen kartoitettiin hoitajien mielipiteitä kokeilusta avokysymyksiä sisältävällä kyselylomakkeella. Kyse-lyssä osallistujiksi tavoiteltiin kaikkia (N=25) sisätautiosaston hoitotyöntekijöitä. Kyselystä saatiin 23 vastausta ja vastausprosentiksi saatiin 92 %. Kaikki kyselyyn vastanneista halusivat ottaa hiljaisen raportoinnin käyttöön. Hoitajat kokivat, että hiljaisen raportoinnin kokeilun aikana jäi enemmän aikaa potilastyöhön, työn kiireellisyys ja ylityöt vähenivät. Toisaalta kirjaaminen lisääntyi, mutta se myös parani kokeilun aikana. Suullista tiedonantoa hiljaisen raportoinnin lisäksi pidettiin tärkeänä erityisesti pitkien vapaiden jälkeen ja perehdytettäessä uusia työntekijöitä ja opiskelijoita. Hiljaisen raportoinnin onnistumisen edellytyksenä pidettiin hyvää kirjaamista sekä sitä, että tietokoneita on riittävästi ja että on rauhallinen tila hiljaisen raportoinnin toteuttamiseksi.

Projektissa saatiin luotua malli, jonka mukaan hiljaista raportointia on mahdollista toteuttaa. Hiljainen raportointi on luodun mallin mukaan käytössä kohdeorganisaatiossa.

ASIASANAT:

Hoitotyö, Kirjaaminen, Raportointi, Raportointikäytännöt

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health and Well-being | Management and Leadership in Health Care

2015 | 49+7

[Click here to enter text.](#)

Hanna Aaltonen

IMPLEMENTATION OF SILENT REPORTING IN THE DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE

The background for this development project was the development of the operations and structure in the Tyks Vakka-Suomi hospital (Turku University Hospital). Parts of the strategy include patient oriented services and taking care of patient safety. To ensure the quality of patient oriented services, the Vakka-Suomi Hospital of Tyks launched the SHQS quality system. A self-assessment and an internal audit were conducted in 2013 and in 2014 using the SHQS quality system. One of the recommendations for development in the internal audit report was to update the strategy of nursing in response to the current situation. Another goal was to identify the parts of the department that could work more effectively to release more resources to nursing. Reporting was seen as taking too much time.

The development project was made to support and develop the multi-professional working practices of the Tyks internal medicine inpatient ward for the part of its internal communications. The objective of the development project was to develop the reporting practices towards silent reporting.

The data was gathered by measuring the time spent on oral reporting before moving into silent reporting, and the time spent on silent reporting while conducting the silent reporting experiment. The result was that the time per patient spent on silent reporting was shorter than when using oral reporting; on the other hand, during the measurements of the silent reporting there were less patients in the department, and also patients requiring less care. After the silent reporting experiment a survey was conducted among the nurses about the experiment with an open questionnaire, which was aimed at all care workers of the internal medicine inpatient ward (N=25). A total of 23 responses 25 were gathered, with a response percentage of 92 %. Everyone responding to the survey wanted to bring silent reporting into use. The nurses felt that during the silent reporting experiment they had more time left for nursing, work schedules were less busy and they had to do less overtime. On the other hand there was an increase in recording, but that also improved during the experiment. Oral reporting in addition to silent reporting was held important especially after long vacations, and in the induction of new workers and students. According to the survey the prerequisites for a successful reporting were good record keeping, adequate amount of computers and a calm and quiet space to carry out the silent reporting.

The project succeeded in creating a model in which it is possible to implement silent reporting. Silent reporting in accordance with the model is in use in the target organization.

KEYWORDS:

Nursing, Recording, Reporting, Reporting practices

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET (TAI SANASTO)	6
1 JOHDANTO	7
2 HOITOTYÖN RAPORTOINTIKÄYTÄNNÖT	8
2.1 Hoitotyön raportointi	8
2.2 Suullinen raportointi, edut ja haitat	8
2.3 Hiljainen raportointi, edut ja haitat	9
2.4 Hiljaisen raportoinnin erilaisia toteutustapoja	10
3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	11
3.1 Hoitotyön prosessi	11
3.2 Systemaattinen kirjaaminen	11
3.3 Rakenteinen kirjaaminen	12
3.4 Kirjaamiseen liittyvät asetukset ja lait	14
3.5 Rakenteisen kirjaamisen hyödyt ja ongelmat	14
3.6 Potilaslähtöisyys hoitotyössä ja hoitotyön kirjaamisessa VSSHP:n hoitotyön toimintaohjelmassa	17
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	19
4.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve	19
4.2 Kohdeyksikön kuvaus	20
4.3 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoite	20
5 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSI	21
5.1 Projektiorganisaation kuvaus	21
5.2 Kehittämiprojektin toteutus	22
5.3 Hiljaisen raportoinnin malli	23
6 TUTKIMUKSELLINEN OSA	25
6.1 Tavoitteet, tarkoitus ja tutkimustehtävät	25
6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	25
6.3 Aineiston analyysi	27
6.4 Tutkimustulokset	29
6.4.1 Suulliseen raportointiin käytetty aika	29

6.4.2 Hiljaiseen raportointiin käytetty aika	33
6.4.3 Hoitajien kokemukset hiljaisen raportoinnin kokeilusta	35
6.4.4 Johtopäätökset ja pohdinta	38
6.4.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	41

7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA **43**

7.1 Arviointi	43
7.2 Pohdinta	45

LÄHTEET **47**

LIITTEET

- Liite 1. Suulliseen raportointiin kuluva ajan mittaus
- Liite 2. Hiljaiseen raportointiin kuluva ajan mittaus
- Liite 3. Kysely hiljaisen raportoinnin kokeilun kokemuksista
- Liite 4. Kyselyn saatekirje
- Liite 5. Tarkistuslista hiljaiselle raportille
- Liite 6. Tutkimustiedote
- Liite 7. Aineiston luokittelu

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämiprojektin eteneminen	22
Kuvio 2. Yöhoitajan suulliseen raporttiin aamuhoitajille kulunut aika (min)	29
Kuvio 3. Iltahoitajan suulliseen raporttiin aamuhoitajille kulunut aika (min) moduulissa 1 ja 2	30
Kuvio 4. Suulliseen raporttiin iltahoitajille kulunut aika (min) moduulissa 1 ja 2	31
Kuvio 5. Suulliseen raporttiin yöhoitajille kulunut aika (min) moduulissa 1 ja 2	32
Kuvio 6. Iltahoitajan hiljaiseen raporttiin kulunut aika (min)	34
Kuvio 7. Yöhoitajan hiljaiseen raporttiin kulunut aika (min)	35

KÄYTETYT LYHENTEET (TAI SANASTO)

FinCC	Finnish Care Classification, Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus sähköisessä kirjaamisessa
HoiData	Kansallisesti yhtenäisestä hoitotyön tiedot - hanke
HoiDok	Sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke
Rafaela	Hoitoisuusluokitusjärjestelmä
SHQS laatuohjelma	Laatuohjelma, joka rakentuu erityisen arviointikriteeristön ympärille. Se on kehitetty vastaamaan suomalaisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden arviointitarvetta.
SHTal	Suomalaisen hoidon tarveluokitus
SHTol	Suomalaisen hoidon toimintoluokitus
SHTul	Suomalaisen hoidon tulosluokitus
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Tyks	Turun yliopistollinen keskussairaala
VSSHP	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
WHO	World Health Organisation (Maailman terveysjärjestö)

1 JOHDANTO

Hoitotyöntekijöiden on tehtävä hoitosuunnitelma, johon on kirjattava päivittäin hoidon toteutusta, arviointia ja hoitotyössä tehtyjä päätöksiä perusteluineen. Hoitotyössä on hallittava rakenteinen kirjaaminen luokituksia käyttäen. Potilaskertomukset ovat yhtenäistyneet. Käyttöön on tullut hoitotyön systemaattinen kirjaaminen ja pitää osata potilastietojen hakutaitoja ja tallennustaitoja. (Sorsa 2011, 37.) Systemaattinen kirjaaminen vaatii tietoa kansallisesta kirjaamismallista ja termistöstä. Pitää olla selvillä kirjaamista ohjaavista juridisista säädöksistä ja eettisistä periaatteista. (Erkko 2011, 8.) Hoitotyön kirjaamisen kehittymisen myötä suullinen raportointi on vähentynyt ja aikaa jää enemmän välittömään potilastyöhön (Salo 2005, 125; Laukkanen ym. 2012, 14; Nätti 2008, 39). Hiljaisessa raportoinnissa tiedonsiirto tapahtuu kirjallisesti ja siinä hoitajat itse lukevat hoitamiensa potilaiden tiedot suoraan sähköisestä potilaskertomuksesta (Laukkanen ym. 2012, 7). Turusen pro gradu – tutkielmassa hiljaiseen raportointiin tyytyväisyys oli riippuvainen kirjaamisen tasosta ja tietokoneiden riittävydestä (Turunen 2008, 64).

Tämä kehittämisprojekti koski hiljaiseen raportointiin siirtymistä Tyks Vakka-Suomen sairaalan sisätautien vuodeosastolla. Projektissa luotiin hiljaisen raportoinnin malli, jota kokeiltiin ja arvioitiin. Lisäksi tutkittiin suulliseen ja hiljaiseen raportointiin kuluvaan aikaan. Tämän jälkeen kartoitettiin hoitohenkilökunnan mielipiteitä hiljaisen raportoinnin kokeilusta.

2 HOITOTYÖN RAPORTOINTIKÄYTÄNNÖT

2.1 Hoitotyön raportointi

Hoitotyön raportointi on tiedotustilaisuus kahden eri työvuorossa olevan hoitajan välillä. Sen tarkoituksena on tiedottaa potilaan sairauteen, vointiin ja hoitoon liittyviä asioita työvuoroon tulevalle hoitajalle. Sen avulla turvataan potilaan hoidon jatkuvuus hoitosuunnitelman mukaisesti ja potilaalle turvallisesti työvuorojen vaihtuessa. Sen sisältö perustuu sairaskertomuksiin ja hoitosuunnitelmiin. (Puumalainen ym. 2003, 4; Strople & Ottani 2006, 197.)

Terveystieteiden ammattihenkilön pitää merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämiseen, suunnitteluun, toteuttamiseen ja seurantaan liittyvät tarpeelliset tiedot. Siihen sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä. Hoitosuunnitelman lisäksi pitää tehdä merkinnät siitä, kuinka hoito toteutettiin, tuliko hoidon aikana jotakin erikoista esille sekä millaisia hoitoa koskevia päätöksiä on tehty ja miksi. Hoitoon osallistuneet henkilöt tulee käydä ilmi potilaskertomuksesta. Hoitajan työ tulee kirjaamalla näkyväksi ja saadaan luotua potilaan kokonaisvaltainen hoidon eteneminen ja jatkuvuus. (STM 2003, 17.)

2.2 Suullinen raportointi, edut ja haitat

Suullisessa raportoinnissa hoitotyötä toteutetaan muistinvaraiseen tietoon perustuen ja sen käytöstä on pitkä perinne (Salo 2005, 125). Siinä hoitajat välittävät tiedon potilaspapereista, potilastietojärjestelmästä ja omista muistiinpanoistaan. Tiedottaminen on usein päällekkäistä kirjatun tiedon kanssa. (Lamond 2000, 794; Kerr 2002, 125; Puumalainen 2003, 4; Strople & Ottani 2006, 197.)

Suullisessa raportointitilanteessa hoitajat keskustelevat myös muista työyhteisöön kuuluvista asioista. Suullisella raportoinnilla on sosiaalinen ja työyhteisöä vahvistava merkitys ja siinä hoitajat kokevat saavansa emotionaalista ja sosiaalista tukea toisiltaan. (Kerr 2002, 131; Puumalainen 2003, 5; Nätti 2008, 31; Pe-

lander & Kirjonen 2010, 5.) Suullinen raportointi huonontaa potilasturvallisuutta ja hoitotyöntekijöiden oikeusturva heikentyy (Salo 2005, 125). Lisäksi se on herkkä häiriöille ja siihen kuluu runsaasti aikaa (Puumalainen ym. 2003, 4; Strople & Ottani 2006, 198).

2.3 Hiljainen raportointi, edut ja haitat

Hiljaisessa raportoinnissa tiedonsiirto tapahtuu kirjallisesti ja siinä hoitajat itse lukevat hoitamiensa potilaiden tiedot suoraan sähköisestä potilaskertomuksesta (Laukkanen ym. 2012, 7). Hoitotyön kirjaamisen kehittymisen myötä suullinen raportointi on vähentynyt ja aikaa jää enemmän välittömään potilastyöhön (Salo 2005, 125; Laukkanen ym. 2012, 14; Nätti 2008, 39.) Hiljaisesti raportoitu tieto on luotettavampaa kuin suullisesti välitetty tieto. Hoitajille jää enemmän aikaa välittömään potilastyöhön. Kirjaamiseen kuluva aika lisääntyy, mutta kirjaamisen sisältö on kohentunut. Hiljainen raportointi lisää hoitajien vastuuta työstään ja omatoiminen tiedonhankinta on korostunut. Hoitajat tekevät itsenäisiä päätöksiä enemmän potilaan hoidosta potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Erityisesti ylityöt ovat vähentyneet ja työn kiireellisyys vähenee. Ergonomisen työajan käyttö mahdollistuu ja päällekkäisten työvuorojen aikana pystytään mielekkäämmin käyttämään työvoimaa. (Puumalainen 2003, 6-7; Turtiainen 2005, 128, 130; Nätti 2008, 41; Pelander & Kirjonen 2010, 5; Laukkanen ym. 2012, 14.)

Hiljaisen raportoinnin haittana on koettu, että sairaskertomuksiin ja hoitosuunnitelmiin tutustumiseen kuluu aikaa enemmän eikä olennaista tietoa tule esille tai että kirjoittamaton tieto jää näkymättömäksi. Hiljainen raportointi edellyttää kirjaamisen kehittämistä ja siihen panostamista. Kun potilaan hoitoisuus on suuri tai kun hoitajat tulevat työvuuroon pitkiltä vapailta, kaivataan suullista raporttia. (Puumalainen 2003, 6-8; Turtiainen 2005, 131; Nätti 2008, 31; Pelander & Kirjonen 2010, 5; Laukkanen ym. 2012, 15.) Ongelmatilanteita voi aiheutua, jos sähköiset potilastietojärjestelmät eivät toimi tai kommunikoi keskenään ja elintärkeitä tietoja katoaa (Strople & Ottani, 2006; 200; Laukkanen ym. 2012, 15).

Haittana on pidetty sitä, että sosiaalinen kanssakäyminen vähentyy sekä uusien hoitajien ja opiskelijoiden oppiminen heikentyy (Kerr 2002, 127; Puumalainen 2003, 8; Turtiainen 2005, 131; Nätti 2008, 29, 31.)

2.4 Hiljaisen raportoinnin erilaisia toteutustapoja

Hiljaisen raportoinnin käytänteet ja muodot vaihtelevat eri osastoilla. Pelanderin ja Kirjosen (2010, 5) tutkimuksen mukaan useimmissa hiljaisen raportoinnin kokeiluissa käytiin lyhyesti lävitse osaston potilaat tai hyödynnettiin erilaisia apulistoja ja sen jälkeen vuoroon tulleet hoitajat lukivat potilaan hoitokertomukset tietokoneelta. Joillakin osastoilla vuoroon tulevat hoitajat menivät suoraan koneelle lukemaan potilaan hoitokertomuksen ja pyysivät sen jälkeen tarkennuksia potilaan hoidosta.

Salon aluesairaalan lasten ja korvatautien yksikössä hiljaisen raportoinnin kokeilussa 2010 kokeiltiin mallia, jossa aamuvuoron hoitaja antaa lyhyen raportin ja sen jälkeen iltavuoron hoitajat yhdessä tutustuvat rauhassa hoitokertomuksiin. Tämän jälkeen hoitajilla oli mahdollisuus kysyä tarkennuksia tai uusia tietoja potilaasta aamuvuoron hoitajilta. Raportin sisältö oli sovittu sisältäen potilaan nimen, iän, diagnoosin, huoneen, oireet, perussairaudet, jotka huomioitava kyseisellä jaksolla, allergiat, merkitykselliset tutkimukset, toimenpiteet, tulokset, lääkitys/nesteytys, eristyksset, sen hetkinen vointi ja muut huomioitavat seikat. (Pelander & Kirjonen 2010, 6.) Hiljaisen raportoinnin laajeneminen edellyttää myös haasteita koulutukselle. Hoitotyön opiskelijoille pitää opettaa korkeatasoista ja laadullista potilaan voinnin ja hoidon vaikuttavuuden kirjaamista. Sitä pitäisi myös harjoitella koulussa ja viimeistään ohjatussa harjoittelussa. (Pelander & Kirjonen 2010, 8.)

3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

3.1 Hoitotyön prosessi

Hoitotyön kirjaamisen perusrakenteena on Suomessa käytetty Maailman terveysjärjestön (WHO) päätöksenteon prosessimallia jo 1980-luvulta (Saranto ym. 2008, 13). Hoitotyön prosessi muodostuu potilaan hoidon tarpeesta, tavoitteista, hoitotyön toteutuksesta ja hoitotyön arvioinnista, jossa olennaisimmat potilaan hoitoon liittyvät tiedot ja päätökset kirjataan potilasasiakirjaan (Iivanainen & Syväoja 2012, 15). Hoitotyön kirjaamisen pitäisi taas pohjautua näyttöön ja näyttöön perustuva hoitotyö määrittää ajantasaisen tiedon arvioinniksi ja käytöksi yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja toiminnan toteutuksessa (Hallila 2005, 10).

3.2 Systemaattinen kirjaaminen

Systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa sopimusta siitä, mitä kirjataan ja miten kirjataan. Tällä tavoitellaan kirjaamisen vakiointia ja sen avulla hoitotietojen käytettävyys potilaan parhaaksi paranee. Kirjatulla tiedolla on merkitystä potilaan päivittäisessä hoidossa ja siksi hoitotietojen pitää olla käytettävissä viiveettä niitä tarvitsevilla. Se edellyttää kirjaamisen yhdenmukaisuutta ja rakenteisuutta. Hoidon tuottajalla on velvollisuus pitää yllä potilasasiakirjoja, johon potilaslain mukaan pitää tehdä potilaskohtaiset merkinnät tapahtumista. Potilasasiakirjalla tarkoitetaan hoidon järjestämiseksi tai toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai muualta saapuneita asiakirjoja tai tallenteita, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia henkilökohtaisia merkintöjä. Potilaskertomus sisältää tiedot eri ammattiryhmien merkinnöistä potilaan hoitajaksoista ja eri käynneistä, joka on jatkuva aikajärjestyksessä etenevä asiakirja. Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan ja muiden ammattiryhmien yhteisesti laatima potilaskertomuksen osa. Tämä sisältää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. (Saranto ym. 2008, 12-13.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) tavoitteena on, että terveydenhuollossa potilastietojen kirjaamisessa käytetään sähköisiä potilaskertomusjärjestelmiä. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä. Tämä tapahtuu hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. (Saranto ym. 2008, 14.)

3.3 Rakenteinen kirjaaminen

Vuonna 2005-2008 toteutettiin Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke (HoiDok), jossa kehitettiin hoitotyön systemaattista kirjaamista. Vuonna 2007-2009 toteutettiin Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot-hanke, HoiData-hanke, jossa päätavoitteena oli standardoida sähköisen potilaskertomuksen ydintietojen toteuttaminen eri potilastietojärjestelmiin. Hanketta rahoitti STM ja sitä hallinnoi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Kirjaaminen perustuu kansallisesti määriteltyihin ydintietoihin prosessimallin mukaan. Hoitotyön ydintietoja ovat: hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuus. Kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista ja ne on kuvattu suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuudella (FinnCC = Finnish Care Classification), jossa on luokituksia täydentäviä kertovia tekstejä. (VSSHP 2009, 4.)

Rakenteisen kirjaamisen perustana oleva FinnCC muodostuu Suomalaisen hoidon tarveluokituksesta (SHTal), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) ja Suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta (SHTuL). Tarve- ja toimintoluokituksessa on hierarkkinen rakenne, jossa on kolme tasoa: komponentti, pääluokka ja alaluokka. Tulosluokitus on kolmiportainen: parantunut, ennallaan tai huonontunut. Luokitusten lisäksi potilaasta pitää kirjoittaa vapaata tekstiä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15.)

Hoitotyön prosessin vaiheet ovat osa kirjaamisen rakenteisuutta. Ne ovat seuraavassa määriteltynä. **Hoitotyön tarve** on hoitotyön henkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä olemassa olevista tai mahdollisista tarpeista, joita hoitotoimin voidaan poistaa tai lievittää. Tarvetta kartoitetaan keräämäl-

lä, haastattelemalla, havainnoimalla ja mittaamalla ja hoidon kannalta merkittävämmät tiedot kirjataan potilaskertomukseen. (Iivanainen & Syväoja 2012, 16.)

Hoidon tavoitteet asetetaan suhteessa tarpeisiin ja siihen, minkälaisia muutoksia potilaan tilassa odotetaan tapahtuvan ja mitä potilas itse odottaa. Tavoitteiden pitää olla potilaslähtöisiä ja ne pitää pystyä poistamaan tai vähentämään tietyn ajan kuluessa. Hoidolle voidaan asettaa joko kokonaistavoite tai välitavoitteita. Kokonaistavoite pyritään asettamaan hoidon alussa, mikäli se on mahdollista. Välitavoitteita voi olla useampia. Tavoitteiden on oltava konkreettisia ja potilaslähtöisiä ja ne on ilmaistava potilaan odotettuna käyttäytymisen muutoksena. Kuvauksen pitää olla täsmällinen kuvaus siitä, miten potilas selviytyy itsenäisesti tai autettuna. Tavoitteen tulisi alkaa toimintaa kuvaavalla verbillä, esimerkiksi potilas ymmärtää. Tavoitteen tulee olla realistinen eli oikeassa suhteessa potilaan voimavaroihin, elämäntilanteeseen ja persoonallisuuteen. Lisäksi ilmaisujen tulee olla lyhyitä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 16-17.)

Hoitotyön toiminnot eli keinot valitaan niin, että huomioidaan hoitotyön periaatteet ja näyttöön perustuva tieto. Henkilökunnan määrä, potilaan itsehoitoisuus ja hoitovälineiden saatavuus vaikuttavat siihen, mitä toimintoja valitaan. Hoitotyön toimintoja ovat ohjaus, tukeminen, tarkkailu, kuunteleminen, avustaminen, seuranta tai jonkin hoitotoimenpiteen tekeminen. (Iivanainen & Syväoja 2012, 17.) Hoitotyön toteutus on suunniteltujen hoitotyön toimintojen toimeenpanoa, jossa noudatetaan hoitotyön periaatteita, omatoimisuutta, kokonaisvaltaisuutta, ammatillisuutta, turvallisuutta, yksilöllisyyttä ja jatkuvuutta. (Iivanainen & Syväoja 2012, 17.)

Hoitotyön arvioinnilla kuvataan sitä, onko potilaan hoidon tarpeeseen pystytty vastaamaan, onko tavoitteet saavutettu ja mitä muutoksia potilaan tilassa on tapahtunut. Lisäksi kuvataan potilaan oma kokemus saadusta hoidosta. Arvioinnissa potilaan tilaa arvioidaan termeillä parantunut, ennallaan tai huonontunut suomalaisen hoidon tulosluokituksen (SHTuL) mukaan. Lisäksi käytetään vapaata tekstiä termien lisäksi. Arviointi on myös aina uuden tarpeenmäärityksen alku ja se jatkuu niin kauan, kunnes kaikki tavoitteet on saavutettu. Hoitotyön vaikuttavuutta tulisi arvioida myös potilaan tavoitteisiin suhteutettuna eli

kokeeko potilas, että hänen tarpeensa on lievittänyt tai poistunut. Arviointia pitää tehdä lyhyin väliajoin nopeasti muuttuvissa tilanteissa, pitkäaikaispotilaan hoidossa arviointia voi tehdä harvemmin. Arviointia varten tietoa kerätään kyselemällä, havainnoimalla ja mittaamalla. Kerättyä tietoa verrataan tavoitteisiin ja sen perusteella tehdään päätelmä, onko potilaan tilassa tapahtunut muutos. (Iivanainen & Syväoja 2012, 18.)

3.4 Kirjaamiseen liittyvät asetukset ja lait

Julkisen vallan veloitteena on edistää kansalaisten hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. Perustuslain mukaan jokaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. (Suomen perustuslaki, 1999/731.) Terveystieteiden käyttäjän asemaa turvaa laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Laissa säädetään potilasasiakirjojen käsittelystä ja asiakirjoihin liittyvien tietojen salassapidosta. Potilasasiakirjoihin on merkittävä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 1992/785.) Tarkemmin kirjaamisesta ja sen sisällöstä säädetään STM:n asetuksessa potilasasiakirjoista 2009/298. Henkilötietolaissa säädetään henkilötietorekistereistä, hyvistä henkilötietojen käsittelytavoista ja yksityisyyden suojaavista perusoikeuksista (Henkilötietolaki, 1999/523).

Lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä tarkoituksena on edistää asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Sen avulla toteutetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä palvelujen tuottamiseksi potilasturvallisesti ja tehokkaasti. Lisäksi on tarkoitus edistää potilaan tiedonsaantimahdollisuuksia. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä, 2007/159.)

3.5 Rakenteisen kirjaamisen hyödyt ja ongelmat

Kirjaamista on paljon tutkittu, erityisesti rakenteista kirjaamista. Kirjaamisen pitäisi olla laadukasta ja siihen viime kädessä vaikuttavat hoitajan yksilölliset tie-

dot ja taidot sekä se, miten hoitaja hahmottaa potilaan kulloisessakin hoitotilanteessa vaadittavan kokonaisuuden, siis luokitellusta ja rakenteisesta tiedosta, tietopalasista. Kirjaamiskäytäntöjen kehittämisen tuloksena on todettu, että rakenteisuus parantaa tiedon hyödynnettävyyttä ja hoitajien on enemmän ajateltava omaa kirjaamistaan. (Lento 2007, 7-8.)

Kirjaamisen hyöty pitäisi nähdä hoitotyön perustehtävän, potilaan laadukkaan hoidon kannalta. Hoitohenkilöstön kirjaamisesta hyötyy potilas laadukkaina palveluina ja sillä, että palveluketjut ovat joustavia. Päällekkäinen kirjaaminen vähenee. Kirjaajan kannalta haittana on se, että kirjaamiseen kuluva aika on pois asiakastyöltä. Työn stressaavuuden koettiin lisääntyvän silloin, kun laitekanta oli riittämätön suhteessa kirjaavaan henkilöstöön. Kiire, joka voi johtaa viivästymisiin kirjaamisissa, ja aikatauluongelmat hoitotyön toteuttamisen suhteen, koettiin kielteisinä asioina. Hoitohenkilöstö koki nämä myös turvallisuusriskeinä. Työyhteisössä vallitseva kannustava ilmapiiri taas tuki opiskelua ja kehittämistä. (Kuusisto 2008.)

Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyytystutkimuksissa on havaittu ongelmia kirjaamismallissa, tiedon moniammatillisessa hyödyntämisessä sekä hoitokertomuksissa. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on asettanut yhdessä terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kanssa asiantuntijatyöryhmän ja sen tehtävänä on kehittää tiedon hyödynnettävyyttä, hyviä kirjaamisen käytäntöjä, hoitokertomusten käytettävyyttä sekä kirjaamiskäytäntöjen oppimista. Työryhmä tuottaa suosituksia. Hoitotyön kirjaamismallia on kehitetty hoitajien ja dokumentoinnin näkökulmasta, mutta on unohdettu tiedon hyödynnettävyys moniammatillisessa hoidossa. Kirjaamisen avulla hoitotyöstä on tullut näkyvämpää ja suunnitelmallisempaa. Kirjaaminen turvaa hoidon jatkuvuutta ja vahvistaa sekä potilaan että hoitajan oikeusturvaa. FinCC-luokituskokonaisuuden heikkoutena on tiedon pilkkoutuneisuus ja tulkinvaraisuus. Hoitokertomuksen tietojärjestelmätoteutukset poikkeavat toisistaan ja toteutuksessa on käytettävyysongelmia. Hoitokertomuksen käyttö vaatii muistamista, opettelua ulkoa, mekaanista klikkailua ja työaika kuluu paljon. (Nykänen & Juntila 2011, 29.)

Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen laatua on tarkasteltu eri kohderyhmillä ja otannalla Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ja Turun yliopistollisessa keskussairaalassa vuosina 2009-2012. Arvioinnissa mukana oli yhteensä 24 yksikköä kantasairaalasta, joista vuodeosastoja mukana oli 10. Arvioitavista yksiköistä tulostettiin satunnaisesti potilaskertomusjärjestelmästä 4 hoitokertomusta, jotka muodostivat yhden hoitopäivän tai käynnin kirjaukset. (Hassinen 2012, 8.) Tulokset osoittavat, että hoitotyön systemaattisen kirjaamisen käyttöönoton jälkeen ensimmäisellä arviointikerralla kirjaamisen sisällön laatu on kaikissa näissä tutkimuksissa koko aineiston osalta heikkoa. Vuonna 2010 hoitotyön systemaattisen kirjaamisen sisällön laadun taso on parantunut ollen hyvää tyydyttävää tasoa ja se on laadukkaampaa vuodeosastolla kuin poliklinikoilla, avohoitaja päiväkirurgisissa yksiköissä. Arvioinnin tuloksiin ei vaikuttanut kirjaamismallin käyttökokemuksen pituus. Hyvään kirjaamisen tasoon yltäneissä yksiköissä kirjaaminen oli sisällöllisesti laadukasta, loogista ja helppolukuista. (Hassinen 2012, 17-18.)

Hoitotyön systemaattisen kirjaamisen vahvuuksia vuodeosastoilla olivat suunnitellut hoitotyön toiminnot ja hoidon toteutus, Nämä olivat kirjattuina kaikilla auditoiduilla vuodeosastoilla Tyks:ssa 2012. Hoitotyön tavoite oli kirjattu vain hie-man yli puolessa hoitokertomustulosteissa. Kirjaamisessa ei toteutunut juuri lainkaan hoidon tuloksen kirjaaminen suhteessa tavoitteeseen (Hassinen 2012, 14-15).

Kirjaamisen sisällön laatuun ja määrään vaikuttavat yhteisölliset ja yksilölliset asenteet: mitä kirjaan, miksi kirjaan ja mitä hyötyä siitä on. Pohdittavaa on myös siinä, miten työyhteisö sitoutuu hyvän ja laadukkaan hoitotyön kirjaamisen laadun ylläpitämiseen ja millä tavoin. Onko laadun ylläpitämiselle annettu resursseja? Miten kirjaamisen laatua on arvioitu käyttöprosessin aikana ja sen edetessä ja miten on tarkoitus jatkossa arvioida, jotta kirjaamisen taso pysyy hyvällä tasolla? Jatkossa hoitotyön systemaattisen kirjaamisen sisällön laadun ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi tulee kirjauksessa kiinnittää erityistä huomiota hoitotyön suunnitelman, hoitotyön toimintojen ja hoidon arvioinnin kirjaamiseen. (Hassinen, 2012 19-22.)

Kirjaamismallin käytettävyys ja soveltuvuus ovat erilaisia terveydenhuollon eri toimintayksiköissä ja – ympäristöissä. Hoidon prosessit ja kirjaamisen prosessit ovat erilaisia perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa ja näin ollen myös kirjaaminen painottuu hoidon eri vaiheisiin. Kirjaamismallin käytön eroja tasoittaa vapaan tekstin kirjaamismahdollisuus. (Nykänen ym. 2010, 24.) Joillakin kirjaamismallin mukaisilla käsitteillä on monia merkityksiä. Sama asia tai käsite sopii useamman otsikon alle. Kirjaamismalli ei sovi välttämättä kovin hyvin erikoissairaanhoidon osastoille ja poliklinikoille, jossa potilasaineisto on kohdentunut tietyn tyyppisten potilaiden hoitoon. Mikä on kirjaamisen tarkoitus? Onko lähtökohtana potilaan hoidon kirjaaminen vai kirjata hoitajan tekemiä asioita? (Nykänen ym. 2010, 26-27.)

3.6 Potilaslähtöisyys hoitotyössä ja hoitotyön kirjaamisessa VSSHP:n hoitotyön toimintaohjelmassa

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tärkeimpiä perusarvoja ovat oikeudenmukaisuus ja potilaslähtöisyys. Hoitotyön on oltava tasa-arvoista, oikeudenmukaista, ihmisarvoa kunnioittavaa ja eettisiä periaatteita noudattavaa. Potilaalla on oltava riittävästi sairauttaan, hoitoaan ja omia oikeuksiaan koskevaa tietoa, jotta hän voi osallistua oman hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Yksityisyydestä ja tietosuojasta on huolehdittava. Hoitotyö perustuu potilaan yksilöllisiin perustarpeisiin. Hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta ja arviointi tapahtuvat yhteistyössä potilaan kanssa. Potilaan elämäkatsomus ja kulttuuritausta on huomioitava. Potilaan hoidossa, neuvonnassa ja ohjauksessa huomioidaan potilaan henkilökohtaisen tiedon ja tuen tarve ja siinä hyödynnetään informaatioteknologian sovelluksia. Ruotsinkielisille potilaille hoito annetaan heidän omalla äidinkielellään. (VSSHP 2010, 5.)

Tavoitteena on hoitotyön laadun korkeatasoisuus, vaikuttavuus ja turvallisuus ja se toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä. Tässä toimenpiteenä ovat näyttöön perustuvien yhteneväisten hoito-, kirjaamis- ja raportointikäytäntöjen käyttö. Lisäksi toimenpiteenä on hoitotyön systemaattisen kirjaamisen koulutuksen

ja käytön laajentaminen. Tavoitteiden toteutumista kirjaamisessa arvioidaan systemaattisen kirjaamisen auditointimallin avulla. (VSSH 2010, 7.)

Tavoitteena on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen integroiden jokainen potilas, perhe ja väestöryhmä hoitotyöhön. Tavoitteena on myös yhtenäisten toimintatapojen käyttöönotto terveyden edistämiseksi, jota toteutetaan moniammatillisesti. Hoitotyön systemaattisella kirjaamisella saadaan tietoa väestön terveyskäyttäytymisestä ja potilaiden ohjauksesta. (VSSH 2010, 7.)

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve

Kehittämiprojektin lähtökohtana oli kohdeorganisaation strategia. VSSHP:n strategialla tarkoitetaan kuntayhtymän valtuuston hyväksymää lähivuosien ta-voite- ja toimintaohjelmaa, joka nyt on laadittu vuosille 2007-2015. VSSHP on toiminnoiltaan hajasijoitetuimpia maassa. Suuri strateginen asia on Turun yli-opistollisen keskussairaalan (Tyks) ja aluesairaaloiden optimaalinen työnjako. (VSSHP 2007, 4-6.) Kehittämiprojektin taustalla oli toiminnan ja rakenteiden kehittäminen Tyks Vakka-Suomen sairaalassa. Strategiaan kuuluvat potilaslähtöiset palvelut ja potilasturvallisuudesta huolehtiminen. Osaava ja hyvinvoiva henkilöstö turvataan riittäväillä resursseilla sekä henkilöstön osaamisella ja sen kehittämisellä. Tehokkaalla toiminnalla pyritään saamaan vaikuttavuutta. Lisäksi kehitetään Infrastruktuuria. Taustalla on myös SHQS-laatuohjelma. (Maijala 2013.)

Varsinais-Suomen tärkein asiakas on potilas ja tärkeimpiä menetystekijöitä ovat potilaslähtöiset palvelut, jossa palvelujen laadun on oltava korkeatasoista, vaikuttavaa ja yksilöllistä (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007, 10). Tyks Vakka-Suomen sairaalassa potilaslähtöisten palvelujen laadun varmistamiseksi sairaala käynnisti SHQS-laaturjestelmän, jossa tehtiin itsearviointi ja sisäinen auditointi vuonna 2013 ja se tehtiin uudelleen vuonna 2014. Tavoitteena oli saada ulkoinen laatutunnustus. 2.5.2013 tehdyssä sisäisen auditoinnin raportissa kehittämissuosituksena oli kirjaamisen yhdenmukaistaminen ja hoitotyön-suunnitelmien päivittäminen vastaamaan nykytilannetta. Tätä aihetta päätettiin kehittämispäivällä tarjota yamk-työksi. (Maijala 2013.)

VSSHP:n johto ohjaa tunnistamaan hoitotyöstä kohdat, joista vapautuu resurs-sia hoitotyöhön. Henkilökunnan raportointiin kului melkoisesti aikaa. Raportti yöhoitajalle kesti pisimmillään 30 min. Pisin raportointiaika kului päivävuoron raportoinnista iltavuorolaisille. Lisäksi raportointitaidoissa ja kirjaamisessa koet-

tiin olevan puutteita. Osaston henkilökunta oli valmis muutokseen. (Kylä-Kaila, O. Suullinen tiedonanto. 9.10.2013.)

4.2 Kohdeyksikön kuvaus

Kehittämiprojekti tehtiin Tyks Vakka-Suomen sairaalan sisätautien vuodeosastolle, joka vastaa medisiinisen hoitolinjan infektio-, hematologisista, reuma-, endokrinologisista, munuais/dialyysi- ja keuhkopotilaista sekä sydäntoimialueen ja neurotoimialueen potilaista. Yksikön tehtävänä on hoitaa moniammatillisesti ja potilaslähtöisesti hoitaa medisiiniseen hoitolinjaan kuuluvia potilaita. Osastolla hoidetaan tarvittaessa myös muiden erikoisalojen potilaita, kuten kirurgisia potilaita ja sen lisäksi eristystä vaativia potilaita. Osasto toimii ympärivuorokautisesti. Sovitusti ajanvarauksella tulevia tutkimuspotilaita on ajoittain vähän. Vuonna 2013 osastolla oli 19 potilaspaikkaa. (Sisäinen auditointi 2013.)

Vuodeosastolla on 25 hoitajaa, joista sairaanhoitajia on 15, perushoitajia 7, kaksi dialyysihoitajaa ja osastonhoitaja. Apulaisosastonhoitaja on laskettu 15 sairaanhoitajan joukkoon. Aamuvuorossa töitä tehdään kahdessa moduulissa. 2013 tehdyn sisäisen auditoinnin yhteydessä vuodeosasto sai erityismaininnan mm. meneillään olevista kehittämistoimenpiteistä. (Sisäinen auditointi 2013.)

4.3 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoite

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli tukea ja kehittää Tyks Vakka-Suomen sairaalan sisätautiosaston moniammatillisia työkäytänteitä osaston sisäisen tiedonkulun osalta. Kehittämiprojektin tavoitteena oli raportointikäytänteiden kehittäminen kohti hiljaista raportointia. Tämä edellytti sitä, että projektissa selvitettiin ensin sisätautiosaston kirjaamiskäytännöt ja kehitettiin ne kattaviksi ja yhdenmukaisiksi. Kehittämiprojektin lopputuloksena oli tarkoitus saada Tyks Vakka-Suomen sairaalan sisätautiosastolle sopiva hiljaisen raportoinnin malli.

5 KEHITTÄMISPROJEKTIN PROSESSI

5.1 Projektioorganisaation kuvaus

Projektilla pitää olla selkeä organisaatio ja eri osapuolten roolit ja vastuut selkeästi määriteltynä. Yleensä projektioorganisaatio koostuu ohjaus- tai johtoryhmästä, varsinaisesta projektioorganisaatiosta sekä yhteistyökumppaneista. (Silfverberg 2005, 49.) Kehittämiprojektin projektioorganisaatio muodostui projektin tilaajasta Vakka-Suomen sairaalan sisätautiosastosta, projektipäälliköstä, projektin ohjausryhmästä ja projektiryhmästä.

Ohjausryhmän tehtävänä on valvoa hankkeen edistymistä, arvioida hankkeen tuloksia, hoitaa koordinaatiota ja tiedonkulkua tärkeimpien sidosryhmien ja projektin välillä sekä ulos projektista että sidosryhmiltä projektille sekä tukea projektipäällikköä suunnittelussa ja projektin strategisessa johtamisessa. (Silfverberg 2005, 49.) Tässä kehittämissuunnitelmassa ohjausryhmään kuuluivat ylihoitaja, hoitotyön suunnittelija, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja ja ammattikorkeakoulun opettaja. Hoitotyön suunnittelija vaihtui ohjausryhmässä ennen projektin toteutusvaihetta toisiin tehtäviin siirtymisen vuoksi. Ohjausryhmä ei kokoontunut kertaakaan, vaan yhteydenpidot toteutettiin sähköpostitse.

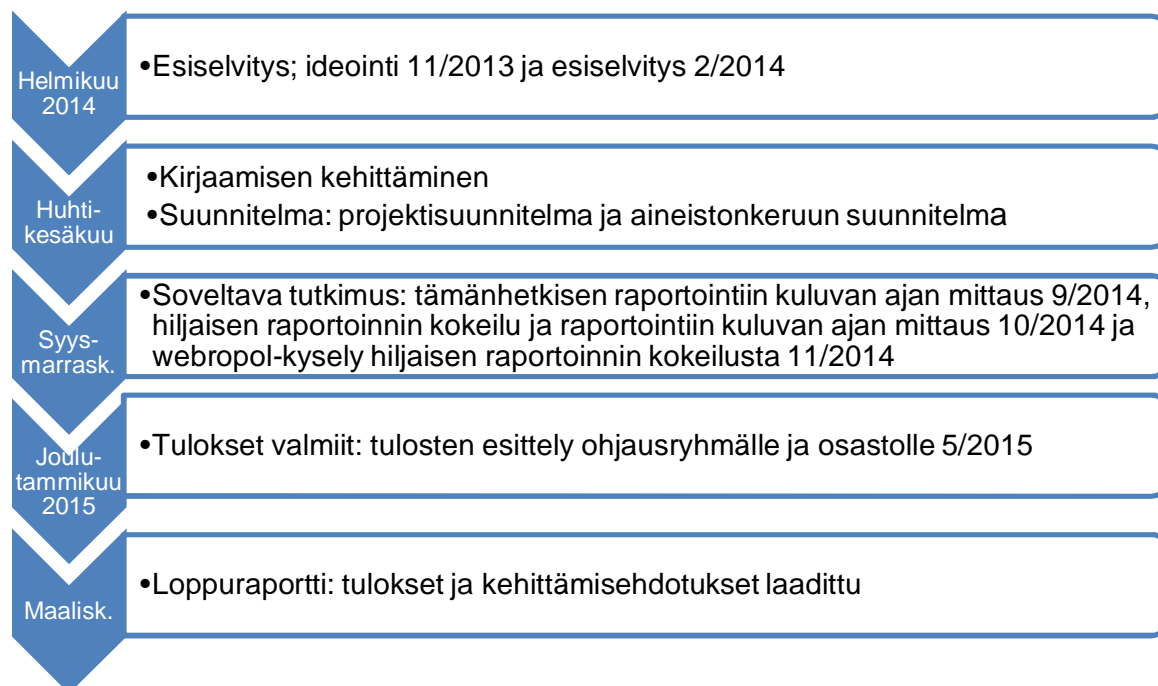
Projektipäällikön tehtäviin kuuluvat yleisen johtamisen lisäksi työsuunnitelman laatimisesta vastaaminen, hankkeen seurannasta ja sisäisestä arvioinnista vastaaminen, muutosesitysten laatimisesta vastaaminen, henkilöstön palkkaamisesta ja henkilöstöhallinnosta vastaaminen, hankinnoista, ja taloudellisista kysymyksistä sekä raportoinnista ja tiedottamisesta vastaaminen. (Silfverberg 2005, 50.) Projektipäällikkönä toimi Turun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen yamk-opiskelija.

Projektiryhmään kuuluivat apulaisosastonhoitaja ja kaksi sisätautiosaston kirjaamisesta vastaavaa sairaanhoitajaa. Toinen kirjaamisesta vastaava sairaanhoitaja vaihtui ennen projektin toteutusta äitiyslomalle siirtymisen vuoksi. Projektiryhmä kokoontui 4 kertaa. Projektiryhmä tutustui kantasairaalan akuuttiin

sisätautiyksikköön, jossa oli käytössä hiljainen raportointi. Projektiryhmän jäsenet kehittivät kevään aikana kirjaamista kantasairaalan ohjeistusten mukaan ja suunnittelivat toteutustavan, jonka mukaan hiljaista raportointia kokeiltiin osastolla. Projektiryhmäläiset suunnittelivat suullisen ja hiljaisen raportoinnin mittaamiseen soveltuvaa mittaustapaa ja -lomaketta. Lisäksi suunniteltiin hiljaisen raportoinnin kokeilun jälkeen toteutettua kyselyä hiljaisen raportoinnin kokemuksista.

5.2 Kehittämiprojektin toteutus

Kehittämiprojektin ideointi tapahtui marraskuussa 2013 ja esiselvitys helmikuussa 2014. Esiselvityksen hyväksymisen jälkeen huhti-kesäkuussa tehtiin kehittämiprojektin projektisuunnitelma, jonka yhteydessä laadittiin soveltavan tutkimuksen osio. Osaston henkilökunta kehitti kirjaamista kesän aikana sairaanhoitopiirin uudistusten mukana hiljaisen raportoinnin kokeilua varten. Sairaanhoitopiirin uudet kirjaamisotsikot ja näiden otsikoiden sisällön kirjaaminen haki ja hakee vielä muotoaan. Osaston kirjaamisvastaavat pitivät syksyllä kirjaamisen sisällöstä osastotunnin. Soveltavan tutkimuksen osiossa mitattiin suulliseen raportointiin kuluva aika kahden viikon ajalta syys-lokakuussa 2014. Raportointiin kuluvan ajan mittauksen jälkeen kokeiltiin hiljaista raportointia projektiryhmässä sovitun toimintatavan mukaan kuukauden ajan loka-marraskuussa 2014. Hiljaisen raportoinnin kokeilun aikana sen loppupuolella, mitattiin hiljaiseen raportointiin kuluva aikaa kahden viikon ajalta loka-marraskuussa. Marraskuussa lähetettiin henkilökunnalle kysely hiljaisen raportoinnin kokemuksista. Tulokset olivat valmiit tammikuussa 2015. Lopullinen raportti kirjoitettiin maaliskuussa 2015 ja tulokset tullaan esittämään osaston henkilökunnalle ja ohjausryhmälle toukokuussa 2015 (Kuvio 1).



Kuvio 1. Kehittämiprojektin eteneminen.

5.3 Hiljaisen raportoinnin malli

Projektiryhmä suunnitteli toimintatavan hiljaisen raportoinnin kokeilua varten ja hiljaisen raportoinnin malliin kuului tarkistuslista (Liite 5). Hiljaista raportointia kokeiltiin kuukauden ajan viikkojen 42 - 45 aikana eli 13.10. - 9.11.2014 ilta- ja yövuoroissa. Iltavuoroon tuleville hoitajille varattiin päivittäin yksi tunti aikaa hiljaiselle raportoinnille klo 13.30 – 14.30. Hiljaisen raportoinnin tueksi ja lisäksi varattiin päivittäin puoli tuntia aikaa myös suulliseen tiedonantoon klo 14.30 – 15.00. Hiljaisen raportoinnin mallissa luotiin tarkistuslista asioista, joita jokaisen potilaan kohdalla piti käydä lävitse itselle sopivassa järjestyksessä. Potilastiedot tarkistettiin potilaspakkallistasta ja Vakka-Suomen sairaalan sisätautiosastolla se tarkistettiin Miratel-järjestelmästä. Hoitopäivän kohdalta piti tarkistaa hoidon tarve, tavoitteet, hoitotyön suunnitelma ja päivän tapahtumat. Hoitopäivän kohdalta ohjeistettiin tarkistamaan potilaan hoitoon tulon syy ja minkälaisia sairauksia potilaalla oli ja mitkä olivat hoitokeinot, laboratoriotulokset ja elintoimintojen tilanne. Tarvittaessa piti tarkentaa tuloteksti ja/tai viimeinen välisanelu. Telemetria ja eristystiedot piti myös näkyä hoitosuunnitelmassa. Keskeiset tiedot, pysy-

väistiedot ja riskitiedot piti myös tarkistaa. Hoitotaulukko, lääkitys, laboratorio- ja muut tutkimustulokset ja määräykset piti myös tarkistaa hiljaisella raportoinnilla.

Suullisen tiedonannon yhteydessä piti selvittää kotiin lähtevät ja/tai osastolle tulevat potilaat, kenellä oli telemetria tai eristys voimassa, mitä keskeneräisiä asioita jäi vuoroon tuleville hoitajille ja mahdolliset muuttuneet määräykset.

Projektiryhmässä käytiin läpi tilat, jossa hiljaista raportointia pystyi toteuttamaan. Osaston huonetta 1 käytettiin vain hiljaista raportointia varten ja ovelle laitettiin lappu raportointiajasta. Tila rajattiin särmillä, jotta mahdolliset huoneessa kävijät eivät häiritsisi raportin lukua. Erikoislääkärin huone oli myös käytössä. Lisäksi sairaalan pohjakerroksessa oleva kandeille tarkoitettu tila oli käytössä. Tilaa käyttävien piti ilmoittaa sinne menostaan osastolle jääville hoitajille. Osastonsihteerillä oli kone hiljaista raportointia varten ja kansliassa sijaitseva Miratel-kone oli käytössä. Viikonloppuisin koneita oli paremmin käytössä, koska silloin henkilökuntaa oli vähemmän paikalla.

Tietokoneiden riittävyys käytiin läpi projektiryhmässä. Hallinnosta lainaksi saatu tietokone sijoitettiin huoneeseen 1. Osastolla oli kolme kannettavaa tietokonetta, jotka otettiin käyttöön hiljaista raportointia varten. Iltaisin ja viikonloppuisin koneet riittivät, koska silloin oli henkilökuntaa vähemmän työssä. Kirjaamisen suhteen edettiin kantasairaalan ohjeistuksen mukaan. Projektiryhmässä sovittiin, että tarkistuslistalla olevista asioista pitää olla kirjaukset tehtynä kyseessä olevaan kohtaan hoitosuunnitelmassa, jotta työvuoroista selviää ja potilasturvallisuus on taattu.

6 TUTKIMUKSELLINEN OSA

6.1 Tavoitteet, tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää raportointiin kuluva aikaa ennen hiljaiseen raportointiin siirtymistä ja hiljaisen raportoinnin aikana. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa hoitotyöntekijöiden mielipiteitä hiljaisen raportoinnin kokeilusta. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada objektiivista näyttöä suulliseen ja hiljaiseen raportointiin kuluva ajasta sekä muokata hiljaisen raportoinnin mallia hoitajilta saadun arviointitiedon pohjalta ja näin tukea henkilökunnan siirtymistä hiljaiseen raportointiin.

Tutkimusongelmat olivat:

1. Miten paljon kului aikaa nykyiseen suulliseen raportointiin eri työvuoroissa?
2. Miten paljon kului aikaa kokeiluvaiheen hiljaiseen raportointiin eri työvuoroissa?
3. Millaisena hoitajat kokivat hiljaisen raportoinnin?

6.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Tutkimus sisälsi sekä raportointien ajankäytön kartoituksen että hoitohenkilökunnan kokemukset hiljaisesta raportoinnista ja tutkimus toteutettiin VSSHP:n Vakka-Suomen sairaalan toimialueella sisätautien vuodeosastolla.

Tätä tutkimusta varten kehitetty ajankäytön mittauslomake sekä kyselylomake henkilökunnalle pohjautuivat hiljaiseen raportointiin siirtyneiden yksiköiden kokemuksiin, joita on kuvattu teoriaosassa. Lisäksi sisällön validiteettia varmistettiin projektiryhmäläisiltä. Ajankäytön mittaus tehtiin strukturoidulla lomakkeella, muokattuna tarpeellisin osin erilaiseksi suulliseen ja hiljaiseen raportointiin (Liite 1 ja liite 2). Projektiryhmä perehtyi raportointeihin kuluvan ajan mittauksiin myös

suullisesti projektipäällikön toimesta, jotta he pystyivät tarvittaessa tukemaan henkilökuntaa tutkimusaineiston keruun toteuttamisessa. Ensimmäiseksi mitattiin suulliseen raportointiin kuluva aikaa kahden viikon ajan. Sitten toteutettiin 4 viikkoa kestävä hiljaisen raportoinnin kokeilu, jonka loppupuolella mitattiin hiljaiseen raportointiin kuluva aikaa kahden viikon ajan.

Kyselytutkimus toteutettiin hiljaisen raportoinnin kokeilun jälkeen. Kyselytutkimuksen avulla on mahdollista selvittää kokemuksia ja tuntemuksia tutkittavasta asiasta ja mitä tutkittavat ajattelevat asiasta (Hirsijärvi ym. 2009, 185). Kyselyn avulla on mahdollista tavoittaa laaja joukko tutkittavaksi ja sen avulla saadaan monia asioita selville (Hirsijärvi ym. 2009, 195). Haastattelua ei valittu tutkimusmenetelmäksi, koska se vie aikaa (Hirsijärvi ym. 2009, 206). Osallistujiksi tavoiteltiin kaikkia (N=25) sisätautiosaston hoitotyöntekijää (sairaanhoitajat ja perushoitajat/lähihoitajat mukaan lukien osastonhoitaja). Kyselylomake (Liite 3) sisälsi neljä avointa kysymystä ja yhden suljetun kysymyksen sekä yhden taustakysymyksen. Aineiston keruu toteutettiin Webropol-pohjaisena kyselynä hiljaisen raportoinnin kokeilun loppupuolella. Opinnäytetyöntekijä lähetti kyselylinkin vastuuhenkilön sähköpostiin, joka edelleen lähetti sen vastaajille. Tutkimukseen osallistujia informoitiin sähköpostitse kyselyn mukana lähetettävällä saatekirjeellä (Liite 4).

Suullisen raportoinnin mittauslomake esitettiin lähettämällä se yhdelle projektiryhmän jäsenelle sähköpostitse ja testaamalla sitä yhden päivän ajan sisätautiosastolla. Lomakkeeseen ei tarvinnut tehdä muutoksia. Hiljaisen raportoinnin mittauslomaketta ei esitetä, koska lomake oli lähes samanlainen kuin suullisen raportoinnin mittauslomake. Suullisen raportoinnin mittauslomakkeessa kohdassa 3 kysyttiin raportin antajaa ja hiljaisessa raportoinnissa tämä kysymys korvattiin kysymyksellä tarkennettuun raporttiin käytetty aika. Muutoin mittauslomakkeet olivat samanlaisia. Projektiryhmä oli sitä mieltä, että suullisen raportoinnin mittauslomakkeen testaus riittää lomakkeiden samankaltaisuuden vuoksi.

Kyselylomakkeen esitelmä toteutettiin siten, että se lähetettiin sähköpostitse ensin vain projektiryhmän jäsenille sisällön validiteetin arvioimiseksi. Muutoksia

lomakkeeseen ei tarvittu, aineisto kerättiin ja esitestatut lomakkeet otettiin mukaan analyysiin.

Projektiryhmässä keskusteltiin hoitoisuustietojen hyödyntämisen mahdollisuudesta sekä suullisen että kirjallisen raportoinnin mittausjaksolta. Se ei ollut tutkimussuunnitelmassa, mutta sen huomioiminen koettiin tärkeäksi arvioitaessa raportointiin kulunutta aikaa suhteessa potilaiden hoitoisuuteen. Rafaela on hoitoisuusluokitusjärjestelmä ja se tuottaa tietoa potilaan yksilöllisestä hoitotyön tarpeesta. Järjestelmä antaa tiedon toteutuneesta hoitotyöstä suhteessa käytävissä olevaan hoitohenkilöstön määrään. Rafaelan avulla voidaan kohdentaa hoitajien työpanos vastaamaan potilaiden hoidon tarvetta. Hoitajat arvioivat tekemänsä hoitotyön määrän jokaisen hoitamansa potilaan osalta. Jakamalla kaikkien potilaiden hoitoisuuspisteet hoitajien lukumäärällä saadaan tietoa potilaan hoitoisuudesta/hoitaja vuorokaudessa. (Finnish Consulting Group, FCG.)

6.3 Aineiston analyysi

Suulliseen raportointiin kuluvan ajan mittauslomakkeen tulokset laitettiin havaintomatriisiin. Tulosten tallennuksen jälkeen havaintomatriisi käytiin uudelleen läpi muutaman päivän kuluttua. Tarkastuksen yhteydessä havaintomatriisiin tuli muutamia tarkennuksia ja korjauksia.

Suullisen raportoinnin mittauksessa (Liite 1) mitattiin raportoinnin kestoa ja lomakkeeseen merkattiin, milloin raportti alkoi ja milloin päättyi. Lisäksi mitattiin raportin keskeytyksiä eli mikä oli raportin keskeytyksen syy ja keskeytysten määrät. Lomakkeeseen merkattiin raportin antaja: sh (sairaanhoitaja), ph (perushoitaja)/lh (lähihoitaja), sh-opiskelija. Lisäksi lomakkeeseen merkattiin raporttia vastaanottavien hoitajien lukumäärä ja raportoitavien potilaiden määrä sekä osaston kokonaispotilasmäärä. Mittausjakson jälkeen osastonhoitaja tulosti Rafaela-ohjelmasta potilaiden päivittäisen hoitoisuuden mittausjakson ajalta viikoilta 39 ja 40 eli 22.9. - 5.10.2014 väliseltä ajalta.

Hoitotyötä tehdään kahdessa moduulissa ja suullisen raportoinnin mittausjaksolta lyhimmän ja pisimmän raportointiin kuluneen ajan lisäksi laskettiin keski-

määräinen raportointiaika per potilas. Keskimääräinen raportointiaika saatiin jakamalla raportointiin kulunut aika moduulin potilasmäärällä jokaisesta työvuorosta kahden viikon ajalta. Nämä on havainnollistettu kuvioihin mittausjakson ajalta työvuoroittain molemmat moduulit 1 ja 2 rinnakkain.

Hiljaisen raportoinnin mittauksen tulokset laitettiin myös havaintomatriisiin. Hiljaisessa raportoinnissa mitattiin samoja asioita kuin suullisessakin raportoinnissa (Liite 2). Hiljaisen raportoinnin mittaus tehtiin mittausaikana aina vuorokauden kahden raportin yhteydessä eli ilta- ja yöraporteilla. Mittaus kohdistui vain näihin kahteen raportointiin, koska hiljaista raportointia kokeiltiin juuri näillä raporteilla ja muut raportit tapahtuivat suullisesti. Mittausjakson jälkeen osastonhoitaja tulosti rafaela-ohjelmasta potilaiden päivittäisen hoitoisuuden mittausjakson ajalta viikoilta 44 ja 45 eli 27.10. - 9.11.2014 väliseltä ajalta.

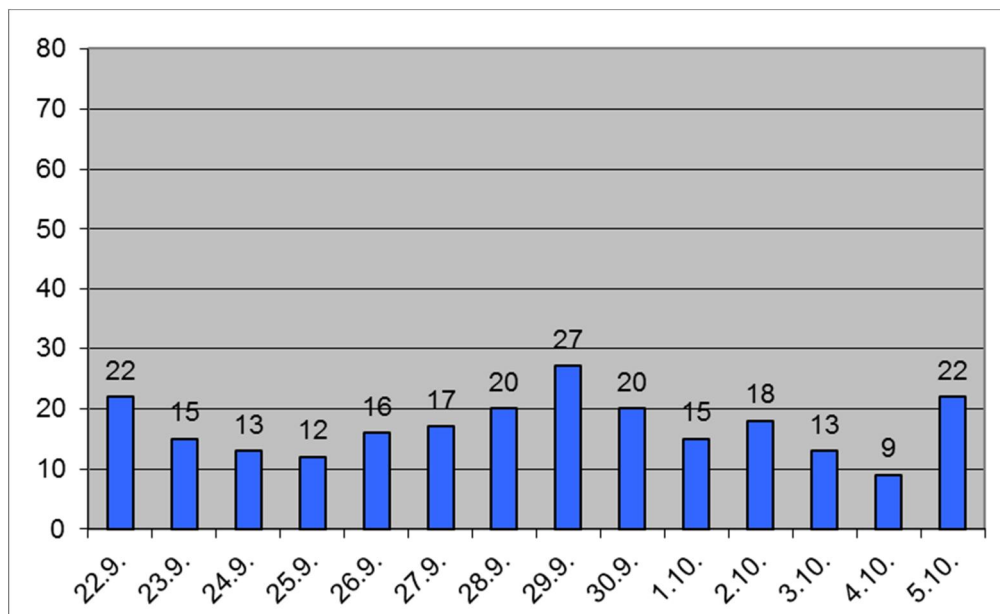
Hiljaisen raportoinnin mittausjaksolta lyhimmän ja pisimmän raportointiin kulu- neen ajan lisäksi laskettiin myös keskimääräinen raportointiaika per potilas. Se saatiin jakamalla raportointiin kulunut aika potilasmäärällä jokaisen hiljaiseen raportointiin osallistuneen hoitajan kohdalta kahden viikon ajalta.

Hiljaisen raportoinnin kokeilun loputtua tehtiin kysely hoitohenkilökunnalle hiljai- sen raportoinnin kokemuksista viikoilla 46 - 47 eli 10.11. - 23.11.2014 (Liite 3). Kysymyksiä oli 5. Kysymyksessä 1 kysyttiin, onko vastaaja sairaanhoitaja vai lähi-/perushoitaja. Avoimet kysymykset 2-4 luokiteltiin tekemättä varsinaista si- sällön analyysiä. Luokista muodostettiin liitteenä oleva word-tiedosto (Liite 7) ja word-tiedostossa olevaan tekstiin, sulkeisiin, on laitettu numero ilmaisemaan, miten monta kertaa kyseisestä asiasta on mainittu kyselyn vastauksissa. Vii- meisessä kysymyksessä 5 kysyttiin, haluaisitko ottaa hiljaisen raportoinnin käyt- töön.

6.4 Tutkimustulokset

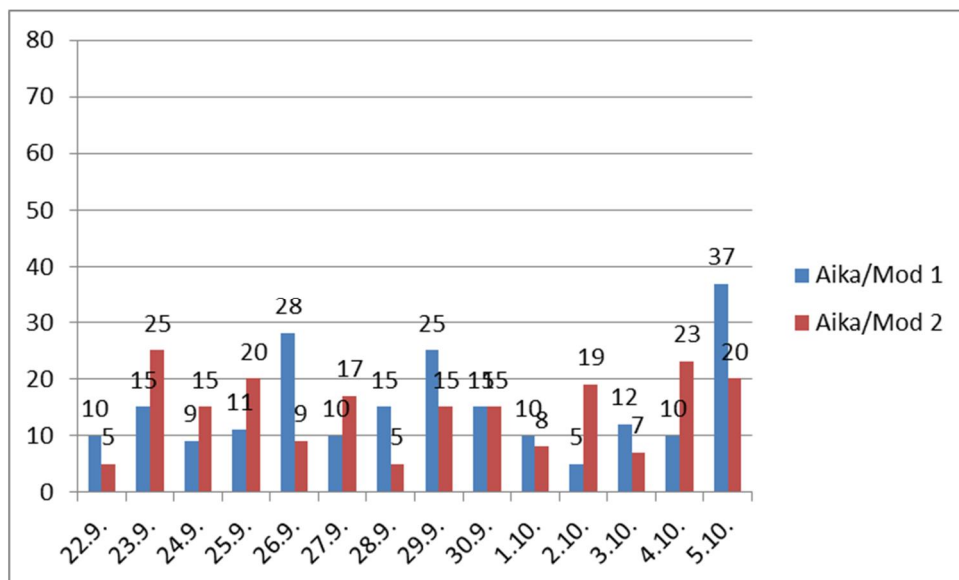
6.4.1 Suulliseen raportointiin käytetty aika

Suullisen raportoinnin mittausaika oli viikoilla 39 ja 40 eli 22.9. - 5.10.2014. Vakka - Suomen sairaalan sisätautiosastolla hoitotyötä tehdään kahdessa moduulissa, mutta yöhoitajan raportti aamutyöläisille annetaan niin, että molempien moduuleiden aamuvuorossa olevat hoitajat ovat raportilla läsnä. Yövuorossa ollut sairaanhoitaja antaa ensin raportin moduulin 1 potilaista ja sen jälkeen hän raportoi moduulin 2 potilaat. Yöhoitajan pitämä raportti aamuvuorolaisille kesti lyhimmillään 9 minuuttia ja pisimmillään 27 minuuttia (Kuvio 2). Keskimääräinen raportointiaika per potilas oli 1 minuutti 3 sekuntia. Osaston potilasmäärä yövuorolaisen pitämän raportin kartoitusajana vaihteli 15 potilaasta 20 potilaaseen. Opiskelija piti kahdesti raportin mittausaikana 8 ja 12 potilaasta. Opiskelijan käyttämä raportointiaika ei sijoittunut ääripäihin. Potilaiden hoitoisuus lyhimmän ajan aikana oli 11,99 ja pisimmän ajan aikana hoitoisuus oli 16,34. Yöhoitajan raporttia vastaanotti mittausaikana 6-9 hoitajaa/raportointikerta. Keskeytyksiä oli kolme mittausaikana ja syynä olivat laboratoriohoitajan käynti kahdesti ja hoitajan tulo töihin.



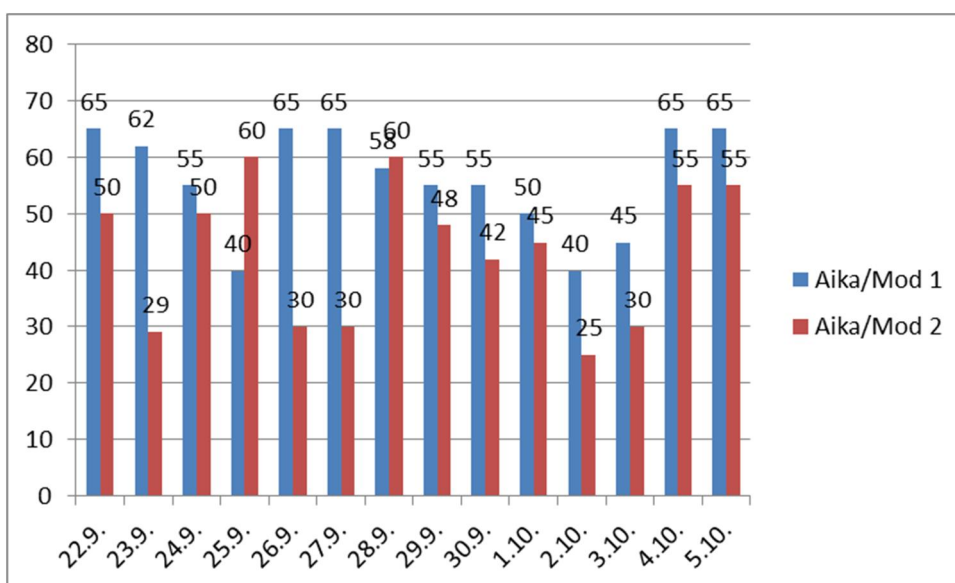
Kuvio 2. Yöhoitajan suulliseen raporttiin aamuhoitajille kulunut aika (min).

Aamuvuorolaisen raportti aamuvuorolaiselle annetaan erikseen moduulissa 1 ja 2 (Kuvio 3). Raportin antaja on ollut edellisenä iltana iltavuorossa. Aamuvuorossa on yleensä 6 hoitajaa jakaantuneena kahteen moduuliin. Aamuhoitajan pitämä raportti aamuvuorolaisille kesti lyhimmillään 5 minuuttia ja pisimmillään 37 minuuttia. Keskimääräinen raportointiaika per potilas oli 4 minuuttia 0,5 sekuntia. Osaston potilasmäärä aamuhoitajan pitämän raportin kartoitusaikana vaihteli 15 potilaasta 20 potilaaseen. Raportoitavien potilaiden määrä moduulissa vaihteli neljästä potilaasta 12 potilaaseen. Lähihoitaja piti raportin kahdesti ja perushoitaja kerran mittausaikana. Opiskelija piti kerran raportin mittausaikana kahdesta potilaasta. Opiskelijan käyttämä raportointiaika ei sijoittunut ääripäihin. Potilaiden hoitoisuus lyhimmän ajan aikana oli 19,93, 14,32 ja 17,78. Pisimmän ajan aikana hoitoisuus oli 17,65. Aamuhoitajan raporttia vastaanotti mittausaikana 1-3 hoitajaa/moduuli. Keskeytyksiä mittausaikana oli neljä ja syynä olivat yöhoitajan asia kahdesti ja laboratoriohoitajan käynti kahdesti. Keskeytyksistä kolme kohdistui moduuliin 1.



Kuvio 3. Iltahoitajan suulliseen raporttiin aamuhoitajille kulunut aika (min) moduulissa 1 ja 2.

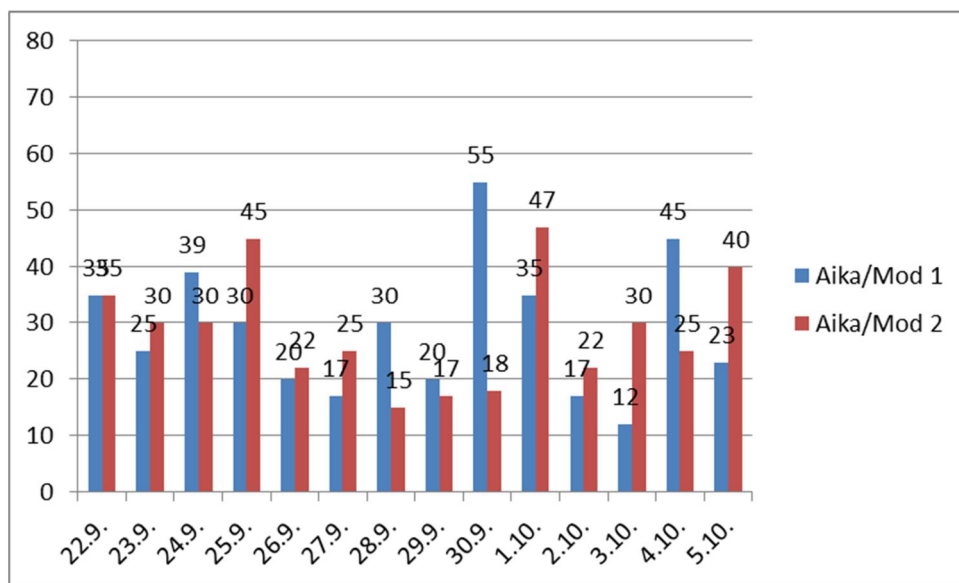
Aamuvuorolaisen raportti iltavuorolaisille annetaan erikseen moduulissa 1 ja 2 (Kuvio 4). Iltavuorossa on yleensä 4 hoitajaa jakaantuneena kahteen moduuliin. Iltavuorolaisille pidetty raportti kesti lyhimmillään 25 min ja pisimmillään 1 tunti 5 minuuttia. Keskimääräinen raportointiaika per potilas oli 6 minuuttia 1 sekunti. Osaston potilasmäärä iltahoitajille pidetyn raportin kartoitusaikana vaihteli 11 potilaasta 20 potilaaseen. Raportoitavien potilaiden määrä moduulissa vaihteli 4 potilaasta 12 potilaaseen. Opiskelija piti kerran raportin kahdesta potilaasta eikä ajankäyttö sijoittunut ääripäihin. Potilaiden hoitoisuus lyhimmän ajan aikana oli 17,78. Pisimmän ajan aikana hoitoisuus oli 19,93, 14,16, 12,28 ja 11,99. Aamuhoitajan raporttia iltavuorolaisille vastaanotti mittausaikana 1-3 hoitajaa/moduuli. Keskeytyksiä mittausaikana oli 9, jotka kaikki kohdistuivat moduuliin 1. Keskeytyksen syitä olivat omaisen puhelu, informaatio lääkityksestä uudelle potilaalle, fysioterapeutin käynti, ekg-laitteen palautus, hoitajan käynti kahtena kertana, siivoojan ja lääkärin käynti ja keskustelu potilaan omaisen kanssa.



Kuvio 4. Suulliseen raporttiin iltahoitajille kulunut aika (min) moduulissa 1 ja 2.

Iltavuorolaisen raportti yöhoitajille annetaan ensin moduulin 1 potilaista ja sitten raportoidaan moduulin 2 potilaat (Kuvio 5). Yövuorossa töissä on kaksi hoitajaa;

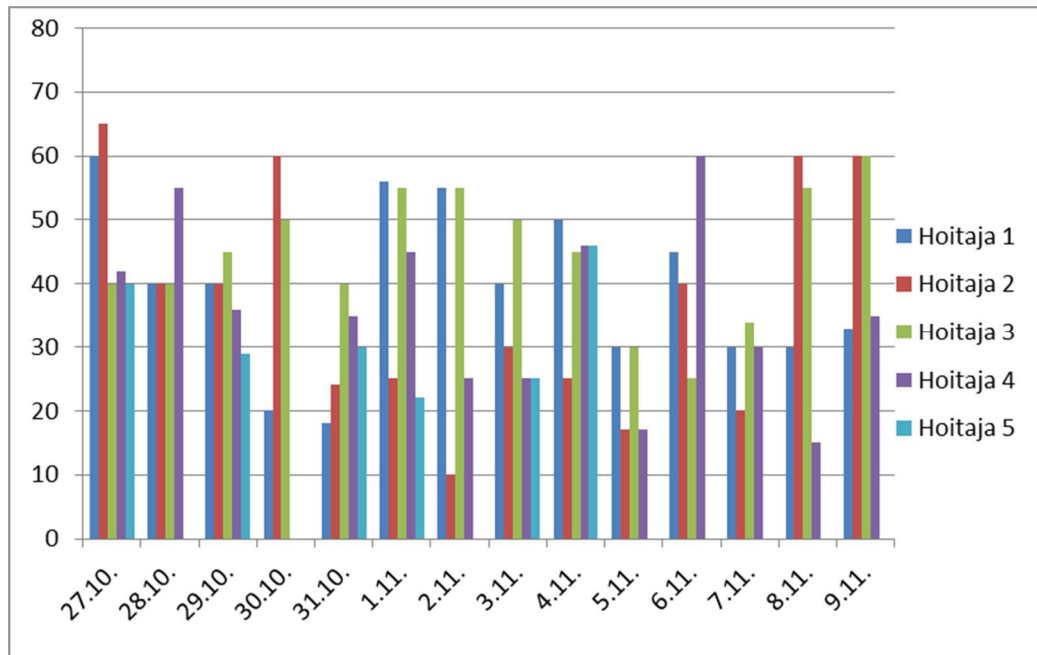
sairaanhoitaja ja perus-/lähihoitaja. Yöhoitajille pidetty raportti kesti lyhimmillään 12 minuuttia ja pisimmillään 55 minuuttia. Keskimääräinen raportointiaika per potilas oli 3 minuuttia 53 sekuntia. Osaston potilasmäärä yöhoitajille pidetyn raportin kartoitusaikana vaihteli 12 potilaasta 20 potilaaseen. Opiskelija piti raportin kolme kertaa mittausaikana kahdesti kahdesta potilaasta ja kerran 7 potilaasta. Opiskelijan käyttämä raportointiaika ei sijoittunut ääripäihin. Raportoita-
vien potilaiden määrä moduulissa vaihteli kolmesta potilaasta 12 potilaaseen. Potilaiden hoitoisuus lyhimmän ajan aikana oli 14,94 ja pisimmän ajan aikana hoitoisuus oli 12,02. Keskeytyksiä mittausaikana oli 8, joista kolmeen keskey-
tykseen ei ollut syytä. Muut keskeytyksen syyt olivat potilasasioita kaksi, päivys-
tävän lääkärin tulo osastolle ja akuutti potilasasia kerran ja uuden potilaan sijoi-
tus.



Kuvio 5. Suulliseen raporttiin yöhoitajille kulunut aika (min) moduulissa 1 ja 2.

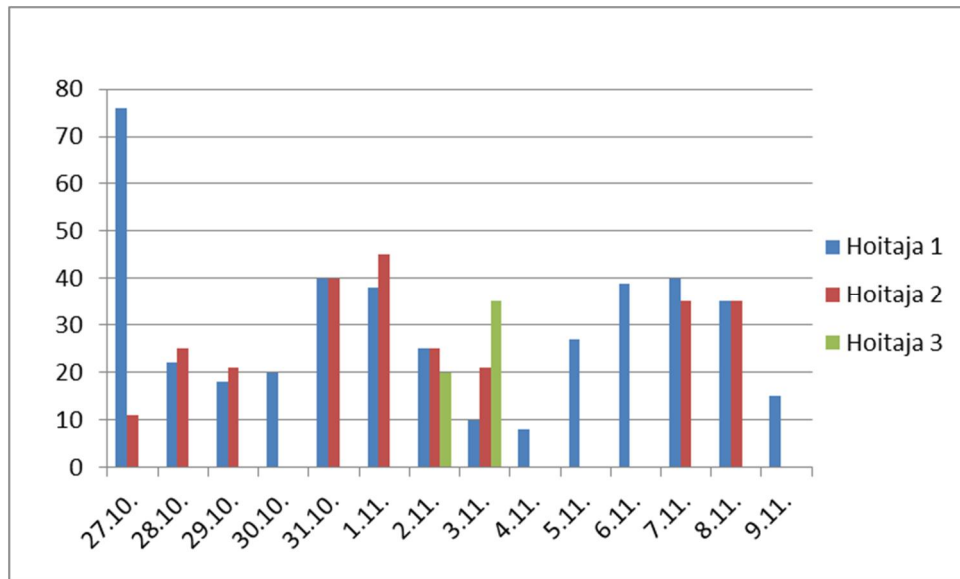
6.4.2 Hiljaiseen raportointiin käytetty aika

Hiljaisen raportoinnin mittausaika oli viikoilla 44 ja 45 eli 27.10. – 9.11.2014 välisenä aikana. Iltavuorolaisten hiljaiseen raportointiin käyttämä aika kesti lyhimillään 10 minuuttia ja pisimmillään 65 minuuttia (Kuvio 6). Keskimääräinen hiljaiseen raportointiin käytetty aika per potilas oli 3 minuuttia 15 sekuntia. Osaston potilasmäärä iltahoitajien hiljaisen raportoinnin kartoitusaikana vaihteli 8 potilaasta 15 potilaaseen. Opiskelijoiden hiljaiseen raportointiin käyttämä aika ei sijoittunut ääripäihin. Opiskelijat osallistuivat hiljaiseen raportointiin 6 kertaa kartoitusaikana ja potilaiden määrä vaihteli 11 potilaasta 14 potilaaseen. Potilaiden hoitoisuus lyhimmän ajan aikana oli 12,66. Pisimmän ajan aikana hoitoisuus oli 12,63. Keskeytyksiä mittausaikana oli 9. Keskeytyksen syitä olivat atk-korjaajan käynti kahdesti ja toisen käynnin yhteydessä konetta uudelleen käynnistettäessä palvelimeen ei saatu yhteyttä. Raporttia oli luettu sihteerin huoneessa ja sihteerille tultiin asioimaan. Kolmesti haettiin vapaata tietokonetta tai hiljaisen raportoinnin lukupaikkaa ja kerran kuljeteltiin papereita edestakaisin. Iltavuorossa tarkennettuun raporttiin eli suulliseen raporttiin käytettiin aikaa 4-15 min hiljaisen raportoinnin lisäksi. Suullista tiedonantoa varten oli varattu iltaraportilla aikaa 30 min. Suullisen tiedonannon mahdollisuutta käytettiin 62,90 % kaikista iltavuoron hiljaisista raportoinneista.



Kuvio 6. Iltahoitajan hiljaiseen raporttiin kulunut aika (min).

Yövuoroon tulevan hoitajan hiljaiseen raportointiin käyttämä aika kesti lyhimmillään 8 minuuttia ja pisimmillään 76 minuuttia (Kuvio 7). Keskimääräinen hiljaiseen raportointiin käytetty aika per potilas oli 2 minuuttia 2 sekuntia. Osaston potilasmäärä yöhoitajien hiljaisen raportoinnin kartoitusaikana vaihteli 11 potilaasta 16 potilaaseen. Opiskelija osallistui kerran hiljaiseen raportointiin 13 potilaasta. Opiskelijan käyttämä raportointiaika ei sijoittunut ääripäihin. Potilaiden hoitoisuus lyhimmän ajan aikana oli 14,88 ja pisimmän ajan aikana hoitoisuus oli 12,63. Keskeytyksiä mittausaikana ei ollut. Yövuorossa tarkennettuun raporttiin eli suulliseen raporttiin käytettiin aikaa 1-10 min hiljaisen raportoinnin lisäksi. Suullisen tiedonannon mahdollisuutta käytettiin 68 % kaikista yövuoron hiljaisista raportoinneista.



Kuvio 7. Yöhoitajan hiljaiseen raporttiin kulunut aika (min).

6.4.3 Hoitajien kokemukset hiljaisen raportoinnin kokeilusta

Hiljaisen raportoinnin kokeilun loputtua tehtiin kysely hoitohenkilökunnalle hiljaisen raportoinnin kokemuksista viikoilla 46 - 47 eli 10. - 23.11.2014 (Liite 3). Kysely lähetettiin kaikille osaston hoitotyöntekijöille, joita oli 25. Vastauksia saatiin 23. Vastausprosentiksi saatiin 92 %. Kysymyksiä oli 5. Kysymyksessä 1 kysyttiin, onko vastaaja sairaanhoitaja vai lähi-/perushoitaja. Sairaanhoitajia kyselyyn vastanneista oli 15 ja lähi-/perushoitajia oli 8.

Avoimet kysymykset 2-4 luokiteltiin. Samaa tarkoittavat ilmaisut on yhdistetty samaan luokkaan ja annettu sen sisältöä kuvaava nimi (Tuomi & Sarajärvi 2013, 101). Sulkeissa oleva numero ilmaisee, miten monta kertaa kyseisestä asiasta on mainittu kyselyssä (Liite 7).

Kysymykseen 2 hiljaisen raportoinnin eduista muodostettiin kolme luokkaa: ajan käyttöön liittyvät edut, kirjaamiseen liittyvät edut ja muut edut. Eniten oli mainintoja määrän mukaan siitä, että pääsi ajallaan kotiin, oli aikaa potilaiden hoitoon ja aikaa kotiuttamiseen. Lisäksi useampia mainintoja oli siitä, että oli aikaa poti-

lassiirtoihin ja – kuljetuksiin sekä ylitöiden väheneminen. Kirjaamisen koettiin parantuneen ja se oli lisääntynyt. Yksilöllinen raportointi mahdollistui, voi lukea vain tarvitsemansa tiedon ja arki oli joustavaa.

”Ajan käyttö. Ylityöt vähenivät, pääsi ajoissa kotiin. Iltapäivän aikana klo 13.30 jälkeen on porukkaa paikalla, kun omaiset ja puhelimet alkaa soida ja potilaskuljetukset rtg, pkl ym. Kirjaaminen lisääntyi.”

”Työilmapiiri ja työtyytyväisyys on parantunut mielestäni hiljaisen raportoinnin myötä, tähänkin liittyy se, että päivisin saa rauhassa tehdä omat työt loppuun kun ei tarvitse suullista raporttia pitää. Kaikkien hoitajien kohdalla on tapahtunut selkeää parannusta kirjauksen suhteen, mietitään mitä potilaista kirjataan, tässä tapahtuu kehitystä edelleen.”

Kysymykseen 3 hiljaisen raportoinnin haitoista muodostettiin viisi luokkaa: tietokoneiden vähäisyyteen liittyvät haitat, kirjaamiseen liittyvät haitat, ajankäyttöön liittyvät haitat, opiskelijoihin liittyvät haitat ja muut haitat. Hiljaisen raportoinnin haittoina pidettiin tietokoneiden vähäisyyttä, 13 vastaajaa 23:sta oli sitä mieltä. Haittoina pidettiin myös vähäistä kirjaamista. Ajankäyttöön liittyvinä haittoina mainittiin se, että uusilla työntekijöillä menee aikaa tiedon etsimiseen tai ei ehdi aina kirjata. Lisäksi koettiin, että opiskelijat eivät välttämättä osaa etsiä tarvitsemaansa tietoa. Haittoiksi koettiin myös keskustelun pois jääminen. Hiljaisen raportoinnin jälkeen tehdyt kirjaukset koettiin haittoiksi, mikäli ei käytetä suullista raportointia hiljaisen raportoinnin tukena. Taulukossa oleva tila - ja työkalut - sanoja ei oltu aukaistu enempää.

”Suullisessa raportoinnissa käyty keskustelu jää pois. Hieman epävarmempi olo kentällä.”

”Jatkoa ajatellen tietokoneita liian vähän. Toisinaan kirjaamisen ollessa vähäistä, kokonaiskuva jää suullisen raportoinnin varaan.”

Kysymyksessä 3 kysyttiin myös, mitä hiljaisen raportoinnin onnistuminen edellyttää itseltä, muilta ja koko työyhteisöltä. Tästä muodostettiin neljä luokkaa: kirjaamiseen liittyvä edellytykset, tietokoneisiin liittyvät edellytykset, tilaan liitty-

vät edellytykset sekä muut edellytykset. Hiljaisen raportoinnin onnistumisen edellytyksinä pidettiin hyvää kirjaamista ja kysymyksessä 4 toivottuina muutoksina esitettiin lisäkoulutusta kirjaamisesta ja yhteisiä pelisääntöjä: miten kirjaetaan, kuka kirjaa mitäkin, mitä kirjataan minnekin ja keskeisten tietojen käyttöä ja hyödyntämistä. Onnistumisen edellytyksinä pidettiin sitä, että tietokoneita on riittävästi ja niitä toivottiinkin lisää. Onnistumisen edellytyksinä mainittiin, että on rauhallinen tila hiljaista raportointia varten ja sitä myös toivottiin. Hiljaisen raportoinnin onnistumisen edellytyksenä pidettiin myös sitä, että kommunikointi ei saa kärsiä ja että kaikilla on tiedossa tietoturva-asiat, salassapitoasiat ja – ohjeet ja että potilastietoja käytetään ja luetaan työajalla. Lisäksi mainittiin myös se, että opiskelijoiden harjoittelujakson tavoitteena ei voi olla enää suullisen raportoinnin kehittäminen.

”Onnistuminen edellyttää jokaisen perehtymistä kirjattuihin asioihin ja kirjausten pitää olla asianmukaisesti tehty.”

”Potilaaseen liittyvät tärkeät tiedot tulisi laittaa määräyksiin ei pelkästään hoitopäivän lääkärin arvio osioon. Tulevilla opiskelijoilla ei voi olla tavoitteena suullisen raportoinnin kehittäminen.”

Kysymykseen 4, mitä muutoksia toivottiin kokeiltuun hiljaisen raportoinnin malliin, muodostettiin viisi luokkaa: kirjaamiseen liittyvät muutokset, koneisiin liittyvät muutokset, tilaan liittyvät muutokset, ajankäyttöön liittyvät muutokset ja muut muutokset. Kirjaamisen, tietokoneiden ja tilojen lisäksi toivottiin enemmän luku-aikaa, mutta toisaalta sitä, ettei lukemisen takia jouduttu jäämään ylitöihin. Raportointimallista toivottiin annettavan infoa myös lääkäreille.

Toivottuina muutoksina mainittiin mm:

”Raami sovittaisi, esim. yöraportin ottaja lukee sen, minkä ehtii ja tulee päästämään iltahoitajat kotiin, vaikka olisi lukeminen kesken ja iltahoitaja antaa tarvittavan raportin suullisesti. Yöhoitaja voi jatkaa lukemista ja sen jälkeen lähtee iltakierrolle, näin välttyään ylitöiltä.”

”Yöhoitajan pitämä suullinen raportointi voisi edelleen säilyä, mutta jos myös aamuvuoroon tulevat hoitajat lukisivat yöhoitajan pitämän suullisen raportin jälkeen potilaista, voisi tulevaisuudessa olla mahdollista vähentää kuormittavia iltavuoron jälkeisiä aamuvuoroja.”

Viimeisessä kysymyksessä kysyttiin, haluaisitko ottaa hiljaisen raportoinnin käyttöön. Kaikki 23 kyselyyn vastanneista halusivat ottaa hiljaisen raportoinnin käyttöön.

6.4.4 Johtopäätökset ja pohdinta

Suullisen raportoinnin mittauksessa eniten aikaa kului iltahoitajille ja yöhoitajille annetuissa raporteissa, joissa sekä lyhyin että pisin aika olivat pidemmät kuin yöhoitajan aamuhoitajille ja iltahoitajan aamuhoitajille antamassa raportoinnissa. Keskimääräisen raportointiajan per potilas osalta lyhyin aika kului yöhoitajan aamuhoitajille annetussa raportissa (1 min 3 sek) ja pisin aika kului iltahoitajille annetussa raportissa (6 min 1 sek).

Opiskelijan pitämä suullinen raportointi nosti raportoinnin kokonaisaika. Silti opiskelijoiden käyttämä aika ei ollut mukana niissä ajoissa, jolloin raportointiin kului eniten aikaa. Potilasmäärä ei vaikuttanut suulliseen raportointiin käytettyyn aikaan eikä myöskään potilaiden hoitoisuus. Suullisen raportoinnin mittausaikana tapahtuneista keskeytyksistä suurin osa kohdistui moduuliin 1 ja näistä keskeytyksistä suuri osa oli muita syitä kuin potilasasioihin liittyviä asioita. Moduulin 1 raportointipaikka sijaitsee lähellä kansliaa, joten siellä asiointi kesken raportin on ehkä helpompaa. Moduulin 2 raportointipaikka vaihtelee vapaana olevan tilan saatavuuden mukaan.

Mittaustulokset tukivat hoitajien käsitystä siitä, että eniten aikaa suullisessa raportoinnissa kului iltahoitajille ja yöhoitajille annetussa raportoinnissa ja siksi näillä raporteilla kokeiltiin hiljaista raportointia. Suulliseen raportointiin kuluu runsaasti aikaa myös Puumalaisen ym. sekä Stroplen ja Ottanin mukaan (Puumalainen ym. 2003, 4; Strople & Ottani 2006, 198).

Hiljaisen raportoinnin mittausaikana iltavuorossa lyhyin aika (10 min) oli lyhyempi kuin suullisen raportoinnin mittausaikana (25 min). Pisin aika (65 min) oli sama kuin suullisen raportoinnin mittausaikana. Kuitenkin keskimääräinen raportointiaika per potilas hiljaisen raportoinnin mittausaikana oli pienempi (3 min 15 sek) kuin suullisen raportoinnin mittausaikana (6 min 1 sek). Potilaita oli osastolla iltavuoroissa vähemmän hiljaisen raportoinnin mittausaikana (10 - 15) kuin suullisen raportoinnin mittausaikana (11 - 20). Potilaiden hoitoisuus oli pienempi hiljaisen raportoinnin mittausaikana. Raportin keskeytyksiä oli sama määrä sekä hiljaisen raportoinnin että suullisen raportoinnin mittausaikana. Potilasmäärä ja potilaiden hoitoisuus ei ehkä olisi vaikuttanut niin selvästi mittaustuloksiin, jos mittausaika olisi ollut pidempi.

Hiljaisen raportoinnin mittausaikana yövuorossa lyhyin aika (8 min) oli lyhyempi kuin suullisen raportoinnin mittausaikana (12 min). Pisin aika (76 min) oli pitempi kuin suullisen raportoinnin mittausaikana (55 min). Keskimääräinen raportointiaika per potilas hiljaisen raportoinnin mittausaikana oli pienempi (2 min 2 sek) kuin suullisen raportoinnin mittausaikana (3 min 53 sek). Potilaita oli osastolla yövuoroissa vähemmän hiljaisen raportoinnin mittausaikana (11 - 16) kuin suullisen raportoinnin mittausaikana (12 - 20). Potilaiden hoitoisuudella ei ollut eroa hiljaisen tai suullisen raportoinnin aikana. Hiljaisen raportoinnin mittausaikana keskeytyksiä ei ollut lainkaan, kun suullisen raportoinnin mittausaikana keskeytyksiä oli 8. Hiljaisen raportoinnin mittausaikana keskimääräiset ajat per potilas olivat pienemmät kuin suullisen raportoinnin. Toisaalta osaston kokonaispotilasmäärä oli pienempi hiljaisen raportoinnin mittausaikana. Mikäli mittausaika olisi ollut pidempi, potilasmäärän vaikutus mittaustuloksiin olisi voinut pienentyä.

Hoitajien kokemukset hiljaisen raportoinnin kokeilusta tukivat aikaisempia tutkimustuloksia siitä, että aikaa jää enemmän potilastyöhön (Salo 2005, 125; Laukkanen ym. 2012, 14; Nätti 2008, 39), työn kiireellisyys ja ylityöt vähenevät sekä kirjaamisen sisältö kohentuvat. Lisäksi ergonomisen työajan käyttö mahdollistuu ja päällekkäisten työvuorojen aikana pystytään mielekkäämmin käyttämään työvoimaa. Lisäksi mainittiin, että kirjaamiseen kuluva aika lisääntyy. (Puumalainen

2003, 6-7; Turtiainen 2005, 128, 130; Nätti 2008, 41; Pelander & Kirjonen 2010, 5; Laukkanen ym. 2012, 14).

Turusen pro gradu – tutkielmassa hiljaiseen raportointiin tyytyväisyys oli riippuvainen kirjaamisen tasosta ja tietokoneiden riittävyydestä. (Turunen 2008, 64). Myös tässä tutkimuksessa tietokoneita toivottiin lisää ja tietokoneiden vähäisyys mainittiin usein kokeilun haittana.

Hiljaisen raportoinnin kokeilun aikana osastolla kävi kahdesti atk-korjaaja, jonka käynnin kestot olivat 5 ja 10 min pituisia. Muita tietoteknisiä katkoja kokeilun aikana ei ollut. Hoitajat myös edellyttivät laitteiden ja ohjelmien toimivuutta muutoksissa. Tutkimuksissa on todettu, että ongelmatilanteita voi aiheutua, jos sähköiset potilastietojärjestelmät eivät toimi tai kommunikoi keskenään ja elintärkeitä tietoja katoaa (Strople & Ottani 2006, 200; Laukkanen ym. 2012, 15).

Kokeilun haittana hoitohenkilökunta mainitsi, että keskustelu jää pois hiljaisessa raportoinnissa ja että uusilla työntekijöillä ja opiskelijoilla menee aikaa löytää oleellisia tietoja tai että kaikki olennainen tieto ei ylipäättään tule esille. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan haittana on pidetty sitä, että sosiaalinen kanssakäyminen vähentyy sekä uusien hoitajien ja opiskelijoiden oppiminen heikentyy (Kerr 2002, 127; Puumalainen 2003, 8; Turtiainen 2005, 131; Nätti 2008, 29, 31.).

Hoitohenkilökunta piti hiljaisen raportoinnin onnistumisen edellytyksenä sitä, että kirjaaminen on hyvää ja että siihen panostetaan. Kirjaamisesta toivottiinkin lisäkoulutusta ja yhteisiä sovittuja pelisääntöjä. Tutkimuksessa ei tullut esille, mitä ongelmia liittyi kirjaamiseen ja yhteisiin pelisääntöihin. Lisäksi sanottiin ajan lisääntyneen hiljaisen raportoinnin myötä, toisaalta sanottiin, että siihen liittyen kirjaaminen lisääntyi ja lukeminen veivät aikaa. Suullista raportointia kaivattiin. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan hiljainen raportointi edellyttää kirjaamisen kehittämistä ja siihen panostamista. Kun potilaan hoitoisuus oli suuri tai kun hoitajat tulivat työvuoroon pitkiltä vapailta, kaivattiin suullista raporttia. (Vrt. Puumalainen 2003, 6-8; Turtiainen 2005, 131; Nätti 2008, 31; Pelander & Kirjonen 2010, 5; Laukkanen ym. 2012, 15.) .) Turusen pro gradu – tutkielmas-

sa kirjaamisen systemaattinen kehittäminen ja kirjaamiskoulutus koettiin myönteisinä (Turunen 2008, 64).

6.4.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen etiikkaan liittyvät kysymykset tutkimuksen hyödyllisyydestä, tutkimuksen käyttökelpoisuus, johtopäätösten esittäminen ja velvollisuudet tiedon tuottamiseen osallistuneita kohtaan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 5-6; Vilka 2009, 30-31). Tämän tutkimuksen hyötynä oli se, miten raportointiin kuluvan ajan mittaamisen ja hiljaisen raportoinnin mallin kehittämisen avulla oli mahdollista tukea sisätautiosaston henkilökunnan siirtymistä hiljaiseen raportointiin.

Tutkimukseen osallistujille selvitettiin sekä suullisesti että kirjallisesti tutkimuksen tarkoitus, tulosten esittäminen ja tutkimuksen tulosten hyödyt. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistajat pystyivät keskeyttämään osallistumisensa missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Tietoinen suostumus kyselyyn saatiin, kun vastaaja luovutti kyselyn vastaukset sähköpostitse opinnäytetyöntekijälle. Tietoiseen suostumukseen liittyvät tiedot koskevat anonymiteettiä sekä itsenäisyyden periaatteen toteutumista (vapaa ja riippumaton valinta osallistumisesta) ja ne kuvataan kyselyn saatekirjeessä (liite 4). Tietoinen suostumus raportointiajan seuraamiseen katsottiin saaduksi, kun hoitajat kirjassivat kysytyt asiat raportointiin kuluvan ajan mittauslomakkeelle. Osastolle vietiin tutkimustiedote (Liite 6), jossa hoitohenkilökuntaa informoitiin hiljaisen raportoinnin kokeilusta ja kaikista siihen liittyvistä tutkimuksista sekä niihin osallistumisen vapaaehtoisuudesta.

Tutkimusaineistoihin ei tallennu vastaajien tunnistetietoja ja osallistujien anonymiteetti turvattiin tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Aineisto säilytettiin tutkimusprosessin ajan asianmukaisesti ja se tullaan hävittämään raportoinnin jälkeen paperisilppurissa ja poistamalla se tietokannoista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 5-6, 8-11; 2012a.)

Tutkimusraportissa kuvataan tavoitteen asettamiseen ja toteuttamiseen, aineiston keruuseen, analysointiin, sekä tuloksiin ja tulosten esittämiseen liittyvät ratkaisut ja perustelut yksityiskohtaisesti. Tällöin lukijalla on mahdollisuus arvioida ratkaisujen eettistä kestävyyttä. Tutkimusprosessissa arvioidaan rehellisyyttä, yksinkertaisuutta, avoimuutta ja tarkkuutta luotettavuuden tarkastelun yhteydessä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012a). Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa liittyy siihen, miten tutkittava asia saadaan mitattavaan muotoon ja saadaanko mitattua sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Luotettavuus liittyy myös siihen, kuinka pätevää, yleisluontoista ja käyttökelpoista tietoa saadaan. Mittarin luotettavuutta arvioidaan mittausvirheettömyyden eli reliaabeliuden sekä pätevyyden eli validiuden suhteen. Nämä seikat pyrittiin ottamaan huomioon raportointiin kuluvan ajan mittauslomakkeissa sekä henkilökunnan suullisessa ohjeistuksessa mittauksen toteuttamiseen liittyen. Laadullisen tutkimuksen (avokysymyksiä sisältävä kyselylomake) luotettavuuden tarkastelun kriteereinä käytettiin sovellettavuutta, totuudellisuutta, vahvistettavuutta ja uskottavuutta. (Menetelmäopetuksen tietovaranto 2008.) Kyselylomake soveltui hiljaisen raportoinnin kokemusten kartoittamiseen ja tulokseksi saatiin uskottavia vastauksia. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkimuksen kaikissa vaiheissa toteutettu tarkka selostus tutkimuksen vaiheista sekä aineiston tuottamisen olosuhteiden kuvailu. Tyypillistä on myös aineiston luokittelu ja tulosten tulkinnan yhteensopivuus aineiston kuvausten kanssa. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 232-233.) Tässä työssä aineiston luokittelu ja tulosten tulkinta olivat yhteensopivia.

Kyselyyn hiljaisen raportoinnin kokeilun kokemuksista saatiin luotettavat tulokset, kun lähes kaikki vastasivat kyselyyn (23/25). Projektipäällikkö olisi jälkeempään tehnyt kyselyyn pienen muutoksen kohtaan, mitä hiljaisen raportoinnin onnistuminen mielestäsi edellyttää (itseltä, muilta, koko työyhteisöltä). Tämä olisi voinut numeroida omaksi kysymykseksi luokittelun helpottamiseksi. Potilasmäärän ja potilaiden hoitoisuuden vaikutusta tuloksiin olisi ehkä saanut vähennettyä pidemmällä mittausjaksolla.

7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA

7.1 Arviointi

Kehittämiprojektin lähtökohdat olivat hyvät. Kohdeorganisaatio oli aloittanut SHQS - laatuohjelman potilaslähtöisten palvelujen laadun kehittämiseksi ja tehnyt sisäisen auditoinnin 2013, jonka yhteydessä yksikkö sai erityismainintoja aktiivisesta arvokeskustelukäytännöistä ja meneillä olevista kehittämistoimenpiteistä. Kehittämistyötä päätettiin tarjota yksikön kehittämispäivällä yamk-opinnäytetyöksi. Kun kehittämistyötä tarjottiin aiheeksi ylempää ammattikorkeakoulututkintoa suorittaville, siinä vaiheessa oli selvillä yksikön yhteyshenkilö, kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja mikä on kehittämistyön taustalla. Tähän kehittämistyöhön oli sen vuoksi hyvä sitoutua.

Kehittämiprojektin työ- ja tiedotussuunnitelma auttoivat hahmottamaan työn laajuutta ja aikataulutusta. Nämä yhdessä riskikartoituksen ja budjettisuunnitelman kanssa helpottivat projektipäällikön työskentelyä. Projektipäällikön toimesta projektiryhmä pääsi tutustumaan kantasairaalassa hiljaista raportointia käyttävään sisätautiyksikköön, joka oli toiminnaltaan kohdeyksikön kaltainen. Tätä ei työsuunnitelmaan suunniteltu, mutta vierailu koettiin antoisaksi, avartavaksi ja motivoi projektiryhmää kehittämistyössä.

Tiedottaminen ja viestintä hoituivat muutoin suunnitellusti, mutta tähän lisäyksenä tuli projektipäällikön esitys kehittämiprojektin tuloksista posterina sairaanhoitajapäivillä. Kehittämiprojektin riskianalyysi tehtiin Swot -analyysin pohjalta arvioiden projektin vahvuuksia, mahdollisuuksia, uhkia ja heikkouksia. Mahdollisena heikkoutena tai uhkana projektipäällikkö arvioi sitä, jos ei saa opintovapaata loppuraportin kirjoittamisen aikaan. Tällöin riskinä olisi se, ettei projektin loppuraportti valmistuisi ajallaan. Tulosten esittäminen sairaanhoitajapäivillä auttoi myös loppuraportin kirjoittamista, jolloin aikataulua saatiin kurottua kiinni. Suunniteltu budjetti piti. Menot olivat suunniteltua pienemmät, koska

edestakaisia matkoja ei ollut suunniteltu määrää. Matkakuluihin budjetoitiin 27 edestakaista matkaa. Toteutuma oli 11 edestakaista matkaa.

Projektipäällikkyyks oli ensimmäinen kokemus projektipäällikkönä toimimisesta. Oppimisprosessi oli suuri. Asiantuntijuus kasvoi projektin edetessä ja projekti-johtajuus vahvistui. Projektin vetovastuu ja yleinen johtaminen hoituivat. Keskenäisyyden tieto lisääntyi kehittämisprojektin aikana. Kehittämisprojektin aihe on keskeisimpiä sairaanhoitajan työn sisällöistä ja siksi projektipäällikkyyks oli motivoivaa. Työelämämentorin tuki projektipäällikölle oli asiantuntevaa ja hyvin sitoutunutta. Opinnäytetyön ohjauksen avulla kirjallinen työ eteni ajallaan ja mahdollisti osaltaan aikataulussa pysymisen ja projektin turvallisen toteutuksen. Projektipäällikkö huolehti käytännön järjestelyistä mm. kokouskutsujen ja muistioiden laatimisesta, mittauslomakkeiden tulostamisesta, niiden toimittamisesta yksikköön ja poishakemisesta.

Projektiryhmä koostui projektipäällikön lisäksi yksikön apulaisosastonhoitajasta ja kahdesta kirjaamisesta vastaavasta sairaanhoitajasta. Yksikön apulaisosastonhoitaja siirtyi projektin aikana toisen yksikön osastonhoitajaksi, mutta jatkoi projektiryhmässä. Lisäksi toinen kirjaamisesta vastaava sairaanhoitaja vaihtui keväällä projektin suunnitelmavaiheessa. Projektiryhmä kokoontui kolme kertaa projektin aikana. Projektiryhmä kehitti kevään 2014 aikana kirjaamista kantasairaalan yhteisen ohjeistuksen mukaan ja sen pohjalta sovittiin yksikössä kokeiltava hiljaisen raportoinnin toimintatapa. Projektiryhmä suunnitteli suullisen ja hiljaisen raportoinnin mittaustavan ja – lomakkeen. Lisäksi suunniteltiin hiljaisen raportoinnin kokeilun jälkeen sähköpostitse toteutettua webropol-pohjaisen kyselyn kysymykset. Kehittämistyöhön oli aito tarve. Henkilökunta oli halukas muutokseen. se oli sitoutunut kehittämisprojektiin ja antoi sille tukensa, mistä todisteena oli kyselyyn vastanneiden määrä 23/25.

Ohjausryhmä muodostui ylihoitajasta, hoitotyön suunnittelijasta, osastonhoitajasta, apulaisosastonhoitajasta ja opinnäytetyön ohjaajasta. Ohjausryhmän rooli oli vähäinen. Ohjausryhmälle tiedottaminen tapahtui sähköpostitse. Yksi tapaminen suunniteltiin tulosten esittelemiseksi viikolle 5 tammikuun lopulle 2015. Tämä ei toteutunut, miksi? Projektipäällikön aikataulujen sovittaminen oli mel-

koinen haaste. Kehittämiprojektin tulokset eivät valmistuneet tammikuun lopulle. Samaan aikaan sovitettavia asioita oli useita: projektipäälliköin päivätyö, kehittämiprojektin tulosten kirjoittaminen ja saaminen valmiiksi ja sairaanhoitajapäivien posteriesityksen teko.

7.2 Pohdinta

Kertaluonteisen kehittämiprojektin avulla saatiin näyttöä sekä suulliseen että hiljaiseen raportointiin kuluva ajasta. Tutkimusongelmiin saatiin siis vastaus. Lomakkeet toimivat hyvin molempien raportointitapojen ajan mittauksessa. Jonkin verran jäi hiljaisen raportoinnin mittausjaksolta yövuoroon tulevien raporteilla mittauksia tekemättä (viitenä kertana viideltä hoitajalta). Mittauslomakkeisiin kirjattiin ylös myös raportoitavien potilaiden lukumäärä ja osaston kokonaispotilasmäärä. Niiden havainnollistaminen samaan kuvioon ajankäytön kanssa ei toteutunut, koska mitattiin eri asioita (aikaa, määrää ja hoitoisuutta). Siksi päädyttiin kuvaamaan asiaa kirjallisesti.

Kehittämiprojektin tuotoksena sisätautiosastolle saatiin luotua toimintamalli, jonka pohjalta hiljaista raportointia oli mahdollista toteuttaa ja se jäikin sellaiseenaan osastolle käyttöön. Projektiryhmässä sovittu tarkistuslista eli toimintatapa, jolla hiljaista raportointia toteutettiin, koettiin toimivaksi. Siitä osoituksena saattoi olla se, ettei hiljaisen raportoinnin kokeilun aikana tullut yhtään Haiproilmoitusta.

Kehittämiprojektin myötä henkilökunta koki, että kirjaaminen parantui huikeasti. Oman työn suunnitelmallisuus, työn hallinta ja vastuunotto lisääntyivät. Muiden hoitotyöntekijöiden arvostaminen nousi, mikä näkyi työtyytyväisyytenä. Ajankäyttö tehostui, ylityöt vähenivät ja joustavuus lisääntyi. Potilaat olivat tyytyväisempiä, kun hoitajien tavoitettavuus oli parempi. Lisäksi potilaiden jatkohoitasiat saatiin aamuvuoron aikana järjestettyä. Tämä tuli esille henkilökunnalle lähetetyssä kyselyn vastauksissa. Henkilökunta antoi siitä myös palautetta projektiryhmäläisille esimerkiksi pukuhuoneessa tai kahvipöydässä.

Jatkossa yksikössä tarvitaan lisää tietokoneita ja tietokonekatkoksiin on varauduttava. Lisäksi on suunniteltava, missä hiljaista raportointia voidaan toteuttaa. Raportointikäyttöön tarkoitettu huone olisi hyvä merkata. Uusien työntekijöiden perehdytys on mietittävä, kun käytetään hiljaista raportointia. Lisäksi on mietittävä, miten opiskelijat toteuttavat hiljaista raportointia; itsenäisesti vai yhdessä ohjaajan kanssa? Hiljainen raportointi ei saisi poistaa suullista tiedonantoa, keskustelua tai kommunikaatiota eikä luoda sellaisia rajoja, ettei tutustuta toisenkin moduulin potilaisiin.

Yksikössä on tällä hetkellä käytössä hiljainen raportointi sekä iltavuorossa että yövuorossa kokeillun mallin mukaan. Mielipidettä kokeilun ottamisesta käyttöön kysyttiin hoitohenkilökunnalta ja kaikki olivat valmiita siirtymään näillä raporteilla hiljaiseen raportointiin. Nyt kokeiltu hiljaisen raportoinnin malli on sovellettavissa muihinkin samankaltaisiin yksiköihin. Hiljaisen raportoinnin käyttö mahdollistaa siirtymisen ergonomisen työajankäyttöön.

LÄHTEET

- Erkko Päivi 2011. Projektin loppuraportti eNNi 2. Turun ammattikorkeakoulu. (Viitattu 12.5.2015). Saatavissa: projektori.turkuamk.fi/projektit/2274/enni2_Loppuraportti_2011.docx
- Finnish Consulting Group. Rafaela hoitoisuusluokitusjärjestelmä. Viitattu 16.4.2015. <http://www.rafaela.fi>.
- Hallila, L (toim.).2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki. Tammi.
- Hassinen, T. 2012. Hoitotyön systemaattisen kirjaamismallin sisällön laadun arviointi Turun yliopistollisessa keskussairaalassa 2012. Versio 0,1.
- Henkilötietolaki 1999. 1999/523. Viitattu 27.1.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1999/199905>.
- Hirsijärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Kerr, M.P. 2002. A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. Journal of Advanced Nursing. Vol. 37, No 2/2002, 125-134.
- Kuusisto, A. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tietotekninen osaaminen - Tutkimus tiedoista, taidoista ja asenteesta. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Viitattu 16.3.2014. <https://uta17-kk.lib.helsinki.fi/handle/10024/80421>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. 17.8.1992/785. Viitattu 27.1.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 2007. 9.2.2007/159. Viitattu 27.1.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>.
- Lamond, D. 2000. The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. Journal of Advanced Nursing. Vol. 31, no 4/2000, 794-804.
- Laukkanen, L.; Lehti, T.; Hassinen, T. & Hupli, M. 2012. Hiljainen raportointi Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja. Sarja A. No 11/2012.
- Lento, M. 2007. Hoitaja elektronisen potilaskertomuksen käyttäjänä. Teoksessa Lungrén- Laine, H.; Salanterä, S.; & Haapalainen- Suomi, S. (toim.). Näkökulmia hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A 53/2007.
- Majjala, R. 2013. Toiminnan ja rakenteiden kehittäminen TyksVakka-Suomen sairaalassa.
- Menetelmäopetuksen tietovaranto. 2008. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 16.4.2014. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/index.html>
- Nykänen, P.; Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokerptomusten käytettävyys. Tietojenkäsittelylaitos. Tampereen yliopisto. Julkaisusarja D - verkkojulkaisut.
- Nykänen, P. & Junntila, K. 2011. Hoitotyön moniammatillinen kirjaaminen: asiantuntijatyöryhmän tilanne ja tehtävät. Sairaalaviesti No 1-2/2011, 29-30.

Nätti, H. 2008. Hoitotyön raportoinnin kehittäminen Turun Kaupunginsairaalan sisätautiosastolla. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveiden edistämisen koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Pelander, T. & Kirjonen, S. 2010. Raportoinnin kehittäminen Salon aluesairaalan lasten- ja korvatautien yksikössä. Teoksessa von Schantz, M.; Toivonen, H. & Lind, K. (toim.) 2011. Asiantuntijana terveysalan muuttuvilla työmarkkinoilla. Aluevaikuttavuutta ASTE-projektilla. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 104. Turun ammattikorkeakoulu. Turku. 5.

Puumalainen, A.; Långstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen. Tutkiva hoitotyö. Vol. 1, No 1/2003, 4-9.

Salo, R. 2005. Saumattomat palveluketjut. Teoksessa Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki. Tammi, 125.

Saranto, K. & Sonninen, A. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K.; Ensio, A.; Tanttu, K. & Sonninen, A. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki. WSOY.

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi projektinvetäjän käsikirja. Työministeriö. Helsinki. Konsulttitoimisto Planpoint Oy.

Sorsa, K. 2011. Hoitotyön tiedonhallinta sairaanhoitajakoulutuksen opetussuunnitelmassa. Pro Gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos.

STM 2003. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:38. Helsinki.

STM 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 298/2009. Viitattu 27.1.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>.

Strople, B. & Ottani, P. 2006. Can Technology Improve Intershoft Report? What the Research Reveals. Journal of Professional Nursing. Vol. 22, No 3/2006, 197-204.

Suomen perustuslaki 1999. 11.6.1999/731. Viitattu 27.1.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. uudistettu painos. Vantaa. Hansaprint Oy.

Turtiainen, T. 2005. Hoitotyön kirjaamiseen perustuva raportointikäytäntö osastolla K10 Helsingin lasten ja nuorten sairaalassa. Teoksessa Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu. Tammi. Otavan kirjapaino Oy

Turunen, S. 2008. Hoitotyön tiedonhallinta lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuudessa. Pro Gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Viitattu 16.4.2014 <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012a. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 16.4.2014 <http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012b. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Viitattu 16.4.2014 http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/htk_ohje_verkko14112012.pdf

Tyks Vakka-Suomen sairaalan sisäisen auditoinnin raportti. 2013. CobyrightLabquality Oy. Qualitor 2013

Tyks Vakka-Suomen sairaala. 2014. Viitattu 18.1.2014.
<http://www.vakkasuomensairaala.fi/fi/464>.

TyksVakka-Suomen sairaala. TyksVakka-Suomen sairaalan strategia v. 2013-2015. Pro Hr Group.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2007. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007-2015. Turku. Finepress Oy.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 2009. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot-hanke (Hoidata-hanke) 9/2007-10/2009. Loppuraportti. 30.11.2009. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Hallintokeskus.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2010. Hoitotyön toimintaohjelma vuosille 2010-2015. PT20s – Sekpro/Euraprint.

Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. 1.-3. painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Suulliseen raportointiin kuluva ajan mittaus

Lomake täytetään jokaisella raportilla. Raportin pitäjä vastaa siitä, että lomake tulee täytettyä. Hän täyttää lomaketta raportin aikana ja välittömästi sen jälkeen tai raportilla sovitaan, kuka lomaketta täyttää. Lomake annetaan seuraavalle raportin antajalle. Opiskelijan pitämästä raportista täytetään samat tiedot kuin hoitajienkin raportista, mutta merkinnät tehdään eri lomakkeelle. Keskeytyksen syytä kirjattaessa on huomioitava, että keskustelu/kysymykset potilaan asioista kuuluvat raportointiin eivätkä ole keskeytyksen syytä. Jos raportilla keskustellaan muusta kuin potilaisiin liittyvistä asioista, merkitään ne keskeytyksiin.

Täytetyt lomakkeet palautetaan kansliassa olevaan laatikkoon välittömästi vuorokauden päätyttyä.

Ongelmatilanteissa lisätietoja saa Outilta, Marjolta, Kirstiltä tai Tuijalta.

Viikot 39 - 40		Pvm + viikonpäivä			
Raporttitilanne		y = yöhoitajan raportti aamu- vuorolaisille	A= aamuvuorolaisen raportti aamu- vuorolaisille	I= aamuvuorolaisen raportti iltavuorolaisille	Y= iltavuorolaisen raportti yövuorolaisille
Moduuli 1 tai 2 tai 1+2					
1. Kesto	raportti alkoi klo				
	raportti päättyi klo				
2. Keskeytykset	syy				
	määrä				
3. Raportin antaja: sh, ph/lh, sh-opiskelija					
4. Raporttia vastaanottavien hoitajien lukumäärä					
5. Raportoitavien potilaiden lukumäärä					
6. Osaston kokonaispotilasmäärä					

Hiljaiseen raportointiin kuluvan ajan mittaus

Lomake täytetään, kun tullaan iltavuoroon tai yövuoroon.

Täytetyt lomakkeet palautetaan kansliassa olevaan laatikkoon välittömästi raportin päätyttyä.

Ongelmatilanteissa lisätietoja saa Outilta, Marjolta, Kirstiltä tai Tuijalta.

Viikot 44 - 45		Pvm + viikonpäivä	
Raporttitilanne		I= aamuvuorolaisen raportti iltavuorolaisille	Y= iltavuorolaisen raportti yövuorolaisille
1. Kesto	raportti alkoi klo		
	raportti päättyi klo		
2. Keskeytykset	syy		
	määrä		
3. Tarkennettuun raporttiin käytetty aika (suullisesti saatu raportti)			
4. Raportin vastaanottaja: sh, ph/lh, sh-opiskelija			
5. Raportoitavien potilaiden lukumäärä			
6. Osaston kokonaispotilasmäärä			

Kysely hiljaisen raportoinnin kokeilun kokemuksista

1. Olen sairaanhoitaja perus-/lähihoitaja

Ole hyvä ja vastaa seuraaviin kysymyksiin vapaasti kirjoittamalla sekä rastittamalla viimeisestä kysymyksestä yksi vaihtoehto.

2. Mitkä olivat mielestäsi hiljaisen raportoinnin edut kokeilussa?
3. Mitkä olivat mielestäsi hiljaisen raportoinnin haitat kokeilussa?

Mitä hiljaisen raportoinnin onnistuminen mielestäsi edellyttää (itseltä, muilta, koko työyhteisöltä)?

4. Minkälaisia muutoksia toivoisit nyt kokeiltuun hiljaisen raportoinnin malliin?
5. Haluaisitko ottaa hiljaisen raportoinnin käyttöön?

- Kyllä
En osaa sanoa
En

KYSELYN SAATEKIRJE

Hiljaisen raportoinnin käyttöönotto

10.11.2014

Hyvä sairaanhoitaja tai perushoitaja/lähihoitaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on selvittää raportointiin kuluva aika ennen hiljaiseen raportointiin siirtymistä ja hiljaisen raportoinnin aikana. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa hoitotyöntekijöiden mielipiteitä hiljaisen raportoinnin kokeilusta. Tutkimuksen tarkoituksena on saada objektiivista näyttöä suulliseen ja hiljaiseen raportointiin kuluva ajasta sekä muokata hiljaisen raportoinnin mallia hoitajilta saadun arviointitiedon pohjalta ja näin tukea henkilökunnan siirtymistä hiljaiseen raportointiin.

Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana Vakka-Suomen sairaalan organisaation toiminnan ja kehittämisen hankkeeseen.

Sinun vastauksesi ovat arvokasta tietoa osaston siirtyessä hiljaiseen raportoinnin malliin. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn tulokset tullaan raportoidaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Ole ystävällinen ja vastaa 23.11. mennessä tämän sähköpostin mukana tulevan linkin kautta.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Marjo Salmela, yliopettaja TtT, Turun amk/Terveysala.

Vastauksistasi kiittäen

Hanna Aaltonen
Sairaanhoitaja/Turun yamk-opiskelija
050 3514238
hanna.aaltonen@students.turkuamk.fi

Tarkistuslista hiljaiselle raportille (klo 13.30 - 14.30)

Jokainen voi lukea tiedot itselle sopivassa järjestyksessä.

1. Potilastiedot Miratelin potilaspöytäkirjasta
2. Hoitopäivä: hoidon tarve, tavoitteet, hoitotyön suunnitelma, päivän tapahtumat

Tarkista hoitopäiväkohdasta potilaan tulosyy: mikä vaiva ja minkälaisia sairauksia potilaalla on ja siihen liittyvät hoitokeinot, labrat ja vitatit.

Tarkenna/lue tarvittaessa tuloteksti ja/tai viimeisin decursus. telemetria- ja eristystieto pitäisi näkyä hoitotyön suunnitelmassa.

3. Keskeiset tiedot, pysyväistiedot, riskitiedot
4. Hoitotaulukko
5. Lääkitys
6. Labrat/tutkimustulokset
7. Määräykset

Suullisessa tiedonannossa hiljaisen raportin tueksi/lisäksi (klo 14.30 - 15.00):

Kotiin lähtevät/os:lle tulevat

Eristykset/telemetria

Keskeneräiset asiat

Muuttuneet määräykset

TUTKIMUSTIEDOTE

Hiljaisen raportoinnin käyttöönottoon liittyvä tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä, joka liittyy Vakka-Suomen sairaalan organisaation toiminnan ja kehittämisen hankkeeseen. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää raportointiin kuluva aikaa ennen hiljaiseen raportointiin siirtymistä ja hiljaisen raportoinnin aikana. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa hoitotyöntekijöiden mielipiteitä hiljaisen raportoinnin kokeilusta. Tutkimuksen tarkoituksena on saada objektiivista näyttöä suulliseen ja hiljaiseen raportointiin kuluva ajasta sekä muokata hiljaisen raportoinnin mallia hoitajilta saadun arviointitiedon pohjalta ja näin tukea henkilökunnan siirtymistä hiljaiseen raportointiin.

Tutkimusaineistoa kerätään mittaamalla raportointiin kuluva aikaa ja webropol-pohjaisella kyselyllä sisätautiosaston hoitohenkilökunnalta (N=25). Aineiston keruu tapahtuu mittaamalla tämänhetkiseen raportointiin kuluva aikaa 22.9. - 6.10. välisenä aikana. Hiljaista raportointia kokeillaan loka-marraskuussa 13.10 - 9.11. Hiljaiseen raportointiin kuluva aikaa mitataan kokeilun loppupuolella 27.10 - 9.11. Raportointien ajan mittauksiin osallistuminen on vapaaehtoista, mutta luotettavien tutkimustulosten saamiseksi aikojen huolellinen mittaaminen ja dokumentointi olisi tärkeää. Hiljaisen raportoinnin kokeilusta ja raportointiaikojen mittaamisesta oheistetaan hoitohenkilökuntaa erikseen sekä suullisesti että kirjallisesti. Webropol-kysely hiljaisen raportoinnin kokeilun kokemuksista tehdään 10. - 23.11. Aineistoa hyödynnetään opinnäytetyönä toteutettavan kehittämisprojektin loppuraportissa. Tutkimuksesta saa lisätietoja.

Hanna Aaltonen, yamk-opiskelija

Terveysala

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

050 351 4238

hanna.aaltonen@students.turkuamk.fi

Aineiston luokittelu

Kysymys 2. Hiljaisen raportoinnin edut kokeilussa

Ajan käyttö

- pääsi ajallaan kotiin (9)
- aikaa potilaiden hoitoon (7)
- aikaa kotiuttamiseen (7)
- aikaa potilassiirtoihin ja –kuljetuksiin (5)
- ylityöt väheni (5)
- aikaa kierrolta tulevien asioiden hoitoon (4)
- aikaa omaisille (3)
- aikaa asioiden hoitoon (3)
- vähemmän aikaa raporttiin (2)
- osastolla on puhelimeen vastaajia (2)
- kiireen aiheuttama stressa väheni ja tuli työrauha (2)
- ajankäyttö järkeistyi (2)
- ajankäyttö tehostunut
- aikaa työntekoon
- raportin odottelua ei ole
- aikaa kirjaamiselle

Kirjaaminen

- kirjaaminen parempaa (5)
- kirjaaminen lisääntyi (2)
- kirjaamiskäytännöt paranivat
- panostettu kirjaamiseen
- huomaa, mitä pitää kirjata
- kirjaaminen kehittynyt
- kirjaaminen asiallisempaa

Muut edut

voi lukea tarvitseman tiedon (2)
yksilöllinen raportointi (2)
arjen joustavuus (2)
yksilöllinen tutustuminen potilastietoihin
sujuva siirtyminen moduulista toiseen
tiedon saanti yhdenmukaista
tiedon saanti jokaisen vastuulla
työn helpottuminen
iltapäivän rauhoittuminen
työilmapiiri parantunut
toiminta sujuvoittunut

Kysymys 3. Hiljaisen raportoinnin haitat kokeilussa

Tietokoneisiin liittyvät haitat

tietokoneiden vähäisyys (13)

Kirjaamiseen liittyvät haitat

vähäinen kirjaaminen (2)
kirjaamisen ollessa vähäistä kokonaiskuva suullisen raportoinnin varassa
tiedot päivittämättä
hiljaisen raportoinnin jälkeiset kirjaukset

Ajankäyttöön liittyvät haitat

uusilla työntekijöillä menee aikaa tiedon etsimiseen
ei ehdi kirjata
yövuoroon tulevilla liian lyhyt lukuaika
hiljaisen raportoinnin aika ja sen hallinta

Opiskelijoihin liittyvät haitat

opiskelijat eivät välttämättä osaa etsiä tarvittavaa tietoa (2)
opiskelijat eivät opi sitä, mihin huomio pitää kiinnittää

opiskelijat eivät opi raportin pitoa

Muut haitat

keskustelu jää pois (3)

tila

työkalut

epävarma olo kentällä

Kysymys 3 Hiljaisen raportoinnin onnistumisen edellytyksiä kokeilussa

Kirjaaminen

edellyttää hyvää kirjaamista (8)

edellyttää perehtymistä kirjaamiseen/kirjauksiin

edellyttää yhteisiä pelisääntöjä

edellyttää hoitopäivän päivittämistä

edellyttää, että tärkeät tiedot on kirjattu hoitopäivän "lääkärin määräykset" osion lisäksi määräyksiin

Tietokoneet

riittävästi tietokoneita (7)

laitejärjestelyt

laitteiden ja ohjelmien toimivuutta

Tila

rauhallinen tila (4)

tilajärjestelyt

Muut edellytykset

opiskelijoiden tavoitteena ei voi olla suullisen raportoinnin kehittäminen

kommunikointi ei saa kärsiä

tietoturva- ja salassapitoasiat ja -ohjeet tiedossa kaikilla

potilastietoja käytetään ja luetaan työaikana

joustavuutta

Kysymys 4. Toivotut muutokset hiljaisen raportoinnin kokeilussa

Kirjaamiseen liittyvät muutokset

lisäkoulutusta kirjaamisesta

yhteiset pelisäännöt: mitä kirjataan minnekin ja keskeisten tietojen käyttö/hyödyntäminen

Koneisiin liittyvät muutokset

lisää tietokoneita (4)

riittävästi tietokoneita (3)

joustoa tietokoneiden käyttöön

4-5 tietokonetta lisää

kiinteät koneet vain hiljaisen raportoinnin käyttöön

Tilaan liittyvät muutokset

rauhallinen tila (3)

tietty paikka

Aikaan liittyvät muutokset

enemmän lukuaikaa

yöhoitajan raportti suullisesti

Muut muutokset

lukurauha

raportointimallista info lääkäreille

yöhoitaja päästää iltahoitajat kotiin, vaikka raportin lukeminen olisi kesken

mahdollisuus hiljaiseen raportointiin aamuvuorossa