



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

SUUNNITELMALLISESTI KOHTI

HILJAISTA RAPORTOINTIA

Tarja Harjula

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2016
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma

HARJULA, TARJA:
Suunnitelmallisesti kohti hiljaista raportointia

Opinnäytetyö 80 sivua, joista liitteitä 13 sivua
Huhtikuu 2016

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hiljaisen raportoinnin edellytyksiä ja laatia suunnitelma hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymisestä Valkeakosken aluesairaalan sisätautien vuodeosastolla. Opinnäytetyön tehtävinä olivat: 1. Mitä hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtyminen edellyttää? 2. Miten hiljaiseen raportointikäytäntöön siirrytään suunnitellusti?

Tavoitteena oli opinnäytetyöstä saatujen tulosten pohjalta laatia suunnitelma, jota hyödynnetään hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymisessä. Suunnitelman tavoitteena on tukea ja ohjata hiljaiseen raportointiin siirtymistä. Suunnitelmallinen siirtyminen hiljaiseen raportointikäytäntöön lisää muutoksen onnistumista, helpottaa hoitohenkilökuntaa uuden raportointimallin omaksumisessa ja turvaa potilaiden hoidon turvallisuuden ja jatkuvuuden.

Opinnäytetyö oli laadullinen ja toteutettiin kehittämistoiminnan muodossa. Kehittämistoiminta tehtiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Valkeakosken aluesairaalan sisätautien vuodeosaston kanssa. Tutkimusaineisto kerättiin SWOT-analyysillä ja benchmarking-haastattelulla. Aineistosta SWOT-lomakkeet analysoitiin induktiivisella sisällön analyysimenetelmällä ja benchmarking-haastatteluaineistosta poimittiin hiljaiseen raportointikäytännön suunnitteluun, valmisteluun ja toteutukseen liittyviä teemoja.

Tulokset osoittivat, että hoitohenkilökunta tarvitsee informaatiota, osallistumis- ja vaikutusmahdollisuutta muutoksessa, esimiestukea ja kirjaamiskoulutusta ennen hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymistä. Tuloksissa keskeisimpinä hiljaisen raportoinnin onnistumisen edellytyksinä todettiin yhtenäinen kirjaaminen, potilaiden hoitosuunnitelmat ja omahoitajuus. Rauhallinen raportointitila ja kunnossa olevat tietotekniset asiat nähtiin tärkeinä hiljaiseen raportointiin siirtymisessä. Hiljaisen raportointikäytännön uskottiin lisäävän aikaa välittömään potilastyöhön ja mahdollistavan työaikajärjestelyt. Kirjaamisen todettiin vievän aikaa, mutta parantuvan aikaa myöten. Vuorovaikutuksen ja kollegiaalisen avun pelättiin vähentyvän.

Opinnäytetyön tulosten perusteella hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtyminen vaatii hyvää suunnittelua, hoitohenkilökunnan tiedottamista ja muutosprosessiin mukaan ottamista. Opinnäytetyössä on esitetty suunnitelmaehdotus hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymisestä, jossa on otettu kantaa hiljaisen raportoinnin edellytyksiin ja keinoihin.

Asiasanat: hiljainen raportointi, kehittäminen, suunnitelma

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master`s Degree Programme in Development and Management of Health Care and Social Services

HARJULA, TARJA:
Methodically towards Silent Reporting

Master`s thesis 80 pages, appendices 13 pages
April 2016

The purpose of this thesis was to establish the requirements of the silent reporting system and to create a plan how to transfer into the silent reporting system in the medical ward of Valkeakoski local hospital.

The aim of this study was to create a plan based on the results of this thesis. The aim of this plan was to support and guide in transfer to silent reporting system. To move in a planned way will increase a successfulness of change and help the nursing staff to assume the new reporting system.

The research methodology was qualitative research and it was carried out by using development work. It was conducted in co-operation with the medical ward of Valkeakoski local hospital. The data were collected by means of SWOT analysis and benchmarking interview. The data were analyzed through inductive content analysis.

The results showed that the nursing staff will need information, opportunity of participation, support from the head nurse and the education of nursing documentation before initialization of the silent reporting system. The successful requirements of the silent reporting system were consistent documentation, patients` nursing plans and primary nursing. The silent reporting system was presented to release more time for imminent nursing practice and to enable organization of work timetables. The documentation was seen take time but it improved in the long run. It was suspected that the communication and collegial help would decrease.

The initialization of the silent reporting system will require good planning, dissemination of information to the nursing staff and opportunity to take part in change.

Key words: silent reporting system, development, plan

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	8
3	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	9
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	10
4.1	Prosessijohtaminen	10
4.2	Hoitotyön raportointi	11
4.2.1	Suullinen raportointi	12
4.2.2	Hiljainen raportointi	13
4.2.3	Hiljaisen raportoinnin edellytykset ja siirtyminen hiljaiseen raportointikäytäntöön	14
4.2.4	Rakenteinen kirjaaminen.....	17
4.2.5	Hoitotyön kirjaamista ohjaava lainsäädäntö	18
4.3	Kirjallisuuskatsaus	19
4.3.1	Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen.....	20
4.3.2	Kirjallisuuskatsauksen tulokset.....	22
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS	26
5.1	Laadullinen tutkimusmenetelmä.....	26
5.2	Kehittämistoiminta.....	27
5.3	Aineiston keruumenetelmät ja toteutus.....	28
5.3.1	SWOT-analyysi.....	29
5.3.2	SWOT-analyysin toteuttaminen.....	30
5.3.3	Benchmarking	31
5.3.4	Benchmarking-haastattelun toteuttaminen.....	32
5.4	Aineiston analyysi.....	33
5.4.1	Aineiston analyysin toteuttaminen.....	35
6	TULOKSET	38
6.1	SWOT-analyysin tulokset.....	38
6.1.1	Vahvuudet	38
6.1.2	Heikkoudet	39
6.1.3	Mahdollisuudet.....	40
6.1.4	Uhat.....	41
6.1.5	Yhteenveto	42
6.2	Benchmarking-haastattelun tulokset.....	43
6.2.1	Hiljaisen raportointikäytäntöön valmistautuminen ja siirtyminen.....	43
6.2.2	Hiljaisen raportointikäytännön toteutus	44
6.2.3	Hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymisen edellytykset.....	45

6.2.4 Hiljaisen raportointikäytännön hyödyt ja kielteiset kokemukset	46
6.2.5 Uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttäminen	47
7 POHDINTA	48
7.1 Eettisyys	48
7.2 Luotettavuus	51
7.3 Tulosten tarkastelu	55
7.4 Suunnitelmaehdotus hiljaiseen raportointiin siirryttäessä	57
7.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	60
LÄHTEET	63
LIITTEET	68
Liite 1. Alkuperäistutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit	68
Liite 2. Kirjallisuushaussa käytetyt tietokannat	69
Liite 3. Hakusanat ja tiedonhaut tietokannoittain	70
Liite 5. Alkuperäistutkimusten laadun arviointilomake	75
Liite 6. SWOT- analyysilomake	76
Liite 7. Informaatiokirje osallistujille	77
Liite 8. Benchmarking- haastattelurunko	78
Liite 9. Informaatiokirje benchmarking- haastateltavalle	79
Liite 10. Tietoinen suostumuslomake	80

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsauksessa on pohdittu tulevaisuuden työelämää. Tulevaisuus työelämässä tuo epävarmuutta ja suuria muutoksia. Monia itsestään selviä asioita joudutaan pohtimaan uudestaan, koska työn tekemisen tapa on muuttumassa monin tavoin. Tietotekniikka on muuttanut nopeassa tahdissa työelämää, taloudellinen tilanne on tiukkaa eikä henkilöstön määrää voida enää kasvattaa. On löydettävä tehokkaampia ja taloudellisempia työskentelytapoja. (Metsämuuronen 2012; Mattila-Wiro 2014.)

Hoitotyössä on vaadittu uusia keinoja säästää ja arvioitu nykyisiä työskentelymalleja. Eräänä kehittämiskohteena on ollut hoitotyön raportointi, jota on tutkittu Suomessa ja maailmalla. Raportointitavan muutoksella on todettu säästettävän aikaa varsinaiseen hoitotyöhön ja mahdollistavan myös työaikajärjestelyt (Laukkanen, Lehti, Hassinen & Hupli 2012, 24–27). Perinteinen suullinen viestintä on vielä yleisemmin käytetty raportoinnin muoto hoitotyössä työvuorojen vaihtuessa. Suullisen raportoinnin ongelmana ovat olleet suullisen raportoinnin sisältö, sen viestittämiseen ja vastaanottamiseen liittyvä tulkinta ja ymmärtäminen. (Saranto & Ikonen 2007, 160.) Perinteinen suullinen raportti vie paljon työaikaakaan eikä se vastaa nykypäivänä hoitotyön haasteisiin (Ruuskanen 2007, 20–21). Hoitotyössä tyypillistä ovat raportointitilannetta muut häiritsevät tekijät kuten toistuvat keskeytykset puhelimen tai potilaskellojen soidessa (Saranto & Ikonen 2007, 160).

Hallilan (2005, 125) mukaan hoitotyön sähköinen kirjaaminen on mahdollistanut raportointimallin muutoksen suullisesta hiljaiseen raportointiin. Sähköinen kirjaaminen yhdenmukaisella rakenteella ja yhteisesti sovittuja luokituksia käyttäen, auttaa terveydenhuollon ammattilaisia löytämään potilaan hoidon kannalta oleelliset tiedot nopeasti suuresta määrästä tietoa. Yhtenäinen sähköinen kirjaaminen edistää tiedonsiirtoa terveydenhuollon organisaation sisällä sekä terveydenhuollon organisaatioiden välillä parantamaan potilaan jatkohoitoa ja potilasturvallisuutta. (Häyrinen 2012, 36–38.)

Sarannon ja Ikonen (2007, 162) mukaan useissa hoitotyön yksiköissä on siirrytty osittain hiljaiseen raportointiin. Hiljaisessa raportointimallissa hoitaja lukee itsenäisesti vuoronsa alussa tiedot sähköisestä potilastietojärjestelmästä niistä potilaista, joita hän

työvuoronsa aikana tulee hoitamaan. Hiljaisen raportoinnin eduksi hoitajat ovat kokee-neet kirjaamisen sisällön tarkentumisen ja raportointiajan lyhentymisen. Raportointiaika oli vähentynyt 20–60 minuuttiin työvuoroa kohden. Raportointitilanteet ovat heidän kokemustensa mukaan muuttuneet ennemminkin työnohjaustilanteiksi, joissa käydään kollegiaalista keskustelua potilaiden hoitoon liittyen. (Saranto & Ikonen 2007, 162.)

Työskentelytapoja ja toimintaa voidaan parantaa prosesseja kehittämällä. Organisaation toiminta-ajatus ja tulevaisuuteen suuntautuva strategia ohjaavat löytämään ne tavoitteet ja vaatimukset, joiden pohjalta prosesseja voidaan tunnistaa, nimetä ja määritellä. (Virtanen & Wennberg 2007, 58, 79; Lecklin & Laine 2009, 211–213.) Prosessiajattelun lähtökohtana on organisaation toiminnan läpinäkyvyyden lisääntyminen. Prosessit lähtevät asiakastarpeista ja toiminnalla pyritään asiakashyödyn tuottamiseen. (Virtanen & Wennberg 2007, 61, 72, 114–115.) Prosessiajattelun ajatellaan lisäävän myös työntekijöiden toiminnan tavoitteellisuutta. Henkilöstö on motivoitunutta ja se kokee olevansa osana kokonaisuutta. Tämä lisää työn mielekkyyttä ja tyytyväisyyttä omaan työhön. (Virtanen & Stenvall 2010, 155.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on käytössä sekä suullinen että hiljainen raportointimenetelmä. Hiljaista raportointia voidaan kutsua myös kirjalliseksi tiedonvälitykseksi tai kirjalliseksi raportiksi. Hoitotyön kirjaamisen ja sähköisen potilaskertomuksen kehittyminen ovat mahdollistaneet suullisten raporttien vähentymisen. Hiljaista raportointimal-lia käytettäessä hoitotyön kirjaamisen merkitys korostuu. Kansliaraporteista pyritään vähitellen luopumaan ja tavoitteena on saada hiljainen raportointimalli pääasialliseksi raportointimuodoksi. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hiljaisen raportoinnin edellytyksiä ja laatia suunnitelma hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymisestä Valkeakosken aluesai-raalan sisätautien vuodeosastolla. Suunnitelman tavoitteena on löytää niitä asioita ja keinoja, jotka auttavat hoitohenkilökuntaa valmistautumaan raportointikäytännön muu-tokseen ja siirtymään hiljaiseen raportointikäytäntöön.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Opinnäytetyö toteutettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Valkeakosken aluesairaalan sisätautien vuodeosastolla. Sisätautien vuodeosaston potilaat ovat akuuttia sisätautista erikoissairaanhoidoa vaativia aikuispotilaita. Tavallisimmat sairaudet tai potilasryhmät, joita siellä hoidetaan, ovat erilaiset infektiot, mahasuolikanavan sairaudet, hematologiset sairaudet, sydänsairaudet, maksa- ja munuaissairaudet, erilaiset syöpäsairaudet, neurologiset potilaat, päihde- ja tutkimuspotilaat. Valtaosa potilaista tulee ensiavun kautta osastolle, mutta myös Taysin eri erikoisaloilta tulee jatkohoitoa tarvitsevia potilaita. Potilaita tulee myös sovitusti kutsuttuna lupapaikalle tutkimuksia varten. Vuodeosastolla on yhteensä 32 potilaspaikkaa. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika on noin 4–5 vrk. (Kaikkonen 2014.)

Sisätautien vuodeosastolla työskentelee osastonhoitaja, 25 sairaanhoitajaa ja 11 perustai lähihoitajaa. Osastohoito on ympärivuorokautista ja hoitajat työskentelevät kolmessa vuorossa (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Työvuorot ja hoitajamäärä (Työvuorotaulukko 1/2014)

Työvuoro yleensä	Hoitajamäärä/työvuoro
Aamuvuoro klo 7–15	6–7
Iltavuoro klo 14–21.30	6–7
Yövuoro klo 21–7.15	2

Työaikoihin on tehty muutoksia porrastamalla työaikoja, erityisesti aamuvuoron ja iltavuoron päättymisajankohtien osalta. Pällekkäistä työaikaa on pystytty vähentämään, koska aamuvuorossa työskentelevä hoitaja antaa vain omista potilaistaan suullisen raportin iltavuoroon tulevalle hoitajalle. Iltavuorossa olevat hoitajat antavat yövuoroon tuleville hoitajille lyhyen suullisen raportin omista potilaistaan. Osastolla on käytössä suullinen raportointimalli. (Kaikkonen 2014.)

Sisätautien vuodeosastolla on otettu käyttöön 2014 vuoden alussa työskentelymalli, jossa hoitajan vastuulla on 4–6 omaa potilasta työvuoronsa aikana. Vastuuhoitaja huolehtii potilaidensa hoidon suunnittelusta ja sen toteuttamisesta, osallistuu lääkärin kierrolle ja huolehtii lääke-, neste- ja ravitsemushoidon toteutumisesta omien potilaidensa osalta. (Kaikkonen 2014.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hiljaisen raportoinnin edellytyksiä ja laatia suunnitelma hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymisestä Valkeakosken aluesairaalan sisätautien vuodeosastolla.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitä hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtyminen edellyttää?
2. Miten hiljaiseen raportointikäytäntöön siirrytään suunnitellusti?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tehdä kehittämissuositus raportointikäytännön muutokseen sisätautien vuodeosastolla. Opinnäytetyöstä saadun tulosten pohjalta tehtyä suunnitelmaa hyödynnetään hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymisessä. Suunnitelman tavoitteena on tukea ja ohjata hiljaiseen raportointiin siirtymistä. Suunnitelmallinen siirtyminen hiljaiseen raportointimalliin lisää muutoksen onnistumista, helpottaa hoitohenkilökuntaa uuden raportointikäytännön omaksumisessa ja turvaa potilaiden hoidon turvallisuuden ja jatkuvuuden.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Teoriataustassa esitellään prosessijohtamista, mitä hoitotyön raportoinnilla tarkoitetaan ja tarkastellaan lähemmin kahta hoitotyön raportointimallia, suullista ja hiljaista raportointimallia. Koska opinnäytetyö käsittelee hiljaista raportointia, tässä luvussa tuodaan esille hiljaisen raportoinnin edellytykset ja siihen siirtyminen. Hieman on valotettu myös rakenteista kirjaamista ja hoitotyön kirjaamiseen liittyvää lainsäädäntöä. Kirjallisuuskatsauksen toteutus ja sen keskeiset tulokset on kerrottu luvun lopussa.

4.1 Prosessijohtaminen

Prosessijohtaminen kuvataan toimintatavaksi, jossa organisaatio toimii ja sitä johdetaan prosessien avulla (Lecklin 2006, 126). Prosessijohtaminen on organisaation toiminnan johtamista myös strategisten tavoitteiden, mission ja vision kautta. Nämä asettavat tavoitteet ja vaatimukset prosesseille, joiden perusteella ne tunnistetaan ja määritellään. (Virtanen & Wennberg 2007, 114–115.)

Prosessiajattelun periaatteena on ajatus tiettyjen toimintojen ketjusta, jonka avulla organisaatio voi luoda arvoa asiakkaalle. Julkisessa toiminnassa on haluttakin korostaa asiakaslähtöisyyttä, joten organisaation tekemisen tulee perustua asiakastarpeille. Prosessi voidaan mieltää jalostusketjuksi, joka sisältää prosessin työvaiheiden sarjan ja siinä mukana olevat ihmiset, koneet, tiedot ja taidot, muut resurssit, menetelmät ja ohjauksen. (Laamanen & Tinnilä 2009, 10; Lecklin & Laine 2009, 40.) Prosessien kuvaamisen avulla organisaatiossa pyritään järjestämään ja tekemään sen toimintatavat näkyviksi. Prosessiorganisaation tehtävänä on tunnistaa, kuvata ja määritellä prosessit. (Virtanen & Wennberg 2007, 114–115.) Suunnitteluvaiheen jälkeen voidaan siirtyä toteuttamisen, arvioinnin ja niistä oppimisen jälkeen kehittämissvaiheeseen. Asetettuja tavoitteita mitataan prosessimittareilla. Saatuja tuloksia analysoidaan ja yritetään löytää uusia ratkaisumalleja tulosten parantamiseksi. Jatkuvassa parantamisessa tuodaan esille analysoinnin merkitystä. Analysoinnissa voidaan hyödyntää erilaisia laatutekniikoita, benchmarkingia, Six Sigmaa, itsearviointia ja Deming/PDCA. (Laamanen & Tinnilä 2009, 40; Lecklin & Laine 2009, 43.)

Julkisessa hallinnossa prosessien johtaminen on lisännyt suosiotaan toiminnan vaikuttavuuden todentamiseksi, lisäksi oletuksena on että, aktiivinen prosessien kehittäminen lisää organisaation toiminnan tuottavuutta, taloudellisuutta ja tehokkuutta. (Virtanen & Stenvall 2010, 148.) Kehittäminen tarkoittaa aina myös muutosprosessia. Henkilöstö, joka työskentelee prosessien parissa, tulisi alusta pitäen ottaa mukaan prosessien määrittämiseen ja kuvaamiseen. Heidän kokemuksestaan ja tietojaan kannattaa hyödyntää uusien ratkaisumallien luomisessa, koska he omaavat parhaan tiedon työn kulusta ja siihen liittyvistä ongelmista. (Lecklin & Laine 2009, 44.)

Kehittämistyölle tavanomaista on prosessinomainen eteneminen sekä erilaisten ratkaisumallien ja etenemisteiden etsiminen. Tärkeä osa prosessiarvioinnissa on saadun tiedon, palautteen ja reflektoinnin perusteella tehdä johtopäätöksiä, joiden avulla pyritään kehittämistoiminta ohjaamaan kohti tavoitteita. Haasteellisinta on kerätyn tiedon hyödyntäminen ja sen muuttaminen oppimisen avulla muutoksiksi toimintaan. (Seppälä-Järvelä 2004, 19, 25,53.)

4.2 Hoitotyön raportointi

Hoitotyössä on monia erilaisia tapoja vaihtaa ja siirtää tietoja työvuorojen vaihtuessa – suullisesti, kirjallisesti, sähköisesti ja näiden eri yhdistelmillä (Hallila 2005, 125). Hoitotyön raportointi on tärkeä hoitotyön osa-alue potilaan päivittäisessä hoitotyössä, mutta hyvän hoitotyön raportin muodostamisen perusedellytyksenä on siitä sovittu yhtenäinen ohje tai runko (Strople & Ottani 2006, 202). Hoitotyön raportoinnin tarkoitus on antaa tietoa seuraavalle työvuorolle hoidossa olevien potilaiden vointiin ja hoitoon liittyvistä asioista sekä siirtää potilaan hoitovastuu hoitotyötä seuraavassa työvuorossa jatkaville hoitajille (Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003, 4; Strople & Ottani 2006, 198; Friesen, White, & Byers 2009, 23). Hoitotyön raportoinnilla on monia muitakin tehtäviä tiedon ja vastuun siirron lisäksi sillä hoitotyön vuoronvaihtoraportti toimii koulutuslisenä, sosiaalisena ja psykologisena foorumina hoitajille. Hoitajilla on mahdollisuus tarkistaa omia hoitotyön päätöksiään, mentoroida nuorempia hoitajia, selviytyä työn aiheuttamasta stressistä ja kokea yhteenkuuluvuutta työryhmään. (Strople & Ottani 2006, 198.)

Työyksikön toiminnoista ja työvuorojärjestelyistä riippuen raportointitilaisuuksia pidetään yleensä kahdesta neljään kertaan päivässä seitsemänä päivänä viikossa (Puumalainen ym. 2003, 4; Riesenber, Leitzsch & Gunningham 2010, 24). Yksittäisen raportin kesto vaihtelee riippuen siitä onko kyseessä aamu-, päivä- vai iltaraportin antamisesta seuraavalle vuorolle (Lamond 2000, 798). Lamondin (2000) tutkimuksen mukaan keskimääräinen raporttiaika oli noin 34 minuuttia. Raportointi on potilaan välillistä hoitotyötä, johon hoitohenkilökunnalta kuluu paljon aikaa. Tutkimusten mukaan jopa 30–50% hoitohenkilökunnan kokonaistyöajasta kuluu raportointiin tai tiedottamiseen (Puumalainen ym. 2003, 4).

Raportointitila tai -ympäristö on usein levoton ja raportoinnin keskeyttävät monesti erilaiset häiriötekijät (Puumalainen ym. 2003, 4). Tehokkaan vuorovaihtoraportin esteeksi on mainittu kommunikaatioon liittyvät ongelmat, kuten yleiset väärinymmärrykset ja erehdykset. Yhtenäisten käytäntöjen, prosessien ja tapojen puute raportoinnissa ja raportointivälineisiin liittyvät ongelmat ovat este tehokkaalle raportoinnille. Ympäristötekijöissä muut tehtävät raportin aikana, meluisa ympäristö tai keskeytykset vaikuttavat raportointiin haitallisesti. Ajan puute ja suuri tai vaativa potilasmäärä vaikeuttivat raportointia. Hoitohenkilökunnan riittämätön harjoittelu tai kouluttamattomuus hoitotyön raportointiin ja muut inhimilliset tekijät estivät tehokkaan raportoinnin vuorovaihtolanteissa. Inhimillisillä tekijöillä tässä tarkoitettiin esimerkiksi stressiä ja ylipitkiä työvuoroja, jotka osaltaan voivat aiheuttaa väsymystä tai unohduksia. (Riesenber ym. 2010, 26.)

4.2.1 Suullinen raportointi

Perinteisellä raportilla tarkoitetaan yleensä suullista raportointia, jota voidaan kutsua myös tiedotustilaisuudeksi. Suullisella raportoinnilla hoitajat siirtävät tiedon seuraavalle työvuorolle potilaspapereista, potilastietojärjestelmistä ja omista muistiinpanoistaan. (Pelander & Kirjonen 2011, 23.) Suullinen raportointi on useimmiten käytännössä sitä, että hoitotyötä toteutetaan muistinvaraiseen tietoon nojautuen. Tämä toimintamalli voi vaarantaa potilasturvallisuuden ja heikentää hoitotyöntekijöiden omaa oikeusturvaa. (Hallila 2005, 125.) Hollyn (2013, 2390) mukaan hoitajat voivat pitää raporttia käyttämällä erilaisia henkilökohtaisia muistilappuja, jotka heitetään pois raportin päätteeksi. Ruuskanen (2007, 15, 43) tuo esille tutkimuksessaan, että potilasasiakirjojen tulisi toi-

mia suullisen raportoinnin perustana ja erityisesti kirjatun hoitosuunnitelman tarkoituksena on ohjata potilaan hoitotyötä.

Suullinen raportti on persoonallinen ja ihmisläheinen tapa toteuttaa raportointia. Hoitaja voi käyttää omia sanojaan ja valita mitä informaatiota potilaista raportoi seuraavan työvuoron hoitajalle. (Holly 2013, 2390–2394.) Suullinen raportointitapa mahdollistaa myös keskustelun asioista, joita ei voi kirjoittaa, esimerkiksi potilaan fyysisestä ja psyykkisestä tilasta (Jeffries, Johnson & Nicholls 2012, 130). Suullinen raportointitilanne voi toimia myös eräänlaisena yleisenä tiedotustilaisuutena, jossa kerrotaan osaston yleisilmapiiristä ja siirretään ns. hiljaista tietoa muille hoitajille (Pelttari 2010, 80). Keskustellessa voidaan arvioida myös hoitosuunnitelmia. Useinkaan nämä keskustelun tulokset eivät näy hoitotyön kirjaamisessa. (Jeffries ym. 2012, 130.) Tutkimuksessaan Jeffries ym. (2012, 136) tuovat esille, että suullinen raportointi antaa kattavampaa tietoa potilaan tilasta ja hoidosta kuin hoitotyön dokumentaatiosta löytyvä tieto. Hoitajat pitivätkin tätä raportointitapaa parempana tapana raportoida (Jeffries ym. 2012, 136).

Suullisen viestinnän taustalla vaikuttavat usein organisaation sisäiset, kulttuuriset, viralliset ja epäviralliset ammattiryhmien väliset suhteet, eri ammattiryhmien keskinäisen kunnioituksen puute, hierarkkisuus ja huono lähijohtaminen. Ongelmia saattaa aiheuttaa lisäksi standardoidun ja strukturoidun tiedonsiirron puute, epäselvät hoitovastuut tiimin sisällä, sukupuoli, etninen tausta ja erilaiset viestintätavat. Näiden tiedonkulkuun vaikuttavien asioiden on todettu myötävaikuttavan merkittäviin yksittäisiin haittai- tai vaaratapahtumiin terveydenhuollossa. (Kupari, Peltomaa, Inkinen, Kinnunen, Kuosmanen & Reunama 2012, 29–31; Helovuori 2012, 2526.)

4.2.2 Hiljainen raportointi

Hallilan (2005, 125) mukaan hoitotyön sähköinen kirjaaminen on mahdollistanut raportointimallin muutoksen suullisesta hiljaiseen raportointiin. Sähköinen kirjaaminen yhdenmukaisella rakenteella ja yhteisesti sovittuja luokituksia käyttäen, auttaa terveydenhuollon ammattilaisia löytämään potilaan hoidon kannalta oleelliset tiedot nopeasti suuresta määrästä tietoa. Yhtenäisen sähköisen kirjaamisen eduksi mainitaan potilasturvallisuus ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen. (Saranto & Ikonen 2007, 157.)

Hiljaisella raportoinnilla tarkoitetaan raportointitapaa, jossa hoitajat työvuoroon tullessaan itse lukevat hoitamiensa potilaiden tiedot sähköisestä potilaskertomuksesta (Puumalainen ym. 2003, 5). Tutkimusten mukaan hiljaisesta raportointikäytännöstä on saatu sekä hyviä että huonoja kokemuksia. Hiljaisen raportoinnin hyötyinä nähtiin ajansäästö, jonka todettiin lisänneen aikaa välittömään hoitotyöhön, sillä hoitajat olivat enemmän potilaiden käytettävissä ja hoitotyö oli potilaslähtöisempää. Kirjaamisen koettiin lisääntyneen, tehostuneen ja sen sisällön tarkentuneen hiljaisen raportoinnin aikana. (Puumalainen ym. 2003; Pelander & Kirjonen 2011; Laukkanen ym. 2012.) Hiljaisen raportoinnin eduiksi todettiin raportointiajan lyhentyminen, sillä raportointiaika oli vähentynyt 20–60 minuuttiin työvuoroa kohden. Raportointitilanteet olivat hoitajien kokemusten mukaan muuttuneet ennemminkin työnohjaustilanteiksi, joissa käydään kollegiaalista keskustelua potilaiden hoitoon liittyen. (Saranto & Ikonen 2007, 162.)

Toisaalta hiljaisella raportilla on todettu olevan myös epäedullisia puolia, sillä hiljaisen raportoinnin koettiin vähentäneen vuorovaikutusta ja vertaistukea hoitajien keskuudessa (Laukkanen ym. 2012, 27). Ongelmina koettiin lisäksi tiedonkulun katkot ja tietojärjestelmien heikkoudet potilasturvallisuuden uhkina. Hiljaisessa raportointimallissa hoitajat kokivat, että olennaisen tiedon esiintulo tai sen löytäminen hoitokertomuksesta on vaikeaa. (Pelander & Kirjonen 2011, 27; Laukkanen ym. 2012, 27.)

4.2.3 Hiljaisen raportoinnin edellytykset ja siirtyminen hiljaiseen raportointikäytäntöön

Hiljaisen raportoinnin onnistumiseen on useita vaikuttavia tekijöitä, mutta ne voivat olla myös mahdollisuuksia ja haasteita uutta raportointikäytäntöä käyttöönotettaessa. Muutosprosessia tulisikin suunnitella ennakkoon työyksikössä, jossa aiotaan siirtyä suullisesta hiljaiseen raportointikäytäntöön. Hyvällä suunnittelulla sekä henkilökunnan tiedottamisella ja mukaan ottamisella muutosprosessiin, muutosvastarintaa saadaan todennäköisesti vähennettyä. Muutoksen jalkauttaminen onnistuu paremmin, kun henkilökunta saa olla mukana muutoksen eri vaiheissa ja kokee tullessaan kuulluksi. Esimiehen tuki ja avoin keskustelu muutoksesta koettiin tärkeäksi ennen raportointitavan muutosta. Uuden tutkimustiedon hyödyntäminen suullisesta ja kirjallisesta tiedottamisesta ja vastuun antamista muutoksen eri vaiheissa sinne, missä muutos toteutettiin konkreettisesti, pidettiin muutosta tukevinä tekijöinä. (Puumalainen ym. 2003, 5, 7-8.)

Meumin, Wangensteenin, Solengin ja Wynnin (2011, 5) tutkimuksen mukaan siirryttäessä sähköiseen vuoronvaihtoportointiin hoitohenkilökunta tarvitsee opastusta sekä sähköiseen hoitotyön kirjaamiseen että sähköisesti luettavan hoitotyön raportin lukemiseen. Opastaminen varmistaa ”pehmeämmän” siirtymisen suullisesta raportoinnista sähköisesti luettavaan vuoronvaihtoportointikäytäntöön.

Mellin (2013, 53) on nostanut esille hiljaisen raportoinnin onnistumisen edellytyksiksi kirjaamisen selkeyden, potilaiden hoitosuunnitelmien ajantasaisuuden vaatimuksen ja tiedonsiirron varmistamisen. Tärkeinä asioina nähtiin myös ammatillinen keskustelu. Hiljainen raportointikäytäntö tuo harjoittelun kautta varmuutta, mitä tietoa hoitaja tarvitsee potilaasta. (Mellin 2013, 53.)

Suomessa hoitotyön raportointimallin muutosta suullisesta hiljaiseen raportointiin on tutkittu ja otettu onnistuneesti käyttöön eri yksiköissä (Puumalainen ym. 2003; Kähkönen 2010; Pelander & Kirjonen 2011). Seuraavassa esimerkkejä tutkimuksista tai projekteista miten erilaisissa työyksiköissä on siirrytty hiljaiseen raportointikäytäntöön.

Puumalaisen ym. (2003) tutkimus esittelee seitsemällä sisätautien vuodeosastolla toteutettua kehittämisprojektia, jonka tarkoituksena oli muuttaa perinteinen suullinen raportointikäytäntö kirjalliseksi tiedonsiirroksi työvuorojen vaihtuessa. Projektin yhteydessä mitattiin myös uuden toimintatavan vaikutuksia ja toteuttamiseen vaikuttaneita asioita. Kehittämistyöhön oli asetettu projektiryhmä, joka koostui johto- ja projektiryhmästä. Sen tehtävänä oli operatiivinen johtaminen ja käytännön asioiden järjestäminen. Hoitohenkilökunnalle järjestettiin koulutusta, osastokokouksia ja seminaareja uuden toimintatavan tukemiseksi. Koulutus sisälsi mm. kirjaamista ja sen laatua, suullista ja kirjallista tiedottamista sekä potilaslistojen käyttöä. (Puumalainen ym. 2003, 4-9.)

Kyseisessä tutkimuksessa todettiin, että uuden toimintatavan käyttöön ottamisen onnistumiseen vaikuttivat osastojen yksilöllisten tarpeiden huomioon ottaminen muutoksessa, jolla saatiin lisättyä hoitajien sitoutumista muutokseen ja myös motivaatiota pystyttiin parantamaan. Muutosta tukevana tekijänä pidettiin uusimman tutkimustiedon hyödyntämistä suullisesta ja kirjallisesta tiedottamisesta. Edesauttavana tekijänä muutoksen aikaansaamiseksi opittiin vastuun siirtämistä sinne, missä muutos konkreettisesti toteu-

tetaan. Erityisesti esimiehiltä saatu tuki muutoksessa arvioitiin merkittäväksi. (Puumalainen ym. 2003, 5-8.)

Kähkönen (2010) esittelee kehittämisprojektissään hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymistä Kainuun keskussairaalan teho-osastolla. Alkuvaiheessa henkilökunnalle järjestettiin kehittämispäivä, joka toimi henkilökunnan tiedotus-, motivointi- ja kouluttamislaisuutena hiljaisesta raportoinnista. Henkilökunnalla oli mahdollisuus olla vaikuttamassa muutosprosessiin. Samanaikaisesti oli aloitettu kirjaamisen kehittämisen opintopiirit, joiden myötä rakenteinen kirjaaminen mahdollisti hiljaiseen raportointikäytännön aloittamisen. Kirjaamisen kertauskoulutuksilla todettiin myös olevan positiivinen vaikutus hiljaiseen raportointikäytäntöön. Tärkeimpänä asiana tässä tutkimuksessa tuotiin esille hoitajien osallistumismahdollisuus muutoksen ja projektin johtajan oma asenne ja esimerkkinä toimiminen muutoksen jalkauttamisessa. (Kähkönen 2010, 27–55.)

Pelanderin ja Kirjosen (2011) kehittämisjakson tehtävänä oli hiljaisen raportointimallin kehittäminen ja sen vakiinnuttaminen Salon aluesairaalan lasten- ja korvatautien yksikköön. Muutoksesta tiedotettiin henkilökuntaa kehittämisiltapäivässä, tiedotteilla ja sähköpostilla. Kehittämisiltapäivässä käsiteltiin hiljaisen raportoinnin määritelmiä, uusimpia tutkimustuloksia ja lastenklinikan neljän osaston erilaisia käytänteitä ja kokemuksia hiljaisesta raportoinnista. Kehittämisjakson toteutuksen onnistumiseksi mainittiin alkutilanteen kartoitus ja henkilöstön mielipiteiden ja vaikuttamismahdollisuuksien huomiointi mallin luomisessa. Kokeiluvaiheessa henkilöstöllä oli mm. mahdollisuus kirjata kehittämisideoitaan kehittämisideavihkoon. Kehittämisideat käsiteltiin osastotunneilla. Puutteina tässä kehittämistyössä todettiin olleen liian vähäinen keskustelu hiljaisen raportoinnin eduista ja haitoista henkilökunnan kanssa. Niin ikään muutosvastarinta ja muutoksen läpivienti olisivat helpottaneet, jos kehittämisen idea ei olisi hoitotyön johdon määrittelemä, vaan lähtöisin hoitohenkilökunnalta itseltään. (Pelander & Kirjonen 2011, 22–30.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on toteutettu hanke, jossa haluttiin edistää siirtymistä hiljaiseen raportointikäytäntöön psykiatrisen hoitotyön alueella. Tutkimuksen mukaan vain viidennes vastaajien työyksiköistä toteutti hiljaista raportointia tai vastaajien omassa työyksikössä oli kaavailtu hiljaiseen raportointiin siirtymistä. Tulosten mukaan hoitajilla oli vahvat ennakkoluulot hiljaisesta raportoinnista tai virheellistä tietoa siitä. Tämän tutkimuksen mukaan hoitajat arvioivat hiljaisen raportoinnin hyödyksi ajankäytön te-

hostumisen, mutta suuri osa hoitajista ajatteli sen vähentävän kollegiaalisten näkemysten vaihtoa potilaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Hiljaista raportointia pidettiin jopa uhkana työyksikön työilmapiirille ja hoitajien yhteishengelle. Tämän selvityksen mukaan siirtyminen hiljaiseen raportointiin edellyttää kirjaamisen kehittämistä ja asianmukaisen tiedon välittämisen hiljaisesta raportoinnista. (Järvi, Kulla, Liljeberg, Metsänsalo, Tirkkonen, Selander & Kilku 2010, 54–56.)

4.2.4 Rakenteinen kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamista on kehitetty jo vuosikymmenien ajan, mutta yhtenäiset ohjeet ja luokitukset ovat puuttuneet. Kirjaamisessa on ollut erilaisia tapoja eri organisaatioissa ja järjestelmissä. Valtakunnallisessa hoitotyön sähköisen kirjaamisen kehittämishankkeessa (HoiDok-hanke) vuonna 2007 kehitettiin kansallisesti yhtenäinen ja rakenteinen hoitotyön kirjaamismalli. Tämä kirjaamismalli perustuu hoitotyön ydintietoihin ja FinCC (Finnish Care Classification) luokitukseen. (Hoffren, Huovinen & Mykkänen 2011, 3-6; Saranto & Sonninen 2007, 12–13.)

Hoitotyön dokumentaatiolla on suuri merkitys potilaan päivittäisessä hoidossa. Kirjatun tiedon tulee olla viiveettä käytössä potilaan hoitotyöhön osallistuville ja tämä asettaa vaatimukset kirjaamisen yhdenmukaisuudelle ja rakenteisuudelle. (Saranto & Sonninen 2007, 12.) Rakenteisen kirjaamisen on tarkoitus helpottaa kirjaamista, nopeuttaa tiedon hakua ja hoidon seuranta. Potilaskertomuksen rakenteisuus edistää tiedon laatua, parantaa potilasturvallisuutta ja tietoa voidaan hyödyntää mahdollisesti tulevaisuudessa erilaisissa tutkimuksissa ja päätöksenteossa. Hoitotyön rakenteisella kirjaamisella tarkoitetaan, että on ennalta sovittu mitä kirjataan (sisältö) ja miten kirjataan (rakenne). (Saranto & Sonninen 2007, 12.) Kirjaamisen yhtenäisyyden vaatimukset perustuvat terveydenhuollon valtakunnallisten sähköisten palveluiden järjestämiseen (THL 2015).

Sähköisellä potilaskertomusjärjestelmällä, jossa on rakenteinen kirjaaminen voidaan vaikuttaa potilaan hoidon laatuun, koska potilaan tiedot ovat eri asiantuntijoiden paremmin saatavissa ja hyödynnettävissä. (Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt 2007, 16.) Lehtimäki (2014) on projektityössään tutkinut haavan hoidon johdonmukaisuuden ja yhtenäisen kirjaamisen helpottavan eri toimintayksiköi-

den hoitohenkilökunnan tiedonsaantia. Yhtenäinen kirjaaminen ja tiedon saannin helpous on kustannustehokasta ja vaikuttaa myös suoranaisesti potilaan paranemiseen.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on ohjeistanut omilla intranet-sivuillaan hoitotyön kirjaamisesta ja hoitotyön suunnitelman laatimisesta. Hoitotyön kirjaamisen on tarkoitus varmistaa potilaan hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. Kirjaamisessa tulee ilmetä hoidon ja hoitotyön suunnitelmat, toimenpiteet ja hoitotyön toiminta, sekä niiden vaikutus potilaan vointiin. Kirjaamisessa tulee näkyä potilaan ja hänen omaistensa osallistuminen hoitoprosessin eri vaiheisiin ja heidän saamansa ohjaus ja tieto potilaan sairautteen ja hoitoon. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015.)

Moniammatillisella hoitotyön kirjaamisella voidaan hyödyntää eri ammattiryhmien kirjauksia potilaan hoitotyössä. Hoitokertomuksen otsikkorakenteisuus ohjaa hoitotyön kirjaamista ja sen hyödyntämistä. Hoitotyön suunnitelma laaditaan ohjeiden mukaan hoitokertomuksen keskeisiin tietoihin. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2010–2011.) Potilaskertomusohjeen kappale 11.4.2 ohjeistaa: ”Keskeiset tiedot-osio on tarkoitettu hoidon suunnittelulle. Tähän kirjataan jatkuva suunnitelma ja erityisesti huomioitavia asioita. Osio päivitetään suunnitelman muuttuessa.” (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2010–2011.) Hoitotyön suunnitelma tehdään yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa niin pian kuin mahdollista. Hoitosuunnitelma ohjaa ja auttaa hoitotyön toteuttamista koko hoitajakson ajan. Keskeisiin tietoihin valitaan potilaan hoidon kannalta tarkoituksen mukaiset otsikot hoitotyön tarpeiden ja tavoitteiden osialueilta. Hoitotyön keinot ja suunnitellut hoitotyön toiminnot kirjataan tavoitteiden alle. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2010–2011.)

4.2.5 Hoitotyön kirjaamista ohjaava lainsäädäntö

Terveystietolaki (1326/2010) mahdollisti vuonna 2010 sairaanhoitopiirin laajuisen yhteisen potilastietorekisterin. Saman sairaanhoitopiirin alueella toimivien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirja-arkistot ja potilasrekisterit muodostavat tämän yhteisen potilastietorekisterin. KanTa eli Kansallinen Terveysarkisto on otettu käyttöön vuonna 2013. Julkisen terveydenhuollon palveluiden antajien on ollut velvollisuus liittyä siihen vuoteen 2014 mennessä. Yksityisten terveydenhuollon palveluiden antajien, joilla on sähköinen potilaskertomusjärjestelmä, oli liityttävä siihen

syyskuussa 2015 mennessä. Potilailla on mahdollisuus tarkastella omia tietojaan valtakunnallisesta Potilastiedon arkistosta eli Omakannasta. Potilas voi itse hallita Omakan-
nan kautta, mitä tietoja hän haluaa luovuttaa valtakunnallisen arkiston kautta muille palveluiden antajille. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2014.)

Hoitotyön kirjaamista ohjaavat ja säätelevät useat erilaiset lait ja säädökset. Potilasasia-
kirjoihin kirjattavista tiedoista ja hoitoon liittyvistä merkinnöistä säättää Sosiaali- ja ter-
veysministeriön säätämä asetus potilasasiakirjoista (298/2009). Potilasasiakirjoihin saa-
vat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja
heidän ohjeidensa mukaisesti myös muut henkilöt siltä osin kuin he osallistuvat hoitoon.
Terveydenhuollon ammattilaisen on merkittävä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon jär-
jestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja riittä-
vän laajat tiedot. Potilasasiakirjamerkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä
tehtäessä on käytettävä vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä tai lyhenteitä.
(Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.)

Jokaisesta potilaasta tulee pitää aikajärjestyksessä laadittua potilaskertomusta, josta il-
menee potilaan hoitoon tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongel-
mat, taudinmääritys ja terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seu-
ranta, sairauden kulku sekä loppulausunto. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus poti-
lasasiakirjoista 298/ 2009.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettu laki (559/1994) velvoittaa terveydenhuol-
lon ammattilaisia käsittelemään, laatimaan ja säilyttämään potilasasiakirjoja sekä pitä-
mään niihin sisältyvät tiedot voimassa ja salassa ulkopuolisilta (Laki sosiaali- ja tervey-
denhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

4.3 Kirjallisuuskatsaus

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on toisen asteen tutkimusta eli aiempien tutkimusten
tutkimista. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus rajautuu yleensä korkealaatuisesti tutkit-
tuihin, rajattuihin ja valittuihin aiempiin tutkimuksiin. (Johansson 2007, 4.) Se on teho-
kas keino saada tietoa asioista, joista on valmiiksi tutkittua tietoa ja tuloksia (Tuomi &
Sarajärvi 2009, 123). Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on osoittaa mistä näkökulmista

ja miten aihetta on tutkittu aiemmin ja miten tutkijan oma tutkimus liittyy jo aiemmin olemassa oleviin tutkimuksiin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 121).

Systemaattista kirjallisuuskatsausta suunnitellessaan tutkija tutustuu aiempiin tutkimuksia aiheestaan ja määrittelee katsauksen tarpeen ja tekee tutkimussuunnitelman. Tutkimuskysymykset määrittelevät miten kirjallisuuskatsausta lähdetään tekemään. Menetelmiin kuuluvat hakutermin päättäminen, tietokantojen ja aikajänteen valinta sekä näiden perustelu. Mahdollisimman kattavan ja laajan aineiston saamiseksi suositellaan myös manuaalista tietojenhakua tietokantahakujen lisäksi. (Johansson 2007, 6.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus etenee vaiheittain ja se voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa tehdään katsauksen suunnittelu, toisessa vaiheessa suoritetaan aineiston hakua valmiiksi pohdituin hakutermein ennalta määritellyistä tietokannoista. Toiseen vaiheeseen kuuluvat aineiston analysointia sekä synteesi ja kolmantena vaiheena katsauksen raportointi. Raportoinnissa esitellään tulokset ja tehdään johtopäätökset ja annetaan mahdollisia suosituksia. (Johansson 2007, 5-7.)

4.3.1 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Kirjallisuuskatsaus on tehty systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteiden mukaan ja se tehtiin 12/2013- 2/ 2014 välisenä aikana. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita käyttäen kartoittaa minkälaista tietoa ja tukea hoitohenkilöstö tarvitsee ennen hiljaiseen raportointimalliin siirtymistä. Lisäksi kartoitettiin, minkälaisia kokemuksia hiljaisesta raportointimallista oli saatu. Tutkimuskysymykset olivat: Minkälaista tietoa tai tukea hoitajat tarvitsevat ennen hiljaisen raportointimallin käyttöönottoa? Minkälaisia kokemuksia hiljaisen raportointimallin käyttöönotosta on saatu? Tavoitteena oli löytää tietoa, jota voidaan hyödyntää lähdemateriaalina opinnäytetyön teoreettisissa lähtökohdissa ja raportointimallin muutosta suunniteltaessa ja siirryttäessä suullisesta hiljaiseen raportointimalliin Valkeakosken aluesairaalan sisätautien vuodeosastolla.

Kirjallisuuskatsaus toteutettiin vaiheittain. Alkuperäistutkimukset valittiin ennalta määriteltyjen sisäänotto- ja poissulkukriteereiden (liite 1) ja hakusanojen mukaan. Tässä kirjallisuuskatsauksessa aineistoa haettiin Termix-, Hoidokki- ja YSA- asiasanoilla sekä vapaasanahauilla. Systemaattinen tiedonhaku suoritettiin viiteen eri tietokantaan: Me-

dic, Melinda, Cinahl, Arto ja Aleks (liite 2). Hakusanat ja tiedonhaut tietokannoittain esitellään taulukossa, josta ilmenee myös otsikon, tiivistelmän ja koko tekstin perusteella valitut julkaisut (liite 3). Taulukkoon on merkitty hakutulosten lisäksi ensin otsikon perusteella valikoituneet tutkimukset ja tiivistelmän perusteella lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset (N=6).

Alkuperäistutkimusten laadun arviointi ja näytön aste arvioitiin valmiilla mittareilla. Tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoituneet tutkimusten näytön asteen arviointi tehtiin käyttämällä Suomen Sairaanhoidajaliiton laatimaa näytön asteen luokitus asteikkoa. Näytön asteen luokitus pitää sisällään neljä luokkaa, luokat I-IV, joista luokka I antaa vahvimman näytön, IV heikoimman. Luokka kolmessa on vielä kolme alaluokkaa, jotka ovat a, b ja c kirjaimin erotettu toisistaan. (Suomen Sairaanhoidajaliitto 2004, 20–21.) Tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimusten näytön asteiden luokitukset on raportoitu erillisessä taulukossa Yhteenveto kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista, joka on liitteenä (liite 4).

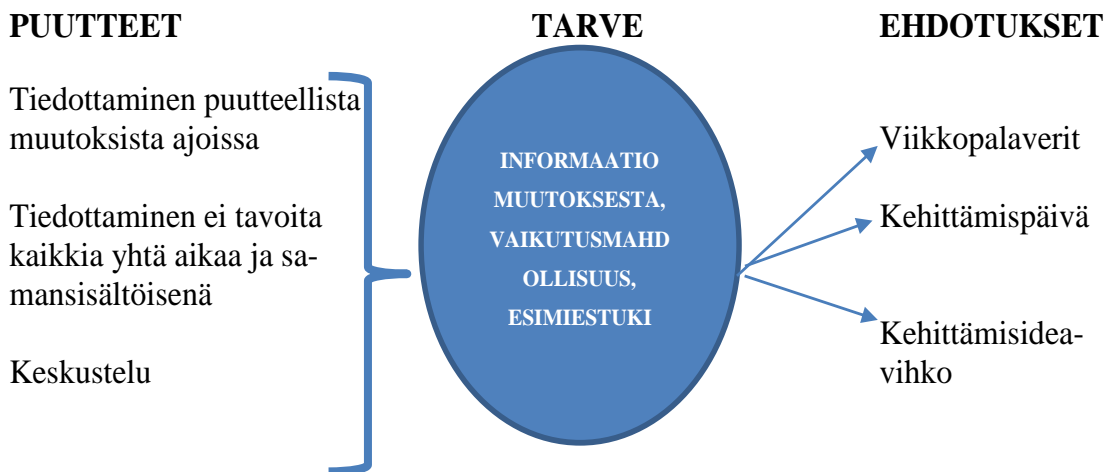
Valittujen tutkimusten laadun arviointiin käytettiin laadunarviointilomaketta (liite 5), joka on Gitta Palomäen ja Heli Piirtolan (2012) opinnäytetyöstä ”Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta”. Tekijät ovat antaneet lomakkeen käyttöoikeuden. Valitut alkuperäistutkimukset pisteytettiin tiivistelmän perusteella laadun arvioinnin lomakkeella, jossa maksimipisteet olivat 20 pistettä ja alin hyväksyty pistemäärä 12 pistettä. Laadun arvioinnin pistemäärät tutkimuksittain esitellään tarkemmin taulukossa Yhteenveto kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista, joka on liitteenä (liite 4).

Tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kuusi tutkimusta tiivistelmän tai koko tekstin perusteella, jotka kaikki analysoitiin sisällönanalyysimenetelmän keinoin. Näistä tutkimuksista on laadittu yhtenäinen taulukko (liite 4), johon on koottu tutkimusten keskeiset tiedot, tekijä(t), tutkimuksen nimi, julkaisuvuosi, tieteenala, tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät, metodi, kohderyhmä, aineistonkeruu ja analysointimenetelmä, keskeiset tulokset ja niiden lisäksi taulukkoon on merkittynä kunkin tutkimuksen saama näytön aste ja laadun arvioinnin pistemäärä.

4.3.2 Kirjallisuuskatsauksen tulokset

Kirjallisuuskatsauksen (liite 4) perusteella voidaan todeta, että hoitajat tarvitsevat tietoa ja tukea ennen hiljaisen raportoinnin käyttöön ottoa. Näistä tärkeimmät olivat informaatio muutoksesta, esimiestuki ja henkilökunnan osallistaminen sekä kirjaamiskoulutuksen tarve. Hiljaisen raportoinnin käyttöön ottamisesta oli tämän kirjallisuuskatsauksen mukaan sekä hyviä että huonojakin kokemuksia.

Tuloksissa ilmeni, että keskustelu henkilökunnan kanssa muutoksesta oli tärkeää ja valmistaminen muutosprosessiin koettiin ensiarvoisen tärkeäksi asiaksi. Henkilökunnan mielipiteen huomiointia ja vaikuttamismahdollisuuksia ennen hiljaisen raportointikäytäntöä pidettiin myös tärkeinä seikkoina. Henkilökunta toivoi esimiehen tukea muutokseen ja ennen kaikkea avointa keskustelua muutoksen tuomista asioista. Myös johdon tukea haluttiin muutosprosessiin. Hyvinä keinoina informaation ja toimintatavan muutoksista todettiin olevan erilaiset tiedonvälityskanavat kuten yhteinen kehittämispäivä, viikkopalaverit ja kehittämisideavihko osastolla (kuvio 1).

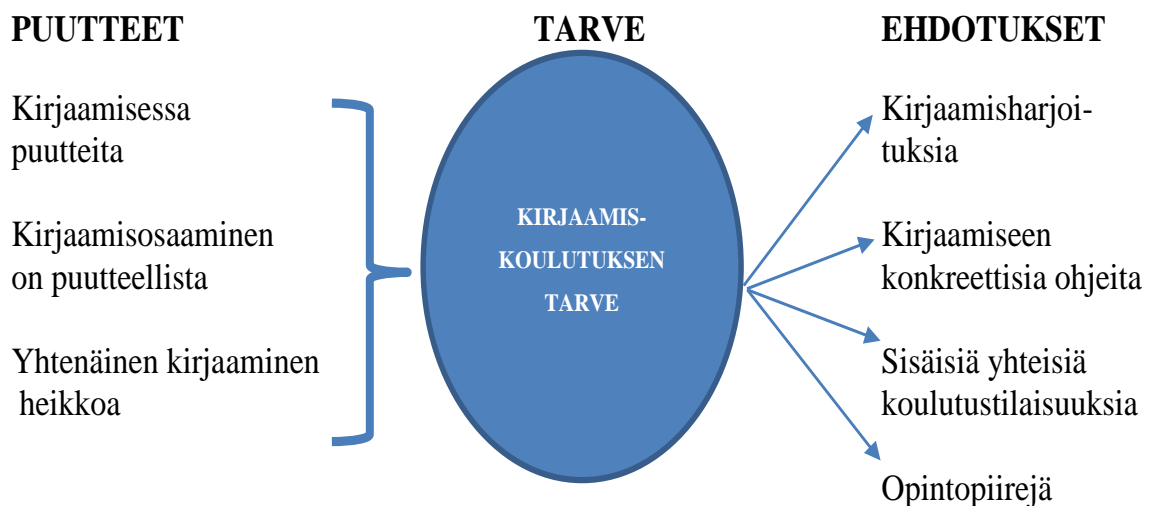


KUVIO 1. Informoinnin ja vaikutusmahdollisuuksien puutteita ja kehittämis ehdotukset

Henkilökunta sitoutettiin muutosprosessiin antamalla heille osallistumismahdollisuus muutokseen. Hoitajat saivat itse ottaa vastuuta yksikköönsä soveltuvan hiljaisen raportointimallin kehittämiseen. Hoitajat saivat olla mukana vaikuttamassa muutokseen alusta loppuun asti. Sillä todettiin olleen muutosprosessia tukeva vaikutus. Henkilöstön to-

dettiin sitoutuvan muutokseen paremmin, jos kehittämisen idean lähteminen liikkeelle oli henkilöstöstä itsestään. (Kähkönen 2010, 54–55; Pelander & Kirjonen 2011, 29–30.)

Kirjaamiskoulutuksen tarve nousi esille tutkimuksista hyvin tärkeänä elementtinä ennen hiljaisen raportointikäytännön aloittamista (kuvio 2). Kirjallisuuskatsauksen mukaan hoitotyön kirjaamisessa todettiin olevan puutteellisuuksia. Henkilökunnan kirjaamisosaaminen ei ollut riittävän hyvää tai yhtenäinen kirjaaminen oli heikkoa. Tarvittavia hoitotietoja ei löydetty tästä syystä riittävän hyvin hoitokertomuksista. Tämän todettiin jopa vaarantavan potilaiden hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden. Toisaalta kirjaaminen vei enemmän aikaa, samoin itsenäisesti potilasasiakirjoihin tutustuminen. Henkilökunta toivoi kirjaamisharjoituksia ja konkreettisia ohjeita kirjaamisen tueksi. Esimerkiksi rakenteisen kirjaamisen avuksi haluttiin apusanoja ja fraaseja sekä potilaan hoidon suunnitteluun, väliarviointiin ja hoitajakson yhteenvedon tekemiseen konkreettisia ohjeita. Osastolle toivottiin sisäisiä yhteisiä koulutustilaisuuksia, yhteisiä kirjaamisharjoituksia ja asioiden kertaamista opintopiireissä. Kirjaamisen koulutuksella todettiin olevan positiivinen merkitys muutosprosessiin ja sen eteenpäin viemiselle. (Kähkönen 2010, 28, 50; Laukkanen ym. 2012, 13, 15, 17, 27.)



KUVIO 2. Kirjaamisen puutteita ja kehittämissuhteita

Hiljaisesta raportointikäytännöstä oli saatu paljon erilaisia kokemuksia sekä hyötyjä että haittoja (taulukko 2). Hyötynäkökohdat liittyvät positiivisina seikkoina potilaan hoitotyöhön, työaikojen muutosmahdollisuuteen, työn tekemiseen mielekkäämpänä ja parantamalla työyhteisön arjen sujuvuutta. Kiire oli vähäisempää ja kiireettömyys helpotti työnrytmitystä. Työvuoron ajan käyttö oli muuttunut; sairauskertomusten ja hoitosuun-

nitelmien lukemiseen meni enemmän aikaa kuin aiemmin, mutta potilaille riitti aikaa enemmän. Hiljainen raportointi mahdollisti kirjaamisen lisääntymisen, tehostumisen ja se oli myös tarkempaa ja huolellisemmin tehty. Hoitajien mukaan kirjaamiselle oli enemmän aikaa, koska turha odottelu jäi pois. Hiljaisen raportointitilanteen kuvailtiin rauhoittaneen vuorovaihtotilanteita, koska jokainen vuoroon tullut hoitaja keskittyi tutustumaan omien potilaidensa asioihin potilastietojärjestelmistä. Raportin lukemiseen todettiin kuitenkin tarvittavan rauhallinen tila, jotta lukeminen onnistuisi ilman turhia keskeytyksiä. Rauhallisen tilan järjestyminen usealle hoitajalle raportin lukemista varten voi olla haasteellista, samoin riittävä määrä tietokoneita. (Puumalainen ym. 2003, 4–8; Ruuskanen 2007, 65–67; Kähkönen 2010, 37, 49–55; Pelander & Kirjonen 2011, 26–30; Laukkanen ym. 2012, 13–27.)

TAULUKKO 2. Hiljaisen raportoinnin hyödyt ja haitat

HILJAISEN RAPORTOINNIN HYÖDYT	HILJAISEN RAPORTOINNIN HAITAT
<ul style="list-style-type: none"> - lisää aikaa välittömään hoitotyöhön - hoitotyö potilaslähtoisempää - aikaa enemmän potilaille - potilaan näkökulma enemmän esille hoidon suunnittelussa ja hoidon aikana - ajansäästö koituu potilaiden hyväksi - työaikajärjestelyjen muutosmahdollisuus - ajansäästö: päällekkäisten työvuorojen väheneminen, ylitöiden vähentyminen - mahdollistaa työajan joustot, työaikojen uudelleen organisoiminnin - mahdollisuus henkilökohtaisempiin ja ergonomisempiin työvuoroihin - lisää työn mielekkyyttä ja aktiivisuutta - työn tekeminen yksilöllisemmin - työ haastavampaa ja mielekkäämpää - parantaa työyhteisön arjen toimintaa - työn sujuvuutta lisäämällä - raportointiajat lyhenevät; aikaa muulle - lisää kirjaamista ja tehostaa sitä - tieto saatavissa paikasta ja ajasta riippumatta eri toimijoille - raportoitava tieto ei muistin varassa - turhat asenteet ja ennakkoluulot potilaisista jäivät pois - vuorovaihtotilanteet rauhallisempia 	<ul style="list-style-type: none"> - vähentää hoitajien emotionaalista ja sosiaalista tukea toisiltaan - vuorovaikutuksen, vertaistuen ja yhteisten pohtimisten vähentyminen - voi heikentää uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämistä ja siten tiedon siirtoa - vie enemmän aikaa kuin vanha tapa, perehtyminen sairauskertomuksiin vie aikaa - kirjaamiseen kuluu enemmän aikaa - kirjaaminen puutteellista - potilaan hoitokertomuksista ei löydy tai vaikea saada tarvittavia tietoja - raportin lukemiseen tarvitaan rauhallinen tila - tiedonkulun ongelmat - tietokonejärjestelmien ongelmat, tietojärjestelmien varmuus ja toimivuus - vuorovaihtotilanteessa haasteena tietokoneiden riittävyys - ainoastaan kirjallisen dokumentaation perusteella tiedon soveltaminen ja omaksuminen vaatii ammattitaitoa ja kokemusta

Hiljaisen raportoinnin haittoina koettiin emotionaalisen ja sosiaalisen tuen väheneminen, vertaistuen ja yhteisten oppimistilanteiden poisjääminen. Hoitajat olivatkin huolissaan sijaisten, uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisestä. Keskustelulle koettiin tarvetta hiljaisen raportoinnin lisäksi. Hoitajien mielestä tietojärjestelmä ei kor-

vannut ihmisten välistä vuorovaikutusta. (Ruuskanen 2007, 67–68; Laukkanen ym. 2012, 26.)

Tutkimuksissa todettiin hiljaisen raportointikäytännön vievän enemmän aikaa kuin aikaisemmin. Myös kirjaamisen kului entistä enemmän työaikaa (Puumalainen ym. 2003, 7–8). Potilasasiakirjoihin itsenäisesti tutustuminen vaati aikaa, koska aina ei löydetty oleellisia tietoja potilasasiakirjoista. Tiedonkulussa ja tietokonejärjestelmissä todettiin olevan ongelmia. (Laukkanen ym. 2012, 27.) Tarvittavia tietoja ei löydetty potilaan hoitokertomuksista tai niitä oli vaikea saada esille (Puumalainen ym. 2003, 7–8). Kirjaamisessa oli puutteellisuuksia, mutta myös hoitohenkilökunnan tietokoneosaamisessa välittyi heikkoutta (Laukkanen ym. 2012, 13).

Toisaalta tiedonkulussa koettiin toisaalta myös parannusta. Tieto oli saatavilla paikasta ja ajasta riippumatta eri toimijoille. Tiedon laatu koettiin paremmaksi, kun raportoitava tieto ei ollut muistin varassa, vaan se luettiin itse hoitokertomuksista. Toisaalta hiljaisen raportoinnin todettiin edellyttävän hyvää kirjaamista ja kirjaamisen tulisi olla hyvällä tasolla. (Laukkanen ym. 2012, 26.)

Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan sanoa raportointimallin muutoksen vaativan hyvää suunnittelua, hoitohenkilökunnan informointia ja muutosprosessiin mukaan ottamista, jotta uusi raportointimalli saadaan juurrutettua työyhteisöön.

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS

5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Hoitotieteen tutkimuksen lähestymistapana voidaan käyttää laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Kun tutkimuksen on tarkoituksena kuvailla ja selvittää ilmiöitä, joiden todellisuus tulee kokemusten kautta ja pyritään ymmärtämään ihmisten kokemaa, laadullinen tutkimusmenetelmä soveltuu tähän parhaiten. Laadullinen tutkimusmenetelmä sopii hyvin myös tutkittaessa vähän tutkittuja aiheita tai ilmiöitä, joita ei oikein tunneta tai niistä ei ole valmiita selittäviä teorioita. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että se toteutetaan luonnollisessa ympäristössään ja tutkija kerää aineiston osallistujilta vuorovaikutussuhteessa. Tutkija itse toimii tiedon keruun ja aineiston analysoinnin välineenä. (Kylmä & Juvakka 2007, 16–17; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–67; Kananen 2014, 16–19.) Kananen (2014) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan pääasiallisesti prosesseja, joita määrällisessä tutkimuksessa on erittäin vaikea tutkia. Laadullinen tutkimus on kuvailevaa, joten tutkijaa kiinnostaa prosessien, merkityksien ja ilmiön ymmärtäminen sanojen, tekstien ja kuvien kautta. (Kananen 2014, 19–20.)

Tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttavat tutkimusongelman luonne ja tiedon määrä tutkittavasta ilmiöstä. Menetelmien valinnalla on vaikutusta myös saatuihin tutkimustuloksiin. Laadulliselle tutkimukselle tyypillisiä tiedonkeruumenetelmiä ovat havainnointi, haastattelut ja kyselyt. Yleensä tutkija kerää osan aineistosta ko. tutkimusongelman ratkaisua varten. (Kananen 2008, 68; Kananen 2014, 20, 64–65.) Tutkija ei etukäteen määrittele aineiston määrää vaan aineiston keruussa käytetään aineiston riittävyyteen liittyvää termiä saturaatio. Tällä tarkoitetaan, että aineistoa on riittävästi, kun samat asiat alkavat kertautua. Osallistujat tutkimukseen valitaan siten, että heillä on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 26; Hirsjärvi ym. 2010, 179–182.) Laadullisessa tutkimuksessa tyypillisesti aineisto analysoidaan induktiivisella sisällönanalyysillä eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi perustuu tutkijan tulkintaan ja päättelyyn. Tutkija pyrkii laatimaan tuloksista synteesejä, jotka kokoavat yhteen pääasiat. Näiden perusteella saadaan vastauksia asetettuihin tutkimusongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2010, 164, 229–230.)

5.2 Kehittämistoiminta

Salonen (2013) määrittelee kehittämistoiminnan yläkäsitteeksi kaikelle sellaiselle toiminnan kokonaisuymmärtämiselle, työskentelylle ja kuvaukselle, jonka perusteella syntyy jokin uusi asia. Kehittämistoiminta sisältää kehittämisen ideologiset lähtökohdat, säännöt ja sitoumukset, jotka luovat käytännön kehittämishankkeelle käsitteellisen kehyksen (Salonen 2013, 7).

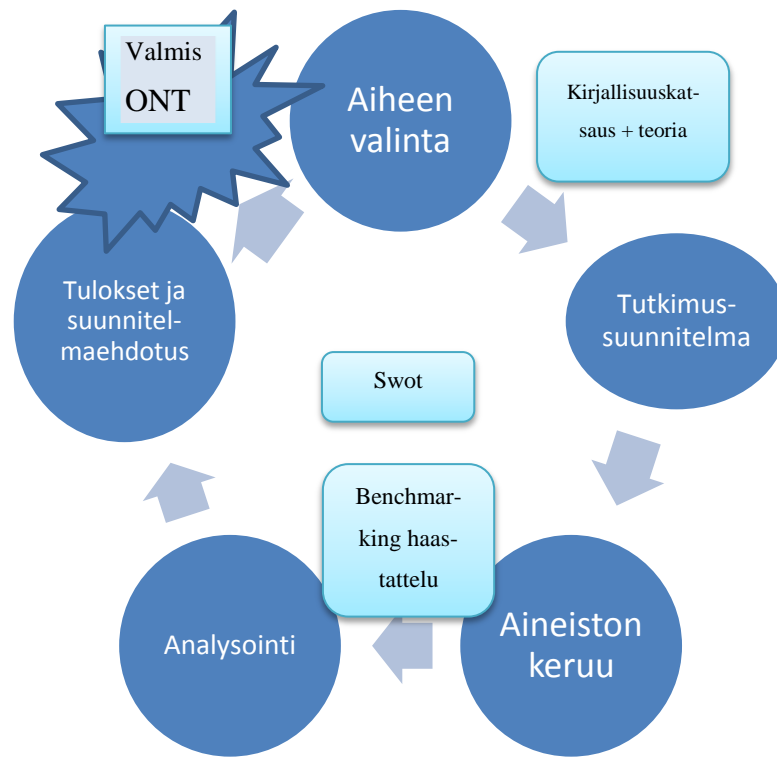
Kehittämistoimintaa voi kuvailla sosiaalisesti prosessiksi, jossa edellytetään ihmisten aktiivista osallistumista ja vuorovaikutusta. Puhutaan osallistumisesta ja osallistamisesta. Osallistuminen käsitetään vuorovaikutuksena, jossa molemmat osapuolet voivat avoimesti tarkastella kehittämistoiminnan perusteita, toimintatapoja ja tavoitteita. Osallistuminen on mahdollisuuksien hyödyntämistä. Osallisuus korostaa toimijan subjektiivista, mutta toisaalta toimijaa ohjataan, opastetaan ja jopa ”pakotetaan” osallistumaan. (Toikko & Rantanen 2009, 91.)

Perinteisessä kehittämisessä keskeisinä toimijoina ovat yleensä erilaiset työorganisaatiot, yritykset ja työyhteisöt. Kehittäminen voi olla koko organisaation yhteistä toimintaa, jolloin työntekijöillä on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa oman työnsä kehittämiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 17.)

Kehittämistoimintaan osallistumisella on kaksi suuntaa, kehittäjät voivat itse osallistua käytännön työskentelyyn, mutta myös toimijat osallistuvat kehittämiseen. Osallistumisen asteessa voi olla vain eroja. Myös kehittäjän rooli voi olla eräänlainen asiantuntijakonsultti, joka kerää tietoa, analysoi sitä ja antaa perusteltuja ehdotuksia päättävälle taholle. Kehittäjä voi olla myös työntekijä - kehittäjä, joka työskentelee, kerää tietoa ja analysoi sitä yhdessä muiden toimijoiden kanssa. Kehittäjä voidaan nähdä myös mahdollistajana, joka kannustaa työyhteisön jäseniä muutostyöhön. (Toikko & Rantanen 2009, 91.)

Tässä opinnäytetyössä on tarkoitus selvittää hiljaisen raportoinnin edellytyksiä ja niiden perusteella laatia suunnitelma hiljaisen raportointikäytäntöön siirtymisestä Valkeakosken aluesairaalan sisätautien vuodeosastolla. Suunnitelmaehdotus esitellään sisätautien vuodeosaston henkilöstölle ja he saavat osallistua tekemällä ehdotuksia tai korjauksia suunnitelmaan. Tarkoitus on löytää yhdessä henkilöstön kanssa vuodeosastolle oman-

näköinen ja sopiva tapa toteuttaa hiljainen raportointikäytäntö. Seuraavassa kuviossa (kuvio 3) kuvataan tämän opinnäytetyön prosessia.



KUVIO 3. Opinnäytetyön prosessi

5.3 Aineiston keruumenetelmät ja toteutus

Kehittämistoiminnan toteutuksen yhteydessä kerätty ja tuotettu tieto on käytännönlä-heistä ja sen tehtävänä on tukea kehittämistyötä. Kehittämistoiminnassa tiedontuotan-olla on erilaisia merkityksiä ja sillä pyritään vastaamaan eri tehtäviin. (Toikko & Ran-tanen 2009, 115.) Tutkija voi käyttää tiedonkeruuseen monenlaisia tiedonhankintamene-telmiä. Salosen (2013, 23) mukaan kehittämistoiminnan tiedonhankintamenetelminä voidaan käyttää kyselyjä, haastatteluja, havainnointia, henkilökohtaista päiväkirjaa, valmiita materiaaleja ja dokumentteja ja kaikkea muuta systemaattista materiaalin tal-lentamista. Haastattelu voidaan jakaa ”syvähaastatteluun” ja ”surveyhaastatteluun”, havainnointi voi tapahtua ulkopuolisena havainnointina tai osallistuvana havainnointina, kyselyssä voidaan käyttää suljettuja ja/tai avoimia kysymyksiä yhdessä tai erikseen (Järvinen & Järvinen 2004, 145). Varsinaisen tutkimusaineiston lisäksi tutkimuksen

tekijä kerää taustatietoja tutkittavista ja tekee muistiinpanoja omasta prosessistaan tutkimuspäiväkirjaan. Tutkimuspäiväkirjaan tutkija voi kuvailla aineistonkeruutilannetta sekä tutkijan omia ajatuksia, mietteitä ja tunnelmia tutkimuksen eri vaiheista. (Kylmä & Juvakka 2007, 76).

Aineiston keruun toteutuminen tapahtui Valkeakosken aluesairaalan sisätautien vuodeosastolla SWOT-analyysimenetelmää käyttäen ja Hatanpään sairaalan infektio-osasto B0:lla benchmarking-haastattelulla. SWOT-analyysilomakekysely sopi alkukartoitukseen, jolla selvitettiin henkilöstön ajatuksia ja mielipiteitä hiljaisen raportoinnin vahvuuksista, heikkouksista, mahdollisuuksista ja uhkista. Henkilöstöllä tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan sisätautien vuodeosastolla työskenteleviä sekä sairaanhoitajia että lähi- ja perushoitajia. Sopivan benchmarking kohdeorganisaation selvittäminen ja valinta vaativat useamman viikon selvitystyötä, mutta lopulta soveltuva benchmarking-kohde löytyi opinnäytetyöntekijän omien verkostojen kautta. Benchmarking-kohteen valintaan ja rajaukseen vaikuttivat kohdeorganisaation kokemus hiljaisen raportoinnin menestyksekkäästä käyttöön otosta ja ylläpidosta erikoissairaanhoidon alueella. Kohdeorganisaatiosta saatu myönteinen suhtautuminen ja halu kertoa heidän kokemuksistaan tutkittavassa aiheessa vaikuttivat valintaan. SWOT-analyysikysely ja benchmarking-haastattelu toteutettiin molemmat toukokuussa 2014. Opinnäytetyöprosessin aikana kerättyä aiheeseen liittyvää muuta kirjallista materiaalia ja tutkimuspäiväkirjaa on hyödynnetty opinnäytetyössä.

5.3.1 SWOT-analyysi

SWOT-analyysi on yleisesti käytetty strategiatyökalu, jota voidaan käyttää eräänä tiedonkeruun välineenä. Sitä voidaan kuvata synteetisomaisena analyysimenetelmänä, joka vetää asioita yhteen. Sen tarkoitus on tuoda esille kokonaiskuvaa yrityksen tai organisaation tilanteesta. SWOT-analyysin tarkoitus on tuottaakin ensin analyysiä, jonka perusteella voidaan tehdä valintoja ja toimintasuunnitelmia. (Vuorinen 2013, 88–94.)

SWOT-analyysi koostuu osa-alueista, joista S - strengths (vahvuudet) ja W - weaknesses (heikkoudet) kuvaavat organisaation sisäisiä asioita, O - opportunities (mahdollisuudet) ja T - threats (uhat) liittyvät organisaation ulkoiseen ympäristöön. Sisäisiä asioita ovat yleensä juuri tällä hetkellä olemassa olevat asiat, ja ulkoiset asiat ovat tulevai-

suuden näkymissä oletettavissa olevat asiat. Uutta toimintasuunnitelmaa tehdessään organisaatio voi hyödyntää tietoa, miten käyttää parhaiten olemassa olevia vahvuuksiin tai miten hallitsee heikkouksiin tai muuttaa ne vahvuuksiksi. Toisaalta voidaan miettiä mitä mahdollisuuksia tulevaisuus voisi tuoda organisaatiolle ja miten voi varautua erilaisiin ughiin. (Viitala & Jylhä 2013, 49–50; Vuorinen 2013, 88–90.)

Vaikka SWOT-analyysi on näennäisesti helppo tehdä, hyvän analyysin tekeminen on vaativaa sen synteesiluonteen takia. Johtopäätösten ja toimenpide -ehdotusten tekemisen perustana voisi pitää ajatusmallia, jossa vahvuudet käytetään hyväksi ja vahvistetaan, heikot puolet poistetaan, lievennetään tai vältetään. Mahdollisuuksista varmistetaan niiden hyödyntäminen ja uhkia voidaan kiertää, lieventää, poistaa tai kääntää mahdollisuudeksi. (Kamensky 2014, 198.) SWOT-analyysiä ei tulisikaan jättää vain kirjaamisen tasolle, vaan siitä pitäisi vetää johtopäätökset ja ryhtyä toimenpiteisiin. SWOT-analyysi voi auttaa organisaatiota huomioimaan oikeita asioita kehittäessään toimintaansa. (Viitala & Jylhä 2013, 50.)

5.3.2 SWOT-analyysin toteuttaminen

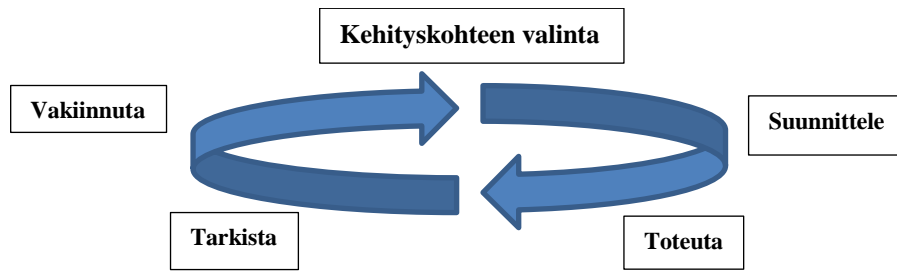
Ennen SWOT-analyysikyselyä opinnäytetyöntekijä kertoi 8.5.2014 osastotunnilla hoitohenkilöstölle opinnäytetyöstään, sen tarkoituksesta, tavoitteesta ja tutkimusaineiston keruusta. Henkilöstölle kerrottiin myös suunnitelmasta toteuttaa hiljainen raportointikäytäntö tämän tutkimuksen pohjalta tehdyn suunnitelman mukaisesti. Opinnäytetyöntekijä esitteli SWOT-analyysilomakkeen (liite 6) hoitohenkilöstölle ja kertoi käytännön asioista, kuten kyselylomakkeeseen vastaamisesta, keräysajan kestosta ja mihin vastaukset palautetaan. Henkilöstöä informoitiin myös vastaamisen vapaaehtoisuudesta ja nimettömänä vastaamisesta. Henkilöstöä pyydettiin vastaamaan SWOT-analyysilomakkeeseen heidän omia ajatuksiaan ja mielipiteitä hiljaisen raportointikäytännön vahvuuksista ja heikkouksista nelikentän yläosaan. Hiljaisen raportointikäytännön mahdollisuudet ja uhat merkittiin nelikentän alaosaan. Lomakkeisiin pyydettiin vastaamaan nimettömästi yksilöinä, kukin oman aikataulunsa mukaan. Täytetyt lomakkeet ohjattiin palauttamaan osaston taukahuoneessa olevaan suljettuun vastauslaatikkoon. Vastauslaatikon ja lomakkeiden yhteydessä oli informaatiokirje osallistujille (liite 7) ja ohjeet vastaamisesta. Vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa eli 8.5–23.5.2014.

Vastausajan päättyessä lomakkeita oli palautettu vähäinen määrä, joten palautusaikaa pidennettiin vielä viikolla 1.6.2014 asti. SWOT-analyysilomakkeisiin vastaamisesta lähetettiin vielä informaatiota sähköpostiviestillä koko vuodeosaston henkilöstölle. SWOT-analyysilomakkeita palautettiin lopulta 16 kappaletta. Kaikki palautetut lomakkeet olivat täytettyjä asianmukaisesti. Palautetut analyysilomakkeet opinnäytetyöntekijä luki huolellisesti läpi useamman kerran ja teki aineistolle aineistolähtöisen sisällönanalyysin.

5.3.3 Benchmarking

Benchmarking toiminnan tavoitteena on kerätä toisilta yrityksiltä tietoja ja taitoja, joita voidaan soveltaa omassa organisaatiossa. Yleensä omaa toimintaa verrataan vain tiettyyn valittuun osa-alueeseen suhteessa tässä asiassa edellä olevaan organisaatioon. Sitä voidaan hyödyntää myös jonkin erityisen ongelman ratkaisemiseen. (Vuorinen 2013, 158–159.) Etuna on myös se, että saadaan konkreettisesti käsitys siitä, miten esikuvaorganisaatio on kyennyt ratkaisemaan tietyn prosessin toteutuksen (Hotanen, Laine & Pietiläinen 2001, 18–19).

Benchmarkingia voidaan kuvata prosessinomaisena toimintana. Prosessi alkaa yleensä omien kehittämistarpeiden määrittelyllä ja sen kuvaamisella. Seuraavaksi valitaan kehittämiskohde ja etsitään omaan organisaatioon sopiva tässä asiassa menestynyt vertailukohde. Suunnitteluvaiheessa sovitaan käynti esikuvaorganisaatioon, toimitetaan kysymykset ennakkoon ja valmistaudutaan käyntiä varten. Yhteistyöhön ryhdyttäessä vaihdetaan kokemuksia vertailtavan organisaation kanssa ja otetaan oppia miten he tekevät ja toimivat. Tämän jälkeen päästään analysoimaan toiminnan eroja ja miettimällä omat tavoitteet. Kehittämistyössä voidaan soveltaa saatuja oppeja, toteuttaa muutoksia ja arvioida niiden perusteella uutta toimintaa. (Hotanen ym. 2001, 14, 21–22; Vuorinen 2013, 160–161.) Seuraavassa kuviossa (kuvio 4) esitettynä benchmarking-prosessi.



KUVIO 4. Benchmarking-prosessi (Hotanen ym. 2001, 14)

5.3.4 Benchmarking-haastattelun toteuttaminen

Benchmarking tehdään yleensä prosessimukaisesti vierailemalla ja tutustumalla kohdeorganisaation toimintaan sekä haastattelemalla. Tässä opinnäytetyössä benchmarking päädyttiin toteuttamaan ainoastaan haastattelun keinoin. Benchmarking -haastattelun tarkoituksena oli saada tietoa ja oppia sellaisesta yksiköstä, jossa hiljainen raportointi on ollut käytössä menestyksekkäästi. Tavoitteena on saadun tiedon ja opin hyödyntäminen omassa yksikössä, kun hiljaista raportointikäytäntöä suunnitellaan ja käynnistetään. Benchmarking-kohdeorganisaatioksi valittiin Hatanpään sairaalan infektio-osasto B0, jossa hiljainen raportointikäytäntö on ollut käytössä vuodesta 2011 lähtien. Infektio-osasto B0 on Taysin erikoissairaanhoidon toimintayksikkö, joka toimii Hatanpään sairaalassa. Infektio-osasto B0:lla hoidetaan erilaisia infektiosairauksia sairastavia potilaita sekä potilaita, joilla on todettu esimerkiksi leikkauksen jälkeinen infektio. Osastolla on 22 sairaansijaa, mutta käytössä niistä on 15 vuodepaikkaa. Osaston hoitajat ovat kahta lukuun ottamatta sairaanhoitajia.

Benchmarking-haastattelun suunnittelu alkoi yhteydenotolla puhelimitse infektio-osasto B0:n osastonhoitajaan. Opinnäytetyöntekijä varmisti hiljaisen raportointikäytännön toteuttamisen infektio-osastolla ja esitti toiveensa benchmarking -haastattelusta kertoen sen liittyvän opinnäytetyönsä aiheeseen. Osastonhoitaja oli hyvin innostunut aiheesta ja benchmarking -haastatteluajankohdaksi sovittiin 15.5.2014. Puhelimessa opinnäytetyöntekijä kertoi etukäteen lähetettävästä haastattelulomakkeesta haastateltavalle osastonhoitajalle sähköpostitse.

Benchmarking-haastattelulomakkeen kysymykset (liite 8) opinnäytetyöntekijä suunnitelti ja laati kirjallisuuskatsauksessa nousseiden tulosten ja aiheiden pohjalta. Haastatte-

lulomakkeessa oli 13 avointa kysymystä, jotka käsittelivät hiljaisen raportoinnin käyttöön ottamisen suunnittelua, toteuttamista, hiljaisen raportoinnin hyötyjä ja epäedullisia puolia sekä henkilökunnan kokemuksia hiljaisesta raportointikäytännöstä. Haastattelurunko, informaatiokirje (liite 9) ja suostumuslomake (liite 10) lähetettiin sähköpostitse viikkoa ennen haastatteluajankohtaa haastateltavalle. Informaatiokirjeessä kerrottiin haastattelun nauhoituksesta, jotta vastaukset saadaan mahdollisimman hyvin muistiin.

Benchmarking-haastattelu tapahtui Hatanpään sairaalassa osastonhoitajan työhuoneessa sovittuun aikaan. Haastateltava oli valmistautunut haastatteluun täyttämällä etukäteen suostumuslomakkeen ja tutustumalla haastattelukysymyksiin. Haastattelu nauhoitettiin opinnäytetyöntekijän varaamalla nauhurilla ja siitä kerrottiin vielä haastattelun alussa. Haastateltava oli hyvin innostunut aiheesta ja kertoi avoimesti infektiio-osaston hiljaisen raportoinnin käyttöönotosta ja sen toteutumisesta. Haastattelu oli avoin ja enemmänkin keskustelevaa pysyen kuitenkin haastattelurungon aiheissa. Opinnäytetyöntekijä teki tarkentavia kysymyksiä, varmisti haastateltavan vastauksia ja teki tarvittaessa muistiinpanoja. Haastattelu sujui hyvässä vuorovaikutuksessa ja rauhallisessa ympäristössä. Haastatteluun oli varattu tunti aikaa, joka ylittyi noin 10 minuutilla. Lopuksi vielä keskusteltiin muistakin asioista ilman nauhoitusta. Opinnäytetyöntekijä sai luvan lähettää haastateltavalle sähköpostilla tarvittaessa lisäkysymyksiä tai tarkennuksia vastauksiin.

Haastattelun jälkeen haastattelunauha kuunneltiin kertaalleen haastattelun tallentumisen varmistamiseksi. Tämän jälkeen haastattelu litteroitiin eli kirjoitettiin auki sana sanalta. Puhtaaksi kirjoitettua aineistoa syntyi 19 sivua A4 arkkiä rivivälillä 1,5. Litterointi tapahtui vasta syyskuussa, joten nauhoitettu haastatteluaineisto kuunneltiin litteroinnin jälkeen vielä kerran ja samalla tarkistettiin puhtaaksikirjoitus. Benchmarking-haastattelusta ei tehty sisällönanalyysiä vaan haastattelusta poimittiin hiljaiseen raportointikäytäntöön liittyviä teemoja. Nämä teemat esitellään tarkemmin tämän opinnäytetyön tulososassa Benchmarking-haastattelun tulokset nimellä.

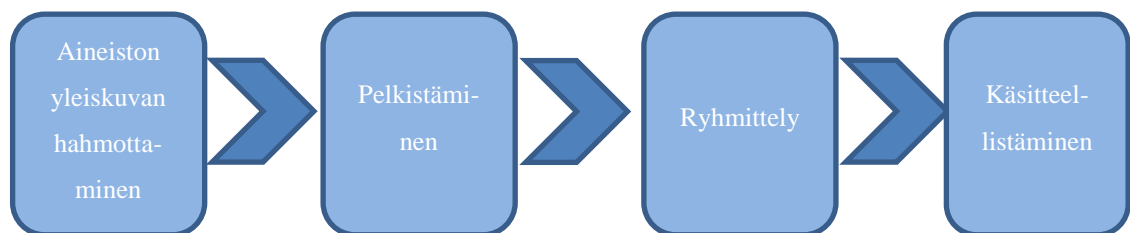
5.4 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysimenetelmä on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa analyysimenetelmänä. Sitä voidaan käyttää yksittäisenä metodina, mutta myös teoreettisena viitekehyksenä, joka voidaan yhdistää erilaisiin ana-

lyysikokonaisuuksiin. Sisällönanalyysimenetelmä ei ole ainoastaan laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Sisällönanalyysi on analyysimenetelmä, jonka avulla voidaan kuvata analysoitavaa tekstiä. Tällä menetelmällä voidaan analysoida erilaisia dokumentteja systemaattisesti järjestäen ja kuvaten tutkimusaineistoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 112.)

Laadullinen sisällönanalyysi jaotellaan deduktiiviseen eli teorialähtöiseen ja induktiiviseen eli aineistolähtöiseen. Deduktiivinen eli teorialähtöinen analyysi on perinteinen analyysimalli, joka perustuu jo tiettyyn, valmiiksi olemassa olevaan teoriaan, malliin tai auktoriteetin ajatteluun. Aineiston analyysia ohjaa siis jo aiemman tiedon pohjalta luotu malli ja tätä analyysimallia käytetään useimmiten jo tutkitun tiedon testaamisessa uudessa asiayhteydessä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96–98.)

Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi alkaa tutkimusaineiston yleiskuvan hahmottamisesta. Tutkittava ilmiö ja tutkimustehtävät ohjaavat aineiston analyysia. Tämän jälkeen aineisto pelkistetään (reduointi) valitsemalla aineistosta merkittävät ilmaisut, ryhmitellään (klusterointi) ja käsitteellistetään (abstrahointi) ne. Prosessinomaisen pelkistämisen, ryhmittelyn ja käsitteellistämisen avulla tutkimusaineistosta saadaan vastauksia tutkimuskysymyksiin ja tehtäviin. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–119.) Kuviossa 5 on kuvattuna aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen vaihe vaiheelta.



KUVIO 5. Aineistolähtöisen sisällön analyysin vaiheet (Kylmä & Juvakka 2007, 116).

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, jonka ensimmäinen vaihe on pelkistäminen eli aineiston reduointi. Pelkistämällä tarkoitetaan aineiston tiivistämistä tai pilkkomista osiin, niin että aineistosta karsitaan tutkimukselle kaikki merkityksettömät asiat pois. Aineiston pelkistämistä ohjaavat tutkimuskysymykset. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi alkaa analyysiyksiköiden määrittämisellä. Analyysiyksikkö

voi olla yksittäinen sana, lause tai lauseen osa. Se voi olla jokin ajatus, joka ilmaistaan useilla lauseilla. Aineistosta nostetaan alkuperäisilmauksia, jotka liittyvät tutkimuskysymyksiin. Alkuperäisilmaukset tiivistetään ja näistä syntyvät pelkistetyt ilmaisut eli koodatut alkuperäisilmaukset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–110.)

Aineiston pelkistämisen jälkeen se ryhmitellään. Aineiston ryhmittelyssä eritellään pelkistettyjen ilmauksien samanlaisuudet ja eroavaisuudet. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja annetaan sille sen sisältöä hyvin kuvaa nimi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 28.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä kolmas vaihe on aineiston käsitteellistäminen. Sillä erotellaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämistä jatketaan yhdistelemällä luokituksia, niin kauan kuin se on mahdollista. Ryhmittelyssä edetään alaluokkien ryhmittelyä yläluokkiin, yläluokat yhdistetään mahdollisesti pääluokkiin ja näitä yhdistäviin luokkiin asti. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 29; Tuomi & Sarajärvi 2009, 11–112.) Käsitteellistäminen on prosessi, jonka käsitteiden avulla tutkija muodostaa kuvauksen tutkittavasta aiheestaan. Tutkija vertaa teoriaa ja johtopäätöksiä koko ajan alkupe-
räisaineistoon muodostaessaan uutta teoriaa. (Tuomi & Sarajärvi 2007, 112.)

Sisällönanalyysi perustuu tutkijan tulkintaan ja päättelyyn. Prosessi etenee kokemuspä-
räisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta aiheesta. Tuloksissa esitellään aineistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tuloksissa kuvataan myös luokittelujen pohjalta muodostetut käsitteet tai kategoriat ja niiden sisällöt. (Tuomi & Sarajärvi 2007, 112–113.)

5.4.1 Aineiston analyysin toteuttaminen

Aineiston analyysin pohjana on SWOT-analyysi, joka on teorialähtöinen sisältäen valmiit osa-alueet S (vahvuudet), W (heikkoudet), O (mahdollisuudet) ja T (uhat). SWOT-analyysilomakkeiden osa-alueiden sisältö analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysimenetelmällä. Aineiston kokonaiskuvan saamiseksi, vastauslomakkeet luettiin useampaan kertaan läpi. Vastauslomakkeita saatiin 16 kappaletta ja kaikki vastauslomak-

keet hyväksyttiin tutkimukseen. Vastauslomakkeissa alkuperäisilmauksista vahvuuksia kirjattiin 31 kpl, heikkouksia 53 kpl, mahdollisuuksia 32 kpl ja uhkia 45 kpl. Vastauksiksi luettiin yksittäiset sanat, ilmaisut tai lauseet, jotka vastaajat olivat merkinneet ajatusviivalla tai erillisellä rivillä vastauslomakkeisiin.

Tämän jälkeen vastaukset kopioitiin sanatarkasti neljään eri tiedostoon. Vastaukset kirjattiin SWOT-analyysilomakkeen neljän eri osa-alueen mukaan eli vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhkat Tämän jälkeen aineistosta etsittiin analyysiyksiköt osa-alueittain, jotka vastasivat mielipiteisiin ja ajatuksiin hiljaisesta raportointikäytännöstä. Aineistosta haettiin merkityksellisiä sanoja, lauseita tai ilmaisuja, jotka ilmaisivat mielipiteen tai ajatuksen hiljaisesta raportointikäytännön vahvuuksista, heikkouksista, mahdollisuuksista ja uhkista. Vastauksia haettiin myös tutkimuskysymyksiin perustuen; millaisia edellytyksiä tulee olla hiljaiseen raportointiin siirryttäessä ja millaisia asioita tulee ottaa huomioon, kun siirrytään suunnitellusti hiljaiseen raportointikäytäntöön. Analyysi tehtiin osa-alueittain. Samankaltaiset ilmaisut osa-alueittain merkittiin samavärisellä yliviiuvauskynällä, listattiin ja niistä muodostettiin pelkistetyt ilmaukset. Taulukossa 3 esimerkki aineiston pelkistämisestä HEIKKOUDET osa-alueelta.

TAULUKKO 3. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Suora lainaus	Pelkistetty ilmaus
<i>ei ole rauhallista tilaa raportin lukuun, kansliassa hälinää/omaisia/puhelin soi nykyiset tilat huonot hiljaisen raportoinnin toteuttamiseen</i>	rauhallisen paikan tarve hiljaiselle raportoinnille ei tiloja, jossa hiljainen raportointi onnistuu

Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin ja tulkittiin samankaltaisuudet ja eroavaisuudet. Ne ryhmiteltiin ja muodostettiin alakategoriat samankaltaisuuksien mukaan. Ryhmittelyn tuloksena pelkistetyistä ilmauksista muodostui 21 alakategoriaa HEIKKOUDET osa-alueelta. Taulukko 4 esimerkki alakategorian muodostumisesta.

TAULUKKO 4. Esimerkki alakategorian muodostumisesta

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
rauhallisen paikan tarve hiljaiselle raportoinnille ei tiloja, jossa hiljainen raportointi onnistuu	ei rauhallista tilaa hiljaiselle raportoinnille

Samansisältöisistä alakategorioista muodostettiin yläkategoriat. Yläkategoriat nimettiin niin, että ne kuvaavat niitä alakategorioita, joista ne on muodostettu. Yläkategorioita muodostui 8 kappaletta. Yläkategorian muodostumisesta esimerkki taulukko 5.

TAULUKKO 5. Esimerkki yläkategorian muodostumisesta

Alakategoria	Yläkategoria
ei rauhallista tilaa hiljaiselle raportoinnille	rauhallisen ja häiriöttömän raportointitilan puute

SWOT- analyysin yläkategoriat eri osa-alueilta ovat nähtävissä tuloksissa (taulukko 6).

6 TULOKSET

Tässä luvussa käsitellään aluksi SWOT-analyysin tuloksia osa-alueittain ja toisena benchmarking-haastattelusta saadut tulokset teemojen mukaan. Opinnäytetyössä haettiin vastauksia kysymyksiin: 1. Mitä hiljaiseen raportointiin siirtyminen edellyttää? 2. Miten hiljaiseen raportointikäytäntöön siirrytään suunnitellusti? Luvun lopussa on suunnitelmaehdotus hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymisestä.

6.1 SWOT-analyysin tulokset

Seuraavassa SWOT-analyysin tulokset esitellään osa-alueittain. Osa-alueet on kuvattu tarkemmin alaotsikoin. Taulukossa 5 esitellään SWOT-analyysin yhteenveto tuloksista, jotka ovat myös analyysin yläkategoriat.

6.1.1 Vahvuudet

Vastaajien mukaan hiljaisen raportoinnin vahvuuksiksi todettiin kirjaamisen parantuminen aikaa myöten. Sen uskottiin tehostavan ja napakoittavan kirjaamista ja kirjatun tiedon todettiin olevan relevantimpaa kuin puhutun tiedon. Kirjaamistaitojen ja itsenäisen tiedonhaun oletettiin kehittyvän vastaajien mielestä hiljaisen raportoinnin myötä. Oleellisen tiedon välittymistä ja saamista pidettiin tärkeinä hiljaisessa raportoinnissa.

[hiljainen] raportti täyttää asiaa potilaasta, voi saada lukiessaan juuri ne tiedot, mitä tarvitsee omaan tahtiinsa

Vastaajat näkivät myös hiljaisen raportoinnin hyödyiksi sen, että varsinaiseen välittömään potilastyöhön jäisi enemmän aikaa. Työajan käytön mainittiin tehostuvan ja mahdollistavan työajan joustot, koska raportointiaika lyhentyy ja odottelu-aika vähenee. Tämä nopeuttaa vuoronvaihtotilanteita ja päällekkäisen työajan määrä vähenee.

aamuvuoro pystyy hyödyntämään raportointiin menevän ajan kentällä potilaiden kanssa

edellisen vuoron hoitajalla jää aikaa enempi esim. kotiuttamiseen jne...

aamu- ja iltavuoron hoitajien työpanoksen päällekkäisyys voi vähentyä ja työaikaa enemmän potilastyöhön

Hiljaisen raportoinnin vahvuuksiin todettiin kuuluvan myös raporttiin asiaankuulumattomien puheiden poisjääminen ja rauhallinen raportointitapa. Hoitaja voi tutustua potilaidensa asioihin omalla tavallaan, omaan tahtiinsa ja keskittyen ilman häiriöitä. Potilaiden tietosuojan esitettiin parantuvan, koska tieto jää vain lukijansa tietoon.

tiedon vuotaminen ulos kansliasta toisten potilaiden korviin poistuu

6.1.2 Heikkoudet

Hiljaisen raportoinnin heikkoudet jakaantuvat kahdeksaan kategoriaan. Vastaajat kokivat, että kiire on eräs hiljaisen raportoinnin heikkous. Koettiin, että kiire aiheuttaa puutteita kirjaamiseen, ei ole aikaa kirjaamiseen kiireen vuoksi ja kirjaaminen vie aikaa. Samoin mainittiin, että on aikaa vievää, jos pitää etsiä potilaan tietoja useamman päivän ajalta.

ei ole ehditty kirjata kiireitten takia

...on iso työ/vie aikaa jos pitää selata [potilaan] vointia monen päivän ajalta

Vastaajat olivat huolissaan yhdenmukaisen kirjaamisen puutteellisuudesta, tiedonkulun katkeamisesta ja potilasturvallisuuden vaarantumisesta. Kirjaamistapoja ja otsikoita todettiin olevan liikaa eikä yhdenmukainen selkeä kirjaaminen toteudu vastaajien mielestä.

jos kirjaaminen jää vajavaiseksi, välittyvä tieto voi jäädä epäselväksi tai kokonaan siirtymättä

jos potilasasioita ei ole kirjattu hyvin tai on unohtunut kirjata jotain, potilasturvallisuus vaarassa

Epäkohdiksi ja heikkouksiksi epäiltiin myös tietokoneiden riittävyttä hiljaisen raportin aikana ja potilastietojärjestelmän toimivuutta. Tietokoneiden riittävyttä epäiltiin silloin, kun opiskelijoita on paljon ja yksinkertaisesti todettiin, että tietokoneita ei ole riittävästi lukemiseen. Vastaajien mielestä myöskään hoitokertomuksen nykyiset otsikot eivät vastaa kirjaamisen tarpeita.

ei pääse koneelle, kun edellinen vuoro vielä kesken

huono tietokoneohjelma kirjauksia varten, liikaa otsikoita

Heikkoutena pidettiin rauhallisen ja häiriöttömän raportointitilan puutetta tällä hetkellä. Nykyiset tilat koettiin huonona hiljaisen raportoinnin toteutumiseen ja onnistumiseen, koska kansliat ovat liian rauhattomia. Vastaajien mukaan hiljaiseen raportointiin olisi vaikea keskittyä jatkuvien keskeytysten takia nykyisissä kansliatiloissa.

kansliassa hälinää/omaisia/puhelin soi. missä rauha keskittyä hiljaiseen raportointiin?

Hiljaisen raportoinnin heikkouksina miellettiin myös kollegiaalisen avun heikentyminen ja sosiaalisen vuorovaikutuksen vähentyminen. Raportointilanne on vastaajien mielestä myös työnohjausta, oppimistilanne ja mahdollisuus hoitotyön jälkipuintiin. Tämän pelättiin nyt jäävän pois.

6.1.3 Mahdollisuudet

Hiljaisen raportoinnin mahdollisuudet jakaantuivat neljään kategoriaan. Mahdollisuutena pidettiin kirjaamisen kehittymistä, koska ”on pakko kirjata”. Kirjaamisen kehittämisessä nähtiin välttämättömänä yhtenäiset säännöt kirjaamisesta ja otsikoista. Työajan käytön tehostuminen vastaajien mukaan antaisi mahdollisesti enemmän aikaa välittömään potilastyöhön ja esimerkiksi potilaan neuvontaan jäisi aikaa. Myös työajanjoustot mahdollistuvat ja työajan voi käyttää joustavammin. Mahdollisuutena pidettiin myös

potilaan hoidon laadun paranemista. Hiljaisen raportoinnin ajateltiin mahdollistavan rauhallinen, häiriötön raportointitilanne ilman turhia häiriötekijöitä tai keskeytyksiä.

raportointitilanne on rauhallisempi, ei turhia häiriötekijöitä

6.1.4 Uhat

Hiljaisen raportoinnin uhkina mainittiin tiedonkulun siirtymiseen liittyvät ongelmat, riittämättömät ATK- taidot ja kirjaamistaidot. Näihin liittyivät riittämätön kirjaaminen, kirjaamisen osaaminen ja taito.

jos ei ole kirjattu riittävästi, voi saada liian vähän tietoa potilaan hoidosta

Tietoteknisten ongelmien koettiin olevan uhkana mahdollisten teknisten ongelmien, tietokoneiden toimivuuden ja mahdollisen sähkökatkoksen takia. Nämä voisivat olla uhka tiedon siirtymiselle. Potilasturvallisuuden koettiin heikkenevän hiljaisessa raportoinnissa. Vastaajien mielestä hoito- ja lääkevirheitä saattaa tulla esimerkiksi puutteellisten kirjauksien johdosta tai potilaan hoito viivästyy samasta syystä. Kiire mainittiin erääksi uhkaksi, joka voi ilmetä riittämättömänä kirjaamisena. Toisaalta kirjaamisen todettiin vievän aikaa, jonka pelättiin olevan varsinaisesta hoitotyöstä pois.

kirjaamista väheksymättä – vie aikaa ja taas se on hoitotyöstä pois

Sosiaalisen vuorovaikutuksen väheneminen koettiin uhkaksi, jolloin pelättiin yksin jäämistä, yhteisöllisyyden kärsivän ja vertaistuen jäävän heikoksi. Huolissaan oltiin myös vastavalmistuneiden hoitajien saamasta tuesta ja oppimisesta.

raportoinnin yhteydessä jaamme muutakin kuin tietoa...

...et saa jatkuvaa palautetta kollegalta

Eräänä uhkana hiljaiselle raportoinnille todettiin muutosvastarinta. Muutosvastarinta nähtiin henkilökunnan negatiivina ennakoasenteina ja vastustuksena, jotka heikentävät hiljaisen raportoinnin sisäänajoa ja toteuttamista.

6.1.5 Yhteenveto

SWOT-analyysi toi esille hiljaiseen raportointiin liittyviä vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia. Vahvuuksina tuloksissa esitettiin kirjaamiseen liittyviä odotuksia, joiden mukaan kirjaaminen sekä hoitajien kirjaamistaidot ja itsenäinen tiedonhaku kehittyvät hiljaisen raportoinnin toteutuessa. Toisaalta kirjaamisen kehittyminen katsottiin mahdollisuudeksi tulevaisuudessa. Potilastyöhön koettiin jäävän enemmän aikaa, koska päällekkäisen työajan määrä vähenisi lyhentyneiden raporttiaikojen ja turhien odotteluaikojen johdosta. Hiljaisen raportoinnin vahvuutena pidettiin sen mahdollisuutta häiriöttömään raportointitapaan keskittyen vain oleellisen tiedon saamiseen hoidettavista potilaista. Potilaiden tietosuojan ajateltiin myös parantuvan, koska tieto siirtyisi vain luettuna.

Heikkoutena tuloksissa esitettiin kiirettä, joka osaltaan heikentäisi kirjaamista. Kiire mainittiin myös eräänä uhkatekijänä, joka vaikuttaisi kirjaamisen määrään ja laatuun. Kirjaamisen todettiin vievän paljon aikaa, joka pelättiin olevan potilastyöstä pois. Ongelmana koettiin yhdenmukaisen kirjaamisen puutetta, joka vaikeuttaa hoidettavien potilaiden hoitotietojen löytämistä. Tämän esitettiin vaikuttavan myös potilasturvallisuuden vaarantumiseen ja tiedonkulun katkeamiseen. Heikkouksiksi esitettiin lisäksi tietokoneiden riittävyys raportointiaikaan. Potilastietojärjestelmän toimivuus koettiin heikkoutena sekä potilaan hoitokertomuksen otsikoiden sopivuus kirjaamisen tarpeisiin. Raportointitilanne koettiin olevan eräänlainen koulutus-, oppimis- ja sosiaalisen tuen foorumi tiedonsiirron ja vastuun siirron lisäksi. Näiden uskottiin jäävän pois hiljaisessa raportoinnissa ja se koettiin heikkoudeksi sekä uhkaksi, koska keskustelulle koettiin tarvetta hiljaisen raportoinnin lisäksi.

Mahdollisina uhkina tuloksissa esitettiin tietotekniikkaan liittyviä ongelmia ja sen lisäksi hoitohenkilökunnan puutteellinen tietotekninen osaaminen. Kirjaamisen riittämättömyys ja kirjaamiseen liittyvä hoitohenkilökunnan osaaminen nähtiin uhkina tiedon siirtymiselle. Henkilökunnalla arveltiin olevan negatiivisia ennakkokäsityksiä hiljaisesta raportoinnista, jotka aiheuttavat vastusta ja muutosvastarintaa. Nämä hidastaisivat hiljaiseen raportointiin siirtymistä ja toteuttamista.

TAULUKKO 6. SWOT-analyysin tulokset osa-alueittain

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<ul style="list-style-type: none"> - Kirjaamisen parantuminen - Kirjaamistaidot ja itsenäinen tiedonhaku kehittyvät - Potilastyöhön enemmän aikaa - Työajan käyttö tehostuu - Työajan joustot - Asiaankuulumaton puhe jää pois - Rauhallinen raportointitapa - Tietosuoja paranee 	<ul style="list-style-type: none"> - Kiire - Yhdenmukaisen kirjaamisen puute - Tiedonkulun katkeaminen ja potilasturvallisuuden vaarantuminen - Tietokoneiden riittävyys - Potilastietojärjestelmä - Rauhallisen ja häiriöttömän raportointitilan puute - Kollegiaalisen avun heikentyminen - Sosiaalisen vuorovaikutuksenväheneminen
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<ul style="list-style-type: none"> - Kirjaamisen kehittyminen - Työajan käytön tehostuminen - Potilaan hoidon laatu paranee - Rauhallinen ja häiriötön raportointitilanne 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiedonkulun siirtymisen ongelmat - Riittämättömät ATK- ja kirjaamistaidot - Tietotekniset ongelmat - Potilasturvallisuuden heikkeneminen - Kiire - Sosiaalisen vuorovaikutuksen väheneminen - Muutosvastarinta

6.2 Benchmarking-haastattelun tulokset

Benchmarking-haastattelusta poimittiin hiljaiseen raportointikäytäntöön liittyviä teemoja. Tuloksista nousi esille viisi teemaa, jotka esitellään alaotsikoittain seuraavaksi.

6.2.1 Hiljaisen raportointikäytäntöön valmistautuminen ja siirtyminen

Benchmarking-kohteessa hiljaiseen raportointiin siirryttiin syksyllä 2011. Raportointimuutokseen ei ollut tehty mitään virallista muutossuunnitelmaa tai käynnistettyä projektia. Osastonhoitaja oli itse saanut jo aikaisemmin ajatuksen hiljaisesta raportointikäytännöstä ja sen mahdollisesta toteuttamisesta omassa yksikössään. Haastattelussa osastonhoitaja toi esille yleisiä käsityksiä siitä, miten hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymisen uskotaan vaativan paljon valmistelutyötä, koulutustyötä ja kirjaamisen kehittä-

mistyötä. Haastateltavan kokemuksen mukaan hiljainen raportointikäytäntö lähtee todella kehittymään vasta sen käyttöön ottamisen jälkeen. Hän epäroi kuitenkin muutosta ilman riittävää osaston henkilökunnan taustatukea. Lopullisen sysäyksen raportointikäytännön muutokseen suullisesta hiljaiseen raportointiin antoi oma henkilökunta. Osastolla oli aloitettu työkierto 2011, jolloin osa sairaanhoitajista työskenteli Taysin KEI 1:llä, jossa oli käytössä hiljainen raportointikäytäntö omahoitajuuden lisäksi. Nämä työkierrosta palanneet sairaanhoitajat esittivät osastonhoitajalleen toiveensa muuttaa työnjakomallia, jossa olisi paremmat mahdollisuudet toimia omahoitajina ja toteuttaa hiljaista raportointikäytäntöä.

Muutosta hiljaiseen raportointikäytäntöön vietiin eteenpäin järjestämällä koulutusiltapäivä. Koulutusiltapäivässä käytiin läpi mitä hiljaisella raportointikäytännöllä tarkoitetaan ja mitä se edellyttää käytännössä. Samalla käynnistettiin kirjaamisen projektityöryhmä, jonka tarkoituksena oli kehittää kirjaamista, vaikka sitä oli jo aiemminkin kehitetty. Koulutuksen jälkeen laadittiin minimikirjaamisen tavoitteet. Yksikössä luovuttiin myös moduulijaosta, joka koettiin olevan esteenä omahoitajuuden toteutumiselle ja hiljaisen raportoinnin onnistumiselle. Potilailla on nimetty omahoitaja ja korvaava hoitaja. Työvuorosuunnitellulla pyrittiin mahdollisuuksien mukaan tukemaan tätä järjestelmää. Eräänä tavoitteena ja edellytyksenä oli myös se, että jokaisella potilaalla olisi hoitosuunnitelma. Hiljaisen raportoinnin käynnistyttyä, kirjaaminen toteutui hoitosuunnitelmiin. Potilaskertomuksissa hoitosuunnitelmiin oli sovitut sisällöt ja paikka, jotta kaikki löytäisivät tehdyt hoitosuunnitelmat helposti. Vaikutti siltä, että osastonhoitaja oli todella muutosaktiivinen ja itse vihkiytynyt omahoitajuuteen.

6.2.2 Hiljaisen raportointikäytännön toteutus

Benchmarking-kohteessa työskennellään kolmessa vuorossa. Pääsääntöisesti aamuvuoro työskentelee klo 7.15–15, iltavuoro klo 13.15–21.15 ja yövuoro klo 21–7.15. Välivuoro on klo 11–19 arkipäivisin. Näin ollen aamuvuoroissa työskentelee 4.5 hoitajaa, iltavuoroissa 3.5 hoitajaa. Hiljainen raportointikäytäntö toteutuu iltapäiväraportin aikaan, jolloin päällekkäistä työaika on 1h 45 minuuttia. Yövuororaportit ovat lyhyitä suullisia raportteja. Päällekkäinen työaika mahdollistaa iltavuoron hoitajien tilaisuuden tutustua omien potilaidensa hoitosuunnitelmiin ja potilaskertomuksiin. Aikaa jää tutustua potilaan hoitamiseen ja konsultoida aamuvuoron hoitajaa tarkistamalla tai varmis-

tamalla potilaiden asioita. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että iltavuoron hoitaja voi työhön tullessaan aloittaa työnsä lukemalla omien potilaidensa tietoja aamuvuoron hoitajien tekemän työnjako suunnitelman mukaan.

Työnjaossa on otettu huomioon omahoitajuus/ korvaava hoitaja järjestelmä. Omahoitajuudella tarkoitetaan, että potilailla hoitajaksonsa ajan oli nimetty omahoitaja, joka laati omapotilaidensa hoitosuunnitelmat. Omahoitajan poissa ollessa korvaava hoitaja hoiti potilaita hoitosuunnitelmien mukaan ja tarvittaessa päivitti niitä. Kaikilla osaston hoitajilla on omia potilaita tai he toimivat korvaavina hoitajina. Perushoitajilla on myös kokonaisvastuu potilaistaan. He osallistuvat omien potilaidensa lääkärinkierrolle ja tekevät lääkemuutokset lääkeseosioon vastuusairaanhoitajan vielä tarkastaessa muutosten oikeellisuuden. Nimetty vastuusairaanhoitaja myös toteuttaa lääkehoidon potilaille. Työasemat sijaitsevat pääasiassa osaston kansliassa ja mobiilivälineitä löytyy osaston käytävältä. Osaston kanslia on häiriöaltis työskentelypaikka, joten moni hoitajista hakeutuu käytävälle mobiilivälineille lukemaan potilastietoja. Osa työntekijöistä käyttää lukiesaan kuulosuojaimia, jotka auttavat keskittymään ja suojaavat hälinältä. Osastonhoitajan mukaan tarvetta olisi suurempaan määrään työasemia, mutta tilojakaan ei ole niiden lisäämiselle tällä hetkellä.

6.2.3 Hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymisen edellytykset

Haastattelussa ilmeni useita eri asioita, jotka ovat edellytyksiä hiljaisen raportoinnin mahdollistamiseksi. Esimiehen kiinnostus, kannustus ja tuki työntekijöilleen olivat tärkeitä hiljaisen raportointiin siirtymisessä ja sen toteuttamisessa. Myös henkilökunnan oma halu, motivoituneisuus ja sitoutuneisuus edesauttoivat hiljaiseen raportointiin siirtymisessä ja juurruttamisessa osastolle. Työnjakomallin muutos moduulityönjaosta omahoitajamalliin oli merkittävä edellytys hiljaisen raportoinnin onnistumiseksi. Osastonhoitajan mukaan vasta todellinen omahoitajuuden toteutuminen luo mahdollisuuden hyvään kirjaamiseen ja hoitosuunnitelmien tekemiseen. Omahoitajuus ja hyvä kirjaaminen nähtiin kytkeytyvän olennaisesti toisiinsa. Kirjaamista auttoivat osastolla olevat ns. tulorutiinit ja kirjaamiseen tehdyt minimikirjaamiskriteerit. Hoitosuunnitelman laatimiseen olivat yhdessä sovitut sisällöt ja otsakkeet, jotka auttavat kirjaamisessa. Hoitosuunnitelman päivittäminen ajan tasalle kuuluu jokaiselle hoitajalle, ei vain potilaan omahoitajalle. Kirjaamisen kehittämiseen perustettiin työryhmä, joka vei kirjaamiske-

hittämistä osastolla eteenpäin. Hyvä kirjaaminen ja hoitosuunnitelma ovat merkittäviä asioita hiljaisen raportoinnin toteutumiselle ja potilasturvallisuudelle. Jatkuvaa koulutusta tarvitaan mm. kirjaamiseen.

6.2.4 Hiljaisen raportointikäytännön hyödyt ja kielteiset kokemukset

Hiljainen raportointimalli toi osastolle selkeämmän työnjaon entiseen verrattuna, koska jokainen hoitaja tiesi paremmin keiden potilaiden hoidosta on vastuussa työvuoronsa aikana. Myös kirjaaminen alkoi toteutua paremmin esimerkiksi hoitosuunnitelmien kattavammalla laatimisella. Tarkemman kirjaamisen myötä potilaasta haettava tieto löytyi helpommin ja potilaasta sai selkeämmän kokonaiskuvan. Potilasturvallisuuden koettiin parantuneen, koska hoidettavasta potilaasta saatiin riittävästi tietoa hyvän kirjaamisen ansiosta. Hyvän kirjaamisen on todettu myös parantavan potilaiden hoidon jatkuvuutta. Työvuorosuunnitellulla voidaan tukea potilaiden hoidon jatkuvuutta niin, että hoitaja voi jatkaa samojen potilaiden hoitamista seuraavassa työvuorossaan.

Hoitajien persoonalliset taidot kirjaamiseen vaihtelevat, mutta hyvänä ja reiluna keinona oli pidetty rakentavan palautteen antamista kollegalle hänen kirjaamistavastaan. Eräänä hyötynä hiljaisesta raportoinnista oli koettu työajan tehokkaampi käyttö, työaikaa ei kulu turhaan odotteluun raportoinnin saajalla kuin antajallakaan, eivätkä raportit näin ollen veny. Kollegiaalisen tuen antaminen ja tiedonjakaminen on erilaista kuin suullisessa raportoinnissa, mutta päällekkäinen työaika antaa mahdollisuuden kollegiaaliseen keskusteluun.

Kielteisinä seikkoina hiljaisessa raportoinnissa on hälyaltis raportointiympäristö, riittämätön määrä työasemia hiljaisen raportoinnin lukemiseen ja erityisesti aamuisin liian lyhyt luku-aika perehtyä omiin potilaisiin. Hiljaiseen raportointimalliin siirryttäessä oli tälläkin osastolla havaittavissa muutosvastarintaa, mutta koska suurin osa hoitajista oli sitoutunut muutokseen, muutos oli mahdollinen. Entiseen raportointimalliin ei kuitenkaan haluta enää palata. Eräs vaikeaksi koettu asia hiljaisessa raportoinnissa ja omahoitajuudessa on vastuullisuus. Suurin muutos entiseen moduulimalliin verrattuna oli hoitajan vastuullisuuden esille tuominen heidän omille potilailleen ja heidän omaisilleen. Aiemmin oli työskennelty turvallisesti ryhmässä eikä omia potilaita välttämättä ollut.

6.2.5 Uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttäminen

Osastonhoitajan mukaan uusien työntekijöiden perehdyttäminen vaatisi pidemmän perehdyttämisajan kuin se on tällä hetkellä realistisesti mahdollista. Optimaalinen perehdyttämisaika olisi noin kuukauden pituinen, mutta käytännössä se on paljon lyhyempi resurssien vähydestä johtuen. Palaute uusilta työntekijöiltä on ollut kuitenkin positiivinen ja he ovat kokeneet työhön tulon uutena työntekijänä turvalliseksi riittävän perehdyttämisen ansiosta. Erityisesti vastavalmistuneet sairaanhoitajat eivät alkuun kannata kokonaisvastuuta potilaiden hoidosta, vaan heidät perehdytetään hyvin ennen täysin itsenäistä työskentelyä. Varsin pian vastavalmistuneet sairaanhoitajat kuitenkin haluavat toimia omahoitajina tai korvaavina hoitajina. He haluavat työskennellä itsenäisesti ja sen mahdollistaa turvallinen ilmapiiri. Kokeneemmat kollegat neuvovat, opettavat ja ohjaavat tarvittaessa. Opiskelijat saavat ohjauksen hiljaiseen raportointiin raportointitilanteissa, joissa he yhdessä ohjaajiensa kanssa lukevat hoitamiensa potilaiden hoitotietoja. Yhdessä ohjaajan kanssa luetaan ja keskustellaan hoitosuunnitelman pohjalta potilaiden hoidon kannalta olennaiset tiedot ja toteuttaminen.

7 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan opinnäytetyön eettisyyttä, luotettavuutta ja tuloksia verrataan aikaisempiin tutkimuksiin. Tulosten perusteella esitetään suunnitelmaehdotus, johdopäätöksiä ja jatkotutkimushaasteita.

7.1 Eettisyys

Hyvään tieteelliseen tutkimuskäytäntöön oletetaan kuuluvan, että tutkija noudattaa tiettyjä eettisiä periaatteita. Nämä eettiset periaatteet tutkijan tulee tuntea ja hän on itse vastuullinen niiden noudattamisesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133.) Hirsjärven ym. (2010, 23–24) mukaan eettisiin menettelytapoihin ja periaatteisiin kuuluvat tutkijan rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden arvioinnissa. Tutkija käyttää tieteellisten kriteereiden mukaisia ja eettisesti kestäviä tutkimushankinta- ja arviointimenetelmiä ja on avoin tuloksia julkaistessaan. (Hirsjärvi ym. 2010, 23–24.)

Tutkimusaihetta valitessaan tutkijan tulee pohtia aiheensa merkitystä erityisesti siihen osallistuville ja arvioida tutkimustulosten hyödynnettävyyttä hoitotyön kehittämisessä. Tutkimukseen osallistuminen tulee aina olla vapaaehtoista ja tutkittaville on annettava mahdollisuus keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Tutkimuksessa tulee huomioida ja turvata tutkittavien anonymiteetti. Tutkimukseen osallistuvat antavat suostumuksensa yleensä suostumuslomakkeella, joita monessa organisaatiossa on valmiina lomakkeina. Saatekirjeessä tulee tutkittaville kertoa tutkimuksesta, siihen osallistumisesta, aineiston keruusta ja säilytyksestä sekä tutkimustuloksien julkaisusta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–219, 221.)

Tämän opinnäytetyön aihe tuli omalta esimieheltäni. Aihe on työelämälähtöinen ja aiheen valintaan vaikutti myös oma haluni olla kehittämässä oman työyhteisöni raportointikäytäntöä. Opinnäytetyö toteutettiin opinnäytetyöntekijän omassa työyhteisössä. Opinnäytetyöntekijän suhde tutkittaviin on läheinen ja se voi vaikuttaa tutkittavien osallistumisessa tutkimukseen ja tutkimustuloksiin. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkittaville korostettiin anonymiteettia. Jokaisella sisätautien vuodeosastolla

työskentelevällä hoitajalla oli mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Tutkittavia informoitiin tutkimuksesta suullisesti ja kirjallisesti ennen tutkimusta eräällä osastotunnilla. SWOT-lomakkeisiin ohjattiin vastaamaan nimettömästi. Opinnäytetyöntekijä kertoi opinnäytetyöstään, sen tarkoituksesta, aineiston keruumenetelmistä ja tutkimuksen käytännön asioista. Benchmarking-haastatteluvälille lähetettiin etukäteen saatekirje tutkimuksesta haastattelukysymyksineen, informaatio haastattelun nauhoituksesta ja tietoinen suostumuslomake. Benchmarking-haastattelutilanteessa kerrottiin vielä haastattelun nauhoituksesta haastatteluvälille. Benchmarking-kohteen haastateltava antoi luvan organisaationsa nimen julkaisuun tässä opinnäytetyössä.

Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa tutkimukselle haetaan lupa ennen aineistokeruuvaihetta. Tutkimuslupaa haettaessa tarvitaan valmis tutkimussuunnitelma. Eri organisaatioilla on erilaisia ohjeita ja lomakkeita tutkimusluvan hakemiseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 71.) Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä kaikkiin ammattikorkeakoulussa tehtäviin selvitys- ja kehittämishankkeisiin sekä opinnäytetöihin haetaan lupaa. Hankkeilla tarkoitetaan työelämälähtöisiä kehittämistehtäviä tai opinnäytetöitä, jotka ovat ammattikorkeakoulujen opiskelijoiden toteuttamia. Yksittäiseen opinnäytetyöhön opiskelija hakee luvan vasta sen jälkeen, kun opinnäytetyösuunnitelma on hyväksytty AMK:ssa. Opinnäytetyön tutkimusaineistoa ei saa kerätä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ennen tutkimusluvan myöntämistä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri toimintaohje 2010–2011.) Hankkeilla ja opinnäytetöillä on nimetty vastaava opettaja, yliopettaja tai lehtori. Työelämän puolella osastonhoitajan on huolehdittava siitä, että hankkeilla tai opinnäytetöillä on yleensä toteuttamismahdollisuudet ko. yksikössä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri toimintaohje 2010.) Opinnäytetyöntekijä toimi edellä mainituilla ohjeilla ja hänelle myönnettiin tutkimuslupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä erillisin ohjein.

Tutkimusmenetelmien valintaa ohjaavat toimeksianto, tutkimusongelma ja tutkimuksen tavoitteet (Vilkkä 2005, 31). Tutkijan on myös tunnettava tutkimusmenetelmiä ja osattava soveltaa niitä. Tutkijan on arvioitava metodien soveltuvuus tutkittavan ongelman selvittämiseksi. Menetelmän valintaan vaikuttavat oleellisesti myös, minkälaista tietoa etsitään, keneltä ja mistä. (Hirsjärvi ym. 2010, 183–185). Tutkijan on käytettävä tutkimuksessaan tiedeyhteisön yleisesti hyväksymiä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä (Vilkkä 2005, 30). Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kehittämistoimintaa ja siihen tiedonhankintamenetelminä sopivat SWOT-analyysi ja benchmarking-haastattelu. SWOT-analyysi soveltui työyksikön alkutilanteen ja voimavarojen

arviointiin tutkittavasta ilmiöstä. Benchmarking menetelmänä antoi erinomaisen tilaisuuden vertailuoppimiseen miten esikuvana toiminut työyksikkö oli käytännössä ratkaissut tutkittavaan ilmiöön liittyvät asiat. Kehittämistoiminta menetelmä oli luonnollinen valinta työelämälähtöiselle tutkimukselle, jossa etsitään ja kerätään tietoa uudesta toimintamallista ja tutkimusaineiston pohjalta tehdään suunnitelma. Tutkimukseen osallistujilla oli kokemusta ja olennaisen tärkeitä tietoja tämän tutkimuksen kannalta.

Eräs merkittävä hyvän tutkimuksen kriteereistä on tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus. Tutkimusraportissa tämä ilmenee esimerkiksi siinä miten ja millaisia lähteitä tutkija käyttää. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.) Lähdekritiikki on perusteltua tutkijalle hänen tutkiessaan erilaista kirjallista ja sähköistä aineistoa esimerkiksi internetistä (Hakala 2008, 25). Toinen vaatimus hyvälle tutkimukselle on eettinen kestävyys. Eettisellä kestävyydellä tarkoitetaan myös tutkimuksen luotettavuutta ja laatua. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.) Tähän tutkimukseen opinnäytetyöntekijä on tehnyt erillisen kirjallisuuskatsauksen ja pyrkinyt käyttämään luotettavia sekä riittävän tuoreita julkaisuja.

Tutkija kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä ja näiden saavutuksia omassa tutkimuksessaan esimerkiksi merkitsemällä viittausmerkinnät oikein aikaisempiin tutkimustuloksiin ja käytettyihin menetelmiin eikä esitä luvattomasti lainattuja tuloksia ominaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 133; Vilka 2005, 30–31.) Viittaukset kirjallisuuteen ja muihin lähteisiin sekä lähdeluettelon opinnäytetyöntekijä on pyrkinyt merkitsemään asianmukaisesti ja TAMK:n ohjeiden mukaan. Tämän opinnäytetyön tekijä on noudattanut tutkimuksessaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja avoimuutta kaikissa opinnäytetyön vaiheissa. Opinnäytetyön tutkimusprosessi on pyritty raportoimaan mahdollisimman tarkasti ja johdonmukaisesti.

Tutkimusaineiston käsittelyssä ja säilyttämisessä on noudatettava huolellisuutta ja turvattu tutkittavien anonymius, siten että tutkimusaineisto ei päädy ulkopuolisten käsiin. Tutkimusaineiston mahdollinen hävittäminen on suoritettava asianmukaisesti. (Vilka 2005, 35; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 227.) SWOT-analyysilomakkeet ja benchmarking-haastattelunauhoitus sekä siitä litteroitu teksti ovat olleet vain tämän tutkimuksen tekijän käytössä ja ne on hävitetty asianmukaisesti tutkimusraportin kirjoittamisen jälkeen.

Työelämässä tutkimus tavoittelee yhä enemmän hyötynäkökulmaa. Tutkijan roolina on toimia asiantuntijana ja ongelmanratkaisijana. Tutkimusasetelma ja päämäärä ovat muodostuneet enemmänkin organisaation tarpeista ja toiveista. (Vilkkä 2005, 39.) Opinnäytetyöntekijä toteutti opinnäytetyönsä toimeksiannon mukaan työelämälähtöisesti. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Valkeakosken aluesairaalan sisätautien osastolla siirryttäessä hiljaiseen raportointikäytäntöön.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkijoilla on vastuu tekemästään tutkimuksesta, sen tiedottamisesta ja tutkimustulosten julkaisemisesta (Vilkkä 2005, 37). Opinnäytetyön raportointi ja tulosten esittäminen on pyritty tekemään rehellisesti ja totuudenmukaisesti. Opinnäytetyön valmistuttua se tullaan esittämään Valkeakosken aluesairaalan sisätautien vuodeosaston henkilökunnalle erikseen sovittavalla osastotunnilla.

7.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnille ei ole yksiselitteistä ohjetta tai sille on esitetty erilaisia suosituksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Luotettavuuden arvioinnissa keskeisenä tekijänä voidaan katsoa olevan tutkija itse, joka arvioi tekemiään valintoja koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan erityisesti tutkimusmenetelmiin, tutkimusprosessiin ja tutkimustuloksiin kohdistuen. (Vilkkä 2005, 158–159; Toikko & Rantanen 2009, 121.) Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 197) tuovat laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteereinä esille uskottavuuden, siirrettävyyden, riippuvuuden ja vahvistettavuuden. Tätä opinnäytetyötä arvioidaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereiden mukaisesti ja lisäksi arvioidaan kehittämistoiminnan onnistumista ja sen tavoitteiden saavuttamista.

Uskottavuudella laadullisessa tutkimuksessa tarkoitetaan sitä, että tutkija on kuvannut aineiston, analyysiprosessin ja tulokset raportissaan selkeästi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Eskolan ja Suorannan (2005, 211) mukaan uskottavuuden arviointikriteerinä tarkoitetaan tutkijan käsitteellistämisen ja tulkintojen vastaavuutta tutkittavien käsityksiin. Opinnäytetyöntekijä on kuvannut opinnäytetyössään mahdollisimman tarkasti ja läpinäkyvästi aineiston keruun, analyysiprosessin ja tulokset.

Uskottavuutta lisää eri metodein hankittu aineisto eli tiedon hankintaan on käytetty eri menetelmiä. Kehittämistoiminnassa on hyvin tavallista, että sen yhteydessä muodostuu erilaisia aineistoja. Erilaisten aineistojen luotettavuutta voidaan arvioida triangulaation avulla. Aineisto- ja menetelmätriangulaatiolla tarkoitetaan sitä, että samassa tutkimuksessa voidaan yhdistellä useampia aineistoja tai menetelmiä. Yhtä triangulaation muodoista kutsutaan aineistotriangulaatioksi, joka tarkoittaa usean eri aineiston yhdistämistä ja käyttöä saman ilmiön tai tutkimuskysymyksen ratkaisemiseksi. Tulosten luotettavuutta lisäävät eri aineistojen analysoinnissa saadut samankaltaiset tulokset. (Metsämuuronen 2009, 60; Toikko & Rantanen 2009, 123–124.) Tässä opinnäytetyössä tiedonhankintaan käytettiin kirjallisuuskatsausta, SWOT-analyysilomaketta ja benchmarking-haastattelua. Näillä erilaisilla tiedonhankintamenetelmillä saadut aineistot on analysoitu ja yhdistetty ja tehdyt tulkinnat saavat näin ollen tukea toisistaan.

Kylmän ja Juvakan (2007, 58–59) mukaan laadullisen tutkimuksen toimijat tai osallistujat valitaan siten, että heillä on parhain tietämys kokemuksellisesti tutkittavasta ilmiöstä ja heillä on kyky sekä halu kuvata sitä. Tutkittavaa ilmiötä pyritään kuvaamaan tutkimukseen osallistuneiden ihmisten näkökulmasta. (Kylmä & Juvakka 2007, 58–59). Vastajaiksi SWOT-analyysikyselylomakkeisiin valikoituivat tutkittavan työyksikön hoitajat, koska he olivat avainasemassa kertomalla mielipiteitään ja ajatuksiaan hiljaisen raportoinnin vahvuuksista, heikkouksista, mahdollisuuksista ja uhkista. Heillä oli vankka kokemus työyksikön toimintaympäristöstä ja -tavoista. Aiheena hiljainen raportointi oli heille tuttu aiemmin tehdyn opinnäytetyön pohjalta.

Benchmarking-kohde valikoitui sen perusteella, että esikuva työyksikkö oli menestyksekkäästi ottanut käyttöön hiljaisen raportointikäytännön ja onnistunut jalkauttamaan sen hyvin käytäntöön. Haastateltava pystyi antamaan tämän tutkimuksen kannalta hyödyllistä ja merkityksellistä tietoa, koska hänellä oli osastonhoitajana kokemusta hiljaisen raportointikäytännön käyttöön ottamisesta ja siihen liittyvistä haasteista. Tuloksia tarkasteltaessa ei voi kuitenkaan olla pohtimatta, olisivatko tulokset benchmarking-haastattelusta olleet erilaisia, jos haastatteluun olisi otettu mukaan kohdeyksikön yksi tai kaksi hoitajaa kertomaan omia näkemyksiään hiljaisesta raportoinnista. Haastattelulomake testattiin opinnäytetyöntekijän kollegalla, jotta haastattelukysymykset olisivat selkeitä ja yksiselitteisiä sekä antaisivat mahdollisimman hyvin vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Hirsjärvi ym. (2010, 223–224) suosittelee, että aineiston käsittelyyn ja analyysin tulisi ryhtyä mahdollisimman pian aineiston keruun jälkeen. Tuolloin aineisto on vielä tutkijan muistissa ja se motivoi tutkijaa, lisäksi aineistoa voidaan tarkentaa ja selventää tarvittaessa. Tämän tutkimuksen aineiston keräämisen ja analyysin välillä oli yli neljä kuukautta aikaa, joka on voinut vaikuttaa heikentävästi analyysiprosessiin ja tuloksiin. SWOT-analyysiprosessia on tarkennettu vielä opinnäytetyön loppuvaiheessa tarkentaen yläkategorioita. SWOT-analyysia vaikeuttivat myös niukkasanaiset ja osittain samankaltaiset vastaukset eri osa-alueilla. SWOT-analyysilomakkeen nelikenttä aiheutti vastaajissa jonkin verran ilmeisesti epäselvyyttä, koska vastauksissa vahvuudet ja mahdollisuudet sekä heikkoudet ja uhat olivat sekoittuneet keskenään jonkin verran. Tämä voi heikentää vastausten luotettavuutta. Aineiston analyysin vaiheet on pyritty esittämään vaihe vaiheelta ja jokaisesta analysointivaiheesta on annettu esimerkki. Analyysiä ei ole viety käsitteellistämässä ja tulkinnassa kovin pitkälle, jotta alkuperäiset ajatukset ja mielipiteet eivät katoaisi ja menettäisi alkuperäistä tarkoitustaan. Tuloksissa on lisäksi esitetty alkuperäisiä lainauksia tukemaan analysoinnissa saatuja tuloksia.

Eskolan ja Suorannan (2005, 179) mukaan toisinaan haastattelun tai puheen kuvailu riittää tutkimusongelmien vastauksiksi ja haastattelurunkoa voidaan käyttää analyysin jäsenyykseen. Benchmarking-haastattelua ei analysoitu vaan sieltä tutkija nosti hiljaiseen raportointiin liittyvät teemat haastattelurunkoon ja tutkimuskysymyksiin nojaten. Tämä voi heikentää tutkimuksen luotettavuutta, koska tutkija on itse valinnut esille tulleet teemat ja tutkijan oma ajattelu on voinut vaikuttaa niiden valintaan. Vaikka haastatteluaineistoa kertyi litteroituna sivumäärällisesti runsaasti, itse sisältö oli tutkijan mielestä teemoiteltavissa juuri niihin teemoihin, jotka on valittu tähän opinnäytetyöhön.

Laadullista tutkimusta voidaan arvioida myös siirrettävyyden näkökulmasta. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä vastaavanlaisiin tilanteisiin. Tutkimustulosten siirrettävyys on sidoksissa tutkimusympäristönsä ja siten vain tietyin ehdoin siirrettävissä suoraan toisenlaiseen kontekstiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198) Toikko ja Rantanen (2009, 126) esittävätkin, että muualla kehitettyä on vaikea istuttaa erilaiseen toimintaympäristöön, koska yksittäinen työyksikkö ja sen kehittämisprosessi ovat luonteeltaan ainutkertaisia. Tämän opinnäytetyön kehittämistoiminta on kohdistunut hiljaisen raportoinnin edellytysten selvittämiseen ja miten hiljaiseen raportointikäytäntöön siirrytään suunnitellusti ja laadittu muutossuunnitelmaehdotus siitä sisätautien vuodeosastolle. Tämän tutkimuksen

tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta ovat siirrettävissä samantyyppisiin työyksiköihin soveltuvien osien. Raportissa on pyritty kuvaamaan tutkimusympäristö ja toteutus niin hyvin, että muut voivat arvioida niiden perusteella tulosten hyödynnettävyyttä ja käytökelpoisuutta omassa työyksikössään.

Tutkimusprosessissa tulee kuvata tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimuksen tekijän on arvioitava omaa vaikutustaan tutkimusaineistonsa ja koko prosessiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Kanasen (2008, 121) mukaan tutkijan tulee pyrkiä objektiivisuuteen, niin että tutkijan omat ennakkoluulot, arvostukset tai uskomukset eivät vaikuttaisi tutkimuksen eri vaiheissa. Opinnäytetyössä kuvattu toimintaympäristö, toimintatavat ja osallistujat olivat tuttuja opinnäytetyöntekijälle, koska se on oma työyhteisö. Opinnäytetyöntekijällä oli oma käsityksensä tutkitusta aiheesta, mutta pyrkimyksenä on ollut tietoisesti toimia avoimin mielin ja tutkimustulokset on raportoitu mahdollisimman totuudenmukaisesti.

Vahvistettavuudella laadullisessa tutkimuksessa tarkoitetaan koko tutkimusprosessin johdonmukaista kuvaamista ja tutkijan ratkaisujen perusteluja niin hyvin, että lukija voi seurata ja arvioida prosessia. Ajatuksena on, että lukija saa käsityksen kuvauksen perusteella, miten tutkija on päätenyt tuloksiinsa ja johtopäätöksiinsä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Tuomi & Sarajärvi 2009, 139.) Opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt kuvaamaan ja perustelemaan valintojaan huolellisesti sekä raportoimaan jokaisen vaiheen selkeästi, jotta lukija voi arvioida tutkimusprosessin kulkua ja saatuja tuloksia.

Toikon ja Rantasen (2009, 121–122) mukaan kehittämistoiminnan luotettavuudella tarkoitetaan ensisijaisesti käyttökelpoisuutta. Kehittämistoiminnan yhteydessä tuotettu tieto ei tule olla ainoastaan todenmukaista vaan myös hyödyllistä. Tämän opinnäytetyön lähtökohtana on ollut työelämään sovellettavan uuden raportointimallin suunnitelman laatiminen. Suunnitelma tulee olemaan hyödyksi, kun hiljaista raportointikäytäntöä aloitetaan viemään käytäntöön. Suunnitelman käyttökelpoisuutta on vaikea arvioida lopullisesti ennen sen käytäntöön viemistä. Suunnitelma on tehty mahdollisimman todenmukaiseksi huomioiden toimintaympäristö, jotta suunnitelma voidaan toteuttaa käytännössä. Suunnitelmaa tulee arvioida vielä sitä käyttöön otettaessa, että toteutusvaiheessa.

7.3 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää hiljaisen raportoinnin edellytyksiä ja laatia suunnitelma hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymisestä Valkeakosken aluesairaalan sisätautien vuodeosastolla. Tavoitteena oli saada vastauksia tutkimuskysymyksiin mitä hiljainen raportointikäytäntö edellyttää ja miten hiljaiseen raportointikäytäntöön siirrytään suunnitellusti. Opinnäytetyössäni saamiani tuloksia tukevat aikaisempien tutkimuksien tulokset, joita vertailen ja tarkastelen seuraavaksi.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että raportointikäytäntöä muutettaessa hiljaiseen raportointikäytäntöön, henkilökunta tarvitsee hyvän informaation muutoksesta etukäteen, yhteistä keskustelua, koulutusta ja osallistumismahdollisuuden muutokseen. Pelanderin ja Kirjososen (2011, 27–30) mukaan hoitohenkilökunta toivoo, että raportointikäytännön muutoksesta keskustellaan riittävän ajoissa ja esimies kertoo mitä muutoksia muutos tuo tullessaan. Tällöin hoitohenkilökunnan on helpompi valmistautua ja esittää mielipiteitään ja olla vaikuttamassa uuteen raportointikäytäntöön (Pelander & Kirjonen 2011, 27–30). Hoitohenkilökunta haluaa olla vaikuttamassa ja osallistua muutosprosessiin, jolla näyttäisi olevan suotuisa vaikutus koko muutosprosessin viemiseen eteenpäin. Puumalaisen ym. (2003, 8) tutkimuksessa todetaan, että uudenlaisen toimintatavan suunnittelu osastoilla yksikön vaatimukset huomioiden, lisäsi hoitajien sitoutuneisuutta ja motivaatiota muutokseen. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan hoitohenkilökunnan oma innostuneisuus ja aloitteellisuus muutoksen ideoinnissa ja viemisessä eteenpäin näyttäisivät edistävän muutosprosessia. Muutosvastarintakin oli muutosprosessin aikana todettu, mutta muutos koettiin mahdollistuneen, kun suurin osa hoitohenkilökunnasta saatiin sitoutumaan muutokseen. Pelanderin ja Kirjososen (2011, 29) tutkimuksessa tuotiin esille, että hoitohenkilökunnasta itsestään lähtenyt hiljaisen raportoinnin kehittämisen ideointi tehostaisi ja helpottaisi muutostyötä, sen sijaan, että esimies tai sairaalan johto esittäisivät muutosidean. Tämän tutkimuksen mukaan esimiehen tuella näyttäisi olevan merkitystä koko muutoksen onnistumiseen ja miten hän on ottanut henkilökunnan mukaan ja osalliseksi uuden raportointikäytännön suunnittelussa ja sen jalkauttamisessa käytäntöön.

Opinnäytetyötuloksissa ilmeni hiljaiseen raportointiin liittyviä vahvuuksia ja mahdollisuuksia, mutta myös heikkouksia sekä uhkia. Hiljaisen raportoinnin vahvuuksiin ja mahdollisuuksiin liitettiin luottamus kirjaamisen parantumisesta aikaa myöten ja uskot-

tiin kirjaamistaitojen ja itsenäisen tiedonhaun kehittymiseen. Aikaisemmissa tutkimuksissa (Puumalainen ym. 2003, 8; Laukkanen ym. 2012, 12–14, 25) on todettu kirjaamisen parantuneen hiljaisen raportointiin siirryttäessä ja mahdollistaneen yksilöllisen tiedonsaannin. Kähkönen (2010, 50) toteaaakin tutkimuksessaan, että tiedonkulku paranee ja itsenäinen hoitotietojen lukeminen lisäävät tarvittavien tietojen mieleen painamista hiljaiseen raportointiin siirryttäessä. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hiljaisen raportoinnin vahvuudeksi todettiin varsinaiseen potilastyöhön jäävän enemmän aikaa, ja mahdollisesti potilaan hoidon laadun parantuminen. Kähkönen (2010, 38) tutkimuksessa todettiin myös, että lyhentynyt raporttiaika antoi aikaa enemmän potilastyöhön, kun itsenäiseen tiedonhankintaan oli opittu. Tämän tutkimuksen tuloksissa nousi esille työajankäytön tehostuminen ja työajanjoustot, koska raportointiajan arveltiin lyhentyvän ja päällekkäisen työajan määrän vähenevän. Työvuorosuunnitellulla ajateltiin voitavan tukea myös potilaiden hoidon jatkuvuutta. Laukkasen ym. (2012, 26–27) tutkimuksen mukaan työyksikön toimintaa voidaan rakentaa ajallisesti uudella tavalla, koska uusi raportointikäytäntö mahdollistaa työn alkamis- ja päättymisajankohtien uudelleen järjestämisen.

Opinnäytetyön tulosten mukaan kiire aiheuttaa kirjaamisessa puutteellisuuksia, koska kirjaaminen vie enemmän aikaa. Potilasasiakirjoihin itsenäinen tutustuminen vaatii aikaa, koska ei löydetä oleellisia tietoja. Puumalaisen ym. (2003) tutkimuksessa todettiin raportteihin käytetyn ajan vähentyvän, mutta kirjaamiseen ja potilasasiakirjoihin tutustumisajan lisääntyvän. Tämä tutkimus toi esille yhdenmukaisen kirjaamisen puutteen, riittämättömät kirjaamis- ja tietotekniset taidot, jotka liitettiin tiedonkulun katkeamiseen ja potilasturvallisuuden vaarantumiseen. Laukkasen ym. (2012) tutkimuksessa hiljaisen raportointikäytännön suurimpina heikkouksina mainittiin tiedonsiirto- ja potilasturvallisuusongelmat. Hiljaisen raportoinnin onnistuminen edellyttää kirjaamisen yhtenäisyyttä ja hyvää laatua ennen hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymistä. (Laukkanen ym. 2012, 26.) Kirjaamisen arvioitiin selkiytyneen yhteisillä sopimuksilla ja kirjauksia päivitettiin sekä arvioitiin muutosten myötä (Ruuskanen 2007, 40). Tämän tutkimuksen tuloksissa kirjaamista auttoivat yhteisesti sovitut kirjaamissäännöt, hoitosuunnitelmien laadinta ja niiden päivittäminen. Rakentavan palautteen antaminen kirjaamisesta kollegalta toiselle nähtiin eräänä keinona parantaa kirjaamista. Työnjakomallina omahoitajuus todettiin mahdollistavan hyvän kirjaamisen ja hoitosuunnitelmien laatimisen. Hyvä kirjaaminen, tehdyt hoitosuunnitelmat ja omahoitajuus nähtiin yhtenäisenä tekijänä, jota hiljainen raportointikäytäntö edellyttää tämän opinnäytetyön tulosten perusteella.

Aikaisemmissa tutkimuksissa hiljaisen raportoinnin heikkoutena on tuotu esille hoitajien vuorovaikutuksen, vertaistuen ja yhteisen keskustelun vähentymistä. Myös hiljaisen tiedon siirtyminen opiskelijoille oli vähentynyt hiljaisen raportoinnin yhteydessä. (Laukkanen ym. 2012, 26.) Mellin (2013, 53) esittää, että hiljaisen raportoinnin onnistumisen edellytyksiä ovat tiedon siirron varmistaminen ja ammatillisen keskustelun jatkuvuus. Keskustelulle koetaan olevan tarvetta hiljaisen raportoinnin ohessa (Kähkönen 2010, 50). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat pelkäsivät hiljaisen raportoinnin heikentävän kollegiaalista apua ja vähentävän sosiaalista vuorovaikutusta. Raportointitilanne koettiin olevan ammatillisen keskustelun foorumi, jota voidaan pitää oppimisen kannalta tärkeänä uusille työntekijöille ja opiskelijoille. Toisaalta tuloksissa todettiin päällekkäisen työajan mahdollistavan potilaiden asioiden tarkentamisen tai varmistamisen edellisen työvuoron hoitajalta. Tutkimustulosten perusteella uusien työntekijöiden perehdyttäminen hiljaiseen raportointikäytäntöön lisää heidän kokemustaan turvallisesta työilmapiiristä ja nopeuttaa itsenäiseen työskentelyyn siirtymistä.

Tämän tutkimuksen tuloksissa hiljaisen raportointitavan vahvuutena nähtiin rauhoittavan raportointitilannetta, ilman erilaisia häiriötekijöitä tai turhia keskeytyksiä. Työvuoroon tuleva hoitaja saisi keskittyä vain omien potilaidensa potilaskertomuksiin lukien tarvitsemansa tiedot ja asiaankuulumaton puhe jää pois. Laukkanen ym. (2012, 25) tutkimuksen mukaan hiljainen raportointi lisää hoitajien aktiivista tiedon hakemista ja keskittymistä. Tämän tutkimuksen mukaan heikkoutena pidettiin kuitenkin tämän hetkistä tilannetta, koska hiljaisen raportoinnin toteuttamiseen ei ole tarvittavia tiloja. Myös tietoteknisten ongelmien, tietokoneiden riittävyys ja toimivuus todettiin olevan uhkatekijöinä tiedon siirtymiselle ja potilasturvallisuudelle. Laukkanen ym. (2012, 26) esittävät, että hoitotyön esimiesten tehtävänä on mahdollistaa rauhallinen raportointitila ja varmistettava tarvittavat tietokoneet.

7.4 Suunnitelmaehdotus hiljaiseen raportointiin siirryttäessä

Suunnitelmaehdotus on laadittu opinnäytetyössä tehdyn kirjallisuuskatsauksen, SWOT-analyysin ja benchmarking-haastattelun tulosten pohjalta. Suunnitelmaehdotuksessa (taulukko 7) on nimetty ne kohteet tai asiat, joihin hiljaiseen raportointiin siirryttäessä tulisi kiinnittää huomiota. Taulukossa on eritelty asiat tai kohteet, jotka on katsottu

merkittäviksi hiljaiseen raportointiin siirtymisen onnistumiseksi. Suunnitelmaehdotus on esitetty eräällä osastotunnilla osalle hoitohenkilökuntaa. Suunnitelmaehdotukseen on tarkennettu ne asiat, joihin hoitohenkilökunta antoi palautetta. Suunnitelmaehdotuksessa on otettu kantaa myös ketkä ovat vastuuhenkilöitä tiettyjen asioiden toimeenpanijoina, toteuttajina ja valvojina. Taulukkoon on esitetty keinoja tai toimenpiteitä, jotka ovat suositeltavia hiljaiseen raportointikäytäntöön siirryttäessä. Ehdotus on suuntaa antava ja käytännön läheinen, jotta suunnitelmaa voidaan lähteä viemään eteenpäin. Tarkempaa aikataulua ei ole laadittu, vaan se voidaan tarkentaa sitten, kun tätä suunnitelmaehdotusta lähdetään toteuttamaan ja se on ajankohtaista. Suunnitelmaa voidaan arvioida ja muuttaa tarpeen mukaan koko ajan toteutuksen kuluessakin. Suunnitelmaehdotuksen käytäntöön viemiseen on hyvä nimetä vastuuhenkilö, joka huolehtii tarvittavien käytännön asioiden järjestämisestä.

Tiedottamista hiljaisesta raportointikäytännöstä henkilökunnalle voidaan tehdä osastotunneilla ja keskustella tulevasta raportointikäytännön muutoksesta. Alustavasti on suunniteltu, että kehittämisiltapäivä toteutetaan syksyllä, aiheena hiljainen raportointi ja jokin rakenteisen kirjaamisen osa-alue kuunnellen henkilökunnan kirjaamiskoulutuksen tarvetta. Kehittämisiltapäivässä viimeistään sovitaan hiljaisen raportointikäytännön aloittamisajankohta esimiehen kanssa. Osastolla pidetään kehittämisideavihkoa sovituksissa paikassa. Ajatuksena on hiljaiseen raportointikäytäntöön liittyvien ideoiden ja kehittämis ehdotusten kerääminen vihkoon, josta ne otetaan yhteiseen keskusteluun.

Rakenteisen kirjaamisen koulutukset jatkuvat organisaation sisäisen koulutusohjelman mukaan, mutta lisäkoulutuksia henkilökunnan tarpeiden ja toiveiden mukaan voidaan varmaankin järjestää osastokohtaisesti. Potilaiden hoitosuunnitelmien laadintaan ja niiden päivitykseen on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota. Kirjaamisen vieriovetusta tulisikin hyödyntää entistä enemmän, koska siihen on mahdollista pyytää kirjaamisyhdyskuntaa henkilökohtaisesti lyhyelläkin varoitusajalla.

Työvuorosuunnitellulla ja työnjaolla voidaan tukea vastuuhoidajuuden toteutumista päivittäin. Jokainen vastuuhoidaja työvuorossaan on vastuullinen ja velvollinen laatimaan ja päivittämään hoitamiensa potilaiden hoitosuunnitelmat ajan tasalle. Päivittäinen hiljainen raportointi on suunniteltu toteutettavaksi päivärapportina klo 14–15 aikana. Tarkoitus on, että iltavuoroon tuleva hoitaja lukee itsenäisesti raportin potilaiden sähköisistä hoitokertomuksista niistä potilaista, joita työvuonsa aikana tulee hoitamaan. Päällek-

käistä työaika aamuvuoron hoitajan kanssa tulee jättää, jotta työvuoroa jatkava hoitaja voi vielä tarkentaa tai kysyä asioita hoidettavista potilaista aamuvuoron hoitajalta. Suullinen viestintä on tärkeää hiljaisen raportoinnin rinnalla.

Raportointitilana toimivat kansliat ja muut vapaat tilat. Osastolla olevat kansliat ovat pieniä ja hälyalttiita paikkoja, joten yhdessä tulisi vielä pohtia, miten ja missä hiljainen raportointi onnistuu. Tietokoneiden määrä ja niiden oikea sijoituspaikka tulee tarkistaa ennen hiljaisen raportointikäytännön muutosta.

Hiljaiseen raportointikäytäntöön perehdyttäminen uusien työntekijöiden kohdalla on nimetyn perehdyttäjän velvollisuus. Samoin opiskelijoiden perehdyttämisvastuu on nimetyillä ohjaajilla.

TAULUKKO 7. Suunnitelmaehdotus hiljaiseen raportointiin siirryttäessä

Suunnitelmaehdotus		
Mitä	Vastuuhenkilö	Milloin/Miten
Informaatio ja tuki henkilökunnalle – tiedottaminen – keskustelu – toteutumisen mahdollistaminen ja kannustus – hoitohenkilökunnalle vaikutusmahdollisuus muutokseen	Osastonhoitaja Työpari	Osastotunnit Kehittämisisiltapäivä – aiheena hiljainen raportointi ja kirjaamiskoulutus Kehittämisisideavihko Avoin keskustelu
Kirjaamiskoulutus – rakenteisen kirjaamisen koulutusta jatketaan mm. hoitosuunnitelmien laadinta, päivittäinen kirjaaminen, otsikoiden valinta	Kirjaamisyhdyshenkilö Osaston kirjaamisyhdyshenkilö	Yhteiset kirjaamiskoulutukset Osastotunneilla vertaisoppiminen Vieriovetus tarvittaessa
Vastuuhoidajuuden vahvistaminen – työvuorosuunnittelussa huomiointi – työnjakomallina omahoidajuuden kaltainen malli – omien potilaiden hoitosuunnitelmien laatiminen ja päivitys	Osastonhoitaja Työpari Hoitohenkilökunta	Työvuorosuunnittelu Päivittäin joka työvuorossa
Raportointiaika – iltapäiväraportti klo 14–15	Osastonhoitaja Hoitohenkilökunta	Työvuorosuunnittelu Joka päivä klo 14–15

– päällekkäistä työaikaa oltava		
Raportointitila – kansliat ja muut vapaat tilat – onko mahdollista tehdä potilashuoneesta raportointitilaa?	Osastonhoitaja Työpari	Jää pohdintaan
Tietotekniikka – tietokoneiden riittävyys? – tietokoneiden toimivuus, mobiilikoneiden päivitys	Osastonhoitaja Työpari Hoitohenkilökunta IT-tuki	Tarkistetaan tietokoneiden riittävyys, oikea paikka Yövuoro ”telakoi” mobiilityökoneet Jokainen tekee korjauspyynnön IT-tukeen havaitessaan vian
Perehdyttäminen – uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttäminen	Nimetty perehdyttäjä Opiskelijan ohjaaja	Perehdyttämisaikana Harjoitteluaikana

7.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Tämä opinnäytetyön tulokset vahvistivat käsityksiä siitä, miten muutosprosesseja tulisi ennakkoon suunnitella työpaikoilla. Hyvällä suunnitellulla ja henkilökunnan tiedottamisella sekä vaikutusmahdollisuuden antamisella heille, todennäköisesti muutosprosessi saadaan paremmin vietyä käytäntöön ja jalkauttamaan se työyhteisöön. Muutoksen jalkauttaminen onnistunee paremmin, kun henkilökuntaa otetaan mukaan jo suunnitteluvaiheessa. Esimiehen rooli on muutoksessa tärkeä, koska hän on muutoksen mahdollistaja ja tukija. Esimies tuntee myös henkilökuntansa osaamisen ja koulutuksen tarpeen. Hänen tehtävänsä on myös käynnistää ja arvioida muutosta yhdessä henkilökunnan kanssa.

Tuloksien perusteella voidaan päätellä, että hiljaisen raportointikäytännön muutos vaatii suunnittelua ja valmistelua etukäteen. Suunnitelmaehdotukseen on kerätty hiljaisen raportointikäytännön onnistumisen kannalta tietoa, jota voidaan hyödyntää muutosta käynnistettäessä. Tarkoitus on kuitenkin koko muutosprosessin ajan kerätä palautetta ja kokemuksia hoitohenkilökunnalta. Kokemuksia ja palautetta käytetään hiljaiseen raportointikäytäntöön liittyvien asioiden parantamiseen ja epäkohtien korjaamiseen. Opinnäytetyön myötä on tullut selväksi, että hiljaisen raportointikäytännön onnistumiseksi

edellytetään tiettyjä asioita. Ennen hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymistä hoitotyön kirjaamisen tulee olla ensisijaisesti kunnossa. Yhtenäinen kirjaaminen ennalta sovittuihin otsikoihin, auttaa tiedon välittämisessä ja turvaa tiedon jatkuvuutta. Tärkeimpänä edellytyksenä näyttäisi olevan potilaan hoitosuunnitelma ja sen ajantasaisuus. Omahoitajuus tai vastuuhoitaja työskentelymalli auttavat tukemaan kirjaamista, ja voisi jopa sanoa niiden kuuluvan kiinteästikin yhteen. Hoitohenkilökunnan kirjaamisosaaminen tulee varmistaa ja ylläpitää erilaisin koulutuksin. Kirjaamisosaamista voidaan kehittää ja ylläpitää yhteisillä kirjaamisharjoituksilla, vertaisarvioinnilla ja tarvittaessa jopa vieriopetuksella. Osastolla nimettyjen kirjaamisyhdysheiköiden rooli voisi olla aktiivisempaa hoitohenkilökunnan kirjaamisosaamisen ajan tasalla pitämiseen ja varmistamalla uusien työntekijöiden perehtyminen kirjaamiseen.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on hyvin aktiivisesti kouluttanut hoitohenkilökuntaa rakenteiseen kirjaamiseen sekä yhteisillä että yksikkökohtaisilla koulutuksilla. Tämän vuoden alkupuolella on järjestetty jo kaksi koko päivä koulutusta rakenteisesta kirjaamisesta Valkeakosken aluesairaalan hoitohenkilökunnalle. Lisäksi Valkeakosken aluesairaala on valinnut vuoden 2016 Näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisen kohteeksi ”Rakenteinen kirjaaminen”. Hankkeella pyritään kehittämään koko aluesairaalan eri yksiköiden rakenteista kirjaamista ja sen laatua.

Opinnäytetyön tulokset toivat esille myös toimintaympäristön rakenteisiin liittyviä edellytyksiä, kuten rauhallisen raportointitilan ja tietotekniikan vaatimukset. Hiljaisen raportointitilan saaminen osastolle voi olla haasteellista, johtuen tilojen korkeasta käyttöasteesta ja tarpeista. Ratkaisua voidaan hakea yhdessä esimiehen ja henkilökunnan kanssa. Rauhallinen raportointitila ja toimiva tietotekniikka ovat olennaisia erityisesti potilaan tietosuojan, potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden perusteella.

Työvuorosunnittelulla voidaan tukea vastuuhoitajuuden toteutumista vahvistaen sitä, ja turvata näin myös potilaiden hoidon turvallisuus ja jatkuvuus. Työn alkamis- ja päättymisajankohdat voidaan arvioida henkilökohtaisemmin, koska hiljainen raportointikäytäntö todennäköisesti mahdollistaa joustavammat työajat. Hiljainen raportointikäytäntö vaatii päällekkäistä työaikaa, koska tilaa on oltava myös keskustelulle ja potilaiden asioiden tarkentamiselle. Hiljainen raportointi ei sulje pois suullista viestintää ja ammatillista keskustelua.

Alkuperäisen suunnitelman mukaan tämä opinnäytetyö tähtäsi hoitotyön kirjaamisen kehittämiseen ja hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymissuunnitelman laadintaan. Opinnäytetyön prosessin alkuvaiheessa näiden molempien asioiden yhdistäminen opinnäytetyöksi osoittautui liian suureksi työksi. Tutkimuskysymyksiä ja tavoitetta on opinnäytetyön aikana muutettu jonkin verran, kuitenkin niin, että niihin on saatu vastauksia tämän opinnäytetyön aineistoilla. Toimintaympäristö, johon tämä opinnäytetyö on alun perin tehty, on kokenut toiminnallisen muutoksen 2015 alussa. Valkeakosken sisätautien vuodeosasto on muuttunut sisätautikirurgiseksi vuodeosastoksi siten, että se on yhdistynyt yhdeksi vuodeosastoksi entisen kirurgisen vuodeosaston kanssa. Sisätautikirurginen vuodeosasto on jakautunut kahteen fyysisesti erilliseen siipeen, A- ja H-siipeen. Tavoitteena on opinnäytetyön suunnitelman käynnistäminen A-siivessä, kun suunnitelmassa olevia asioita on selvitetty ja pidetty yhteinen kehittämisiltapäivä.

Lopuksi on todettava, että muutokseen on lähdettävä rohkeasti mukaan, koska odottamalla asiat eivät yleensä etene. Usein odotamme, että muutoksessa kaikki asiat ovat heti valmiita ja täydellisiä. Näin ei kuitenkaan ole. Benchmarking-haastateltavaani vapaasti siteeraten:

Muutoksessa meidän tulisi nähdä oma keskeneräisyytemme, se on tietynlainen prosessi, joka eri vaiheissa syvenee.

Jatkotutkimushaasteet:

1. Miten hiljainen raportointikäytäntö on onnistuttu toteuttamaan em. työyksikössä ja millaisia kokemuksia siitä on saatu?
2. Onko rakenteinen kirjaaminen kehittynyt sisällöltään ja laadultaan hiljaisen raportoinnin myötä?
3. Miten hiljainen raportointikäytäntö on vaikuttanut potilaiden hoitoon, hoidon jatkuvuuteen ja potilasturvallisuuteen?
4. Mahdollistaako hiljainen raportointi työaikojen porrastuksen tai työaikajoustot?

LÄHTEET

* kirjallisuuskatsauksessa analysoidut julkaisut

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Friesen, M., White, S. & Byers, J. 2009. Handoffs: Implications for nurses. The official Journal of the Center for American Nurses 2 (3), 23–28.

Hallila, L. 2005. Raportointikäytäntöjen kehittäminen hoitotyössä. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 125–135.

Hakala, J. 2008. Uusi graduopas: melkein maisterin entistä ehompi niksikirja. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Helovuori, A. 2012. Potilasturvallisuus edellyttää avointa viestintää. Sairaanhoidaja-lehti.2/2012, 25–26.

Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holly, C. 2013. A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. Journal of Clinical Nursing 23 (17–18), 2387–2396.

Hoffren, P., Huovinen, H. & Mykkänen, M. 2011. Hoitotyön päivittäinen raportointi. Pohjois- Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja no 75/2011.

Hotanen, J., Laine, R. & Pietiläinen, S. 2001. Benchmarking-opas. Espoo: Suomen laatu-keskus koulutuspalvelut Oy.

Häyrinen, K. 2012. Moniammatillinen tietomalli sähköisen potilaskertomuksen kehittämisen perustaksi. Terveys ja talous 2/2012, 36–38.

*Jefferies, D., Johnson, M. & Nicholls, D. 2012. Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. Contemporary Nurse 42(1): 129–138.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L.(toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/ 2007. Digipaino- Turun Yliopisto.

Järvi, M., Kulla, M., Liljeberg, R., Metsäsalo, S., Tirkkonen, M., Selander, M. & Kilku, N. 2010. Näyttöä hoitotyöhön. Omahoitajuus, kirjaaminen ja raportointi mielenterveysyössä. Sairaanhoidaja 10/2010, 54–56.

Järvinen, P. & Järvinen, A. 2004. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Kaikkonen, M. Osastonhoitaja. 2014. Haastattelu 27.1.2014. Haastattelija Harjula, T. Sisätautien vuodeosasto. Valkeakosken aluesairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Kamensky, M. 2014. Strateginen johtaminen. Menestyksen timantti. Helsinki: Talentum.

Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylän yliopistopaino.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: SanomaPro.

Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. 2007. Luettu 16.3.2016. http://www.kanta.fi/documents/10180/3441111/Ydintiedot_otsikot_nakymat_opas_uusi.pdf

Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. ISBAR -menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. Sairaanhoitaja-lehti. 3/2012, 29–31.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita.

*Kähkönen, T. 2010. Hiljaisen raporttikäytännön kehittäminen Kainuun keskussairaalan tehostetun hoidon osastolla. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus ja johtaminen. Ylempi ammattikorkeakoulututkimus. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Laamanen, K. & Tinnilä, M. 2009. Prosessijohtamisen käsitteet. Terms and concepts in business process management. Espoo: Redfina Oy.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559.

Lamond, D. 2000. The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. *Journal of Advanced Nursing* 31(4), 794–804.

Latvala, E. & Vanhanen- Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.

*Laukkanen, L., Lehti, T., Hassinen, T. & Hupli, M. 2012. Hiljainen raportointi Turun yliopistollisessa keskussairaalaissa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja, sarja A nro 11, 2012. Turku.

Lecklin, O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. Helsinki: Talentum.

Lecklin, O. & Laine, R. 2009. Laadunkehittäjän työkalupakki. Innovatiivisen johtamisjärjestelmän rakentaminen. Helsinki: Talentum.

- Lehtimäki, S. 2014. Rakenteinen kirjaaminen edistää haavanhoitoa. *Sairaanhoitaja-lehti*. 9/2014, 26–31.
- Mattila-Wiro, P. 2014. Yläkulma. Ajankohtaisia sosiaali- ja terveystieteellisiä aiheita käsittelevä kirjoitussarja. STM. Luettu 21.1.2014.
<http://www.stm.fi/ylakulma/artikkeli/-/view/1872400>
- Mellin, Minna. 2013. Raportointikäytäntöjen kehittäminen hoitotyössä. Julkaisusarjassa Kolehmainen, S. & Näslindh-Ylispangar, A. Avauksia huomiseen johtamiseen. Metropolian ammattikorkeakoulun julkaisusarja. Aatos-artikkelit 12., 49–55.
- Metsämuuronen, J. 2009. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Metsämuuronen, J. 2012. Maailma muuttuu – miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali- ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet. Euroopan sosiaalirahasto. Luettu 22. 1. 2014.
<http://www.mol.fi/esf/ennakointi/SOTEKELR.htm>
- Meum, T., Wangensteen, G., Soleng, K. & Wynn, R. 2011. How does nursing staff perceive the use of electronic handover reports? A Questionnaire-Based Study. *International Journal of Telemedicine and Applications*.
- Palomäki, G. & Piirtola, H. 2012. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta. TAMK: Opinnäytetyö.
- *Pelander, T. & Kirjonen, S. 2011. Asiantuntijana terveysalan muuttuvilla työmarkkinoilla. Raportoinnin kehittäminen. Raportissa Aluevaikuttavuutta ASTE-projektilla. von Schantz, M., Toivonen, H. & Lind, K. (toim.)
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2010–2011. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ohjekirja 2010–2011. Päivitetty 22.9.2014. Luettu 7.3.2015. <http://www.pshp.fi>
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Hoitotyön kirjaaminen, raportointi ja hoitoisuusluokitus. Luettu 20.4. 2016. <http://www.pshp.fi>
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri toimintaohje 222/2010–2011. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tehtävien ammattikorkeakoulujen hankkeiden ja opinnäytetöiden lupien hankkiminen. Tulostettu 22.1.2014.
- *Puumalainen, A., Långstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedon välitykseen. *Tutkiva hoitotyö*. 1/2003, 4–9.
- Riesenberg, L., Leitzsch, J. & Cunningham, J. 2010. Nursing handoffs: A systematic review of the literature. *The American Journal of Nursing* 110 (4), 24–34.
- *Ruuskanen, S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen: kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI- henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Turun ammattikorkeakoulu. Turku. Tulostettu 17.12.2013. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>
- Saranto, K. & Ikonen, H. 2007. Hoitotiedon välittäminen toimintayksikössä. Teoksessa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Saranto, K. & Sonninen, A-L. 2007. Systemaattinen kirjaamisen tarve. Teoksessa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Seppälä-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. STAKES. FinSoc Arviointiraportteja 4/2004. Helsinki. www.julkari.fi
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.
- Strople, B. & Ottani, P. 2006. Can technology improve intershift report? What the research reveals. *Journal of Professional Nursing* 22 (3), 197–204.
- Suomen Sairaanhoidajaliitto 2004. Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin hoitotyössä – käsikirja hoitotyön suositusten laadintaan. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto.
- THL – Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Osa1. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen, versio 2015. Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. (toim.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Suomen Yliopistopaino Oy. www.julkari.fi
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2014. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. www.julkari.fi
- Työvuorotaulukko 1/2014. Sisätautien vuodeosasto. Valkeakosken aluesairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämissuorituksiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Viitala, R. & Jylhä, E. 2013. Liiketoimintaosaaminen. Menestyvän yritystoiminnan perusta. Helsinki: Edita.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Virtanen, P. & Stenvall, J. 2010. Julkinen johtaminen. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Virtanen, P. & Wennberg, M. 2007. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki: Edita.

Vuorinen, T. 2013. Strategiakirja. 20 työkalua. Helsinki: Talentum.

LIITTEET

Liite 1. Alkuperäistutkimusten sisäänto- ja poissulkukriteerit

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
<ul style="list-style-type: none"> ▪ valitut tutkimukset julkaistu vuosien 2003–2013 aikana ▪ kansalliset ja kansainväliset tutkimukset, joissa näkökulmana hoitotyö, kirjaaminen, raportointi, raportointimallin muutos, kehittäminen ▪ eri metodein tehdyt tutkimukset hyväksytään ▪ tutkimusten tai artikkeleiden julkaisukieli suomi tai englanti ▪ myös laadukkaat opinnäytetyöt hyväksytään ▪ tutkimus saa vähintään 12 pistettä laadunarvioinnista (max 20) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ tutkimukset, jotka julkaistu ennen 2003 ▪ tutkimus ei ole kokonaan saatavissa elektronisessa muodossa tai helposti muuten saatavissa ▪ maksulliset tutkimukset tai julkaisut ▪ tutkimukset, jotka eivät sovi suomalaiseen hoitotyön toimintamalliin ▪ tutkimukset, jotka eivät vastaa tutkimuskysymyksiin

Liite 2. Kirjallisuushaussa käytetyt tietokannat

Tietokanta	Sisältö
Medic	Suomalainen, kansainvälisten tietokantojen ulkopuolelle jäävä lääke- ja hoitotieteellinen kirjallisuus. Sisältää viitteitä lehtiartikkeleista, raporteista, kirjoista sekä väitöskirjoista. Tuottaja Terkko, Helsinki.
Melinda	Suomen yliopistokirjastojen yhteisluettelo, joka sisältää Suomen kansallisbibliografian, sekä viitetiedot yliopistokirjojen, Eduskunnankirjaston, Varastokirjaston ja Turun ammattikorkeakoulun tietokantoihin sisältyvistä kirjoista, aikakauslehdistä ja sarjoista, kirjoista, visuaalisesta aineistosta, arkistosta ja elektronisesta aineistosta.
Cinahl(Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)	Kansainvälinen hoitotieteen ja hoitotyön viitetietokanta, joka sisältää myös terveydenhuollon hallintoa ja koulutusta käsittelevää aineistoa. Tuottaja Cinahl Information Systems, USA. Tietokantaan linkitetty myös Journals Ovid Full Text, keskeisten hoitotieteellisten lehtien koko tekstietokanta.
Arto	Uusien kotimaisten artikkeleiden viitetietokanta, joka sisältää artikkelitietueita kaikilta tiedon alueilta ja tieteellisyyden asteilta.
Aleksi	Artikkeliviitetietokanta, joka sisältää kotimaisia sanoma- ja aikakauslehtien artikkeleita
	(Tähtinen 2007, 28–31.)

Liite 3. Hakusanat ja tiedonhaut tietokannoittain

Tietokanta	kirjaaminen/ documentation AND hoitotyö/ nursing	kirjaaminen/documentation AND hoitotyö/nursing AND raportointi/reporting	hoitotyö/nursing AND raportointi/ reporting	hoitotyö/nursing AND raportointi/reporting AND kehittäminen/ program development	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän tai/ja tekstin perusteella valitut
MEDIC	20	1	2	0	2	0
MELINDA	309	22	40	12	5	2
CINAHL	159	14	641	0	1	1
ARTO	13	0	1	0	1	0
ALEKSI	106	22	3	0	2	1
Manuaalinen haku					2	2
Yhteensä	607	59	687	12	13	6

Liite 4. Yhteenveto kirjallisuuskatsaukseen valituista julkaisuista

1(4)

Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, tutkimuksen nimi, tieteenala ja julkaisumaa	Tutkimuksen tarkoitus, tutkimuskysymykset, metodi ja kohderyhmä	Aineiston keruu ja analysointimenetelmä	Keskeiset tulokset	Näytön vahvuus/laadun arviointipisteet
<p>Ruuskanen, S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen: kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta.</p> <p>Hoitotiede Suomi.</p>	<p>Arvioida raportoinnin kehittämistoiminnan tuloksena syntyneitä uutta raportointikäytäntöä</p> <p>Lopulliset tutkimustehtävät: Mitä muutoksia suullisessa raportoinnissa on tapahtunut?</p> <p>Mitä muutoksia kirjallisessa raportoinnissa on tapahtunut?</p> <p>Miten hoidon suunnittelu ja toteutus ovat muuttuneet?</p> <p>Miten suullista raportointia voidaan vielä kehittää?</p> <p>Miten kirjallista raportointia voidaan vielä kehittää?</p> <p>Miten hoidon suunnittelua ja toteutusta voidaan vielä kehittää?</p> <p>Arvioiva laadullinen tutkimus</p> <p>Kohderyhmänä kuuden osaston hoitohenkilökunta ja näiden osastojen osastonhoitajat</p>	<p>Ryhmähaastattelu, lähtökohta induktiivinen ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä</p>	<p>Suullisen raportoinnin sisältö ja ajankäyttö olivat muuttuneet, raportointitavat olivat muokkautuneet erilaisiksi; kirjaaminen ja hoidon suunnittelu ja toteutus muuttuneet paremmin hoitotyön tarpeisiin</p>	<p>IIIc/18</p>

<p>Kähkönen, T. 2010. Hiljaisen raportointikäytännön kehittäminen Kainuun keskussairaalan tehostetun hoidon osastolla.</p> <p>Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala</p> <p>Suomi</p>	<p>Kehittää tehostetun hoidon osastolle hiljaisen raportoinnin käytäntö</p> <p>Selvitettiin hoitajien kokemuksia siitä, vapauttaako hiljainen raportointi enemmän aikaa välittömään hoitotyöhön</p> <p>Onko hiljainen raportointi hyvä toimintatapa?</p> <p>Mitä hyviä elementtejä ja mitä huonoja elementtejä siinä on?</p> <p>Sovellettu kehittävän työntutkimuksen metodologia</p> <p>Kainuun keskussairaalan tehostetun hoidon osaston hoitajat</p>	<p>Ensimmäinen vaihe: opintopiiri, päiväkirja</p> <p>Toinen vaihe: eläytymismenetelmäolmake</p> <p>aineistolähtöinen sisällönanalyysi</p>	<p>Hiljainen raportointi onnistunut ja hyvä toimintatapa, säästää aikaa potilaan hoitotyöhön sekä henkilökohtaiseen elämään.</p> <p>Toisaalta myös epäonnistunut ja huono toimintatapa, perehdytys ja koulutus rakenteeseen kirjaamiseen puutteellista, raportointiympäristö rauhaton ja työn hallinta puutteellista</p>	<p>IV/15</p>
<p>Pelander, T. & Kirjonen, S. 2011. Asiantuntijana terveysalan muuttuvilla työmarkkinoilla. Raportoinnin kehittäminen. Rapportissa von Schantz, M., Toivonen, H. & Lind, K.(toim.). 2011.</p> <p>Sosiaali- ja terveysala</p> <p>Suomi</p>	<p>Tarkoitus suunnitella sopiva hiljaisen raportoinnin malli, joka palvelee kirjaamisen jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden näkökulmasta</p> <p>Kehittämiprojekti</p> <p>Salon aluesairaalan lasten- ja korvatautien yksikön henkilökunta</p>	<p>Kyselytutkimus, SWOT-analyysi</p>	<p>Kirjaamisen parantuminen, raportointiajan lyhentyminen, hoitotyöhön käytettävä aika lisääntynyt, oleellisen tiedon löytyminen hoitotiedoista ongelmana, tietokoneiden riittämättömyys, motivaatio ongelmat, hoitohenkilökunnan osallistaminen muutokseen olisi tärkeää, muutosvastarinta vähäisempää</p>	<p>IV/14</p>

<p>Laukkanen, L., Lehti, T., Hassinen, T. & Hupli, M. 2012. Hiljainen raportointi Turun yliopistollisessa keskussairaalassa.</p> <p>Sosiaali- ja terveysala</p> <p>Suomi</p>	<p>Hoitohenkilöstön kokemia hiljaisen raportoinnin vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia hiljaisen raportoinnin käyttölaajuus Turun yliopistollisessa keskussairaalassa</p> <p>Miten hiljainen raportointi määritellään ja miten se toteutetaan hiljaista raportointia käyttävissä yksiköissä?</p> <p>Mitä Turun yliopistollisen keskussairaalan Mirandaan ja iPanaan kirjaavat somaattisen puolen vuodeosastojen hoitajat kokevat hiljaisen raportoinnin vahvuudeksi, heikkoudeksi, mahdollisuuksiksi ja uhiksi?</p> <p>Miksi jotkut yksiköt eivät ole siirtyneet perinteisestä puhutusta raportista hiljaiseen raportointiin?</p> <p>Projekti</p> <p>Turun yliopiston keskussairaalan somaattisen puolen vuodeosastot, 40 osastoa, osastonhoitajat</p>	<p>Avoimia kysymyksiä sisältänyt kyselylomake, SWOT-analyysi induktiivinen sisälönanalyysi</p>	<p>Hiljaisella raportoinnilla saavutetaan ajansäästöä, parantaa kirjaamisen laatua, vastaa yksilöllisiin tiedontarpeisiin, mahdollistaa joustavat työajat, rauhoittaa raportointitilannetta, vähentää ennakkoluuloja, asenteita ja tulkintoja</p>	<p>IIIc/15</p>
<p>Puimalainen, A., Långstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen.</p> <p>Hoitotiede</p> <p>Suomi</p>	<p>Tarkoituksena kuvata HUS:n Meilahden sairaalassa sisätautien toimialalla toteutettu kehittämisprojekti, jonka tavoitteena korvata totunnainen raportointikäytäntö kirjallisella tiedonsiirrolla</p> <p>Millainen hoitajien työajan käyttö oli ennen ja jälkeen raportointikäytännön muutoksen?</p> <p>Miten raportointikäytännön muutos vaikutti hoitajien työhön, osaston toimintaan ja päätöksentekoon?</p> <p>Miten hoitajat kokivat muutoksen toteuttamisen osastolla?</p>	<p>Työajan käytön mittari ennen ja jälkeen raportointikäytännön muutoksen ja kyselylomake</p> <p>NCSS ohjelmalla kyselyn analysointi</p>	<p>Suulliseen tiedottamiseen kulunut aika väheni, kirjaaminen lisääntyi ja parani, potilaiden hoitoon käytetty aika lisääntyi, hoidosta neuvoteltiin enemmän potilaiden kanssa, hoitajat tekivät enemmän itsenäisiä päätöksiä</p>	<p>IIIc/18</p>

	<p>Toimintatutkimus noudattaen käytännöllistä lähestymistapaa</p> <p>Seitsemän sisätautien vuodeosastoa, sairaan- ja perushoitajat</p>			
<p>Jefferies, D., Johnson, M. & Nicholls, D. 2012. Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing.</p> <p>Hoitotiede</p> <p>Australia</p>	<p>Tutkia miten potilaan ongelmia, toimenpiteitä ja hoidon tuloksia on kuvattu sekä kirjallisessa että suullisessa raportissa ja jättääkö jompikumpi tapa potilaan tietoja huomiotta</p> <p>Vertaamalla kirjallista ja suullista raportointia ja niiden sisältöä</p> <p>Kirjallinen dokumentaatio kerättiin kahdeksalta eri erikoisalalta, suullisen raportoinnin dokumentaatio kerättiin yhdeksältä erikoisalalta Kymmenestä eri terveydenhuollon laitoksesta Australiassa</p>	<p>Tieto kerättiin hoitotyön kirjallisesta dokumentoinnista ja klinikkaraporteilta puhutun pohjalta tehdyistä muistiinpanoista</p> <p>Sisällönanalyysi ja tekstin analyysi, analysointi NVIVO8</p>	<p>Suullisessa ja kirjallisessa raportissa yhteneväisyyksiä, joissa samoja asioita säännöllisesti raportoitu molemmissa.</p> <p>Suullinen raportointi näyttäisi olevan kattavampi, antaa enemmän tietoa potilaan voinnista ja hoidosta.</p> <p>Kirjallinen raportointi sisältää enemmän hoitajien tehtäviä.</p> <p>Hoitajat pitävät suullista raportointia parempana.</p>	IIIb/12

Liite 5. Alkuperäistutkimusten laadun arviointilomake

ALKUPERÄISTUTKIMUSTEN LAADUN ARVIOINTI (Gitta Palomäki ja Heli Piirtola (2012) opin- näytetyö Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta)			
Tutkimus			
	Kyllä	Ei	Ei tietoa / Ei sovellu
Tutkimuksen tausta ja tarkoitus			
Tutkittava ilmiö on määritelty selkeästi.			
Tutkimuksen aihe on perusteltu kirjallisuuskatsauksen avulla sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti.			
Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät on määritelty selkeästi.			
Aineisto ja menetelmät			
Aineistonkeruumenetelmät ja – konteksti on perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti.			
Aineiston keruumenetelmä soveltuu tutkittavaan ilmiöön.			
Aineiston keruu on kuvattu.			
Aineiston käsittelyn ja analyysin päävaiheet on kuvattu.			
Analyysimenetelmä soveltuu tutkittavaan ilmiöön.			
Tutkimus on luotettava ja eettisesti toteutettu.			
Tutkimuksen kohderyhmä on relevantti.			
Tutkimuksen otos on riittävä ja sitä on arvioitu. (kvantitatiivinen tutkimus)			
Tutkimuksen sisällön riittävyttä on arvioitu. (kvalitatiivinen tutkimus)			
Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys			
Tutkija on nimennyt kriteerit, ja niiden pohjalta arvioinut tutkimuksen luotettavuutta.			
Tutkija on pohtinut eettisiä kysymyksiä huolellisesti.			
Tulokset ja johtopäätökset			
Tulosten merkittävyyttä on arvioitu.			
Tutkimuksen tulokset ovat merkittäviä ja yhteneväisiä aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna.			
Tulokset on esitetty selkeästi ja niitä on verrattu aikaisempiin tutkimuksiin.			
Tutkimusten tulokset perustuvat tutkimuksiin ja ovat hyödynnettävissä.			
Kokonaisarvio			
Tutkimus muodostaa eheän, selkeän ja loogisen kokonaisuuden.			
Tutkimuksesta saadaan vastauksia tutkimuskysymyksiin.			
Tutkimus on sovellettavissa suomalaisen terveydenhuollon kenttään.			

Liite 6. SWOT- analyysilomake

SWOT- analyysikaavake

Kirjaa omat mielipiteesi tai ajatuksesi **HILJAISEN RAPORTOINTIKÄYTÄNNÖN** vahvuuksista ja heikkouksista SWOT- analyysi nelikentän yläosaan. Alaosaan kirjataan hiljaisen raportointikäytännön mahdollisuudet ja uhat.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
MAHDOLLISUUDET	UHAT

Liite 7. Informaatiokirje osallistujille



TIEDOTE

8.5.2014

Hyvät sairaanhoitajat, lähihoitajat tai perushoitajat!

Pyydän Teitä osallistumaan sisätautien vuodeosastolla opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kehittää kirjaamista ja laatia suunnitelma hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymisestä Valkeakosken aluesairaalan sisätautien vuodeosastolla.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyön aineisto kerätään SWOT- analyysimenetelmällä ja benchmarking haastattelulla. Tutkimusaineistoa kerätään myös muistioiden ja tutkimuspäiväkirjaa käyttäen. Kirjaamisen kehittäminen toteutuu kirjaamiskoulutuksen muodossa. Kirjaamiskoulutus ja siihen liittyvä kehittäminen on osa aiempaa, toiseen kehittämistoimintaan liittyvää toimintaa.

SWOT- analyysikysely tehdään Valkeakosken aluesairaalan sisätautien vuodeosaston hoitajille **8.-23.5.2014** aikana. Teitä pyydetään kirjaamaan SWOT- analyysikaavakkeeseen hiljaisen raportointikäytännön vahvuudet ja heikkoudet nelikentän yläosaan. Hiljaisen raportointikäytännön mahdollisuudet ja uhat merkitään nelikentän alaosaan. Kaavakkeeseen vastataan nimettömästi ja vastaaminen vie aikaa noin 10 minuuttia.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyö ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu. Opinnäytetyöntekijä pitää osastotunnin opinnäytetyöstään sen valmistuttua.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni. Vastauslomakkeet palautetaan osaston kahvihuoneessa olevaan palautuslaatikkoon.

Tarja Harjula

Opinnäytetyöntekijä

YAMK – opiskelija, Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma Tampereen ammattikorkeakoulu

tarja.harjula@health.tamk.fi / 0400 957924

Liite 8. Benchmarking- haastattelurunko



1. Kuinka kauan hiljainen raportointikäytäntö on ollut käytössä yksikössänne?
2. Mitkä syyt saivat teidät siirtymään hiljaiseen raportointikäytäntöön?
3. Miten hiljaiseen raportointikäytäntöön valmistauduttiin? Kuka suunnitteli raportointimuutoksen ja miten muutos vietiin eteenpäin?
4. Miten henkilökuntaa informoitiin raportointikäytännön muutoksesta ja otettiinko henkilökuntaa mukaan suunnitteluvaiheeseen?
5. Oliko henkilökunnalla tarvetta koulutukseen ennen hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymistä ja jos oli, minkälaiseen koulutukseen?
6. Minkälaisia mielipiteitä raportointikäytännön muutos aiheutti henkilökunnassa?
7. Miten hiljainen raportointikäytäntö toteutetaan käytännössä (onko joka työvaiheessa, missä tilassa raportti luetaan, kuinka kauan on aikaa lukea raportti)?
8. Minkälaista hyötyä hiljaisesta raportoinnista olette huomanneet?
9. Onko hiljaisesta raportoinnista ilmennyt epäedullisia puolia? Minkälaisia?
10. Mitä kokemuksenne mukaan edellytetään, että hiljaiseen raportointikäytäntöön voidaan siirtyä?
11. Miten uusia työntekijöitä ja opiskelijoita perehdytetään hiljaiseen raportointiin?
12. Onko henkilökunta tyytyväinen nykyiseen raportointikäytäntöön?
13. Minkälaisia ohjeita tai neuvoja antaisitte sellaiselle työyksikölle, jossa ollaan suunnittelemassa ja siirtymässä hiljaiseen raportointikäytäntöön?

Tarja Harjula
 Opinnäytetyöntekijä
 Tampereen ammattikorkeakoulu
 Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
 Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen
 ja johtamisen koulutusohjelma

Liite 9. Informaatiokirje benchmarking- haastateltavalle



TIEDOTE

8.5.2014

Hyvä esimies!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kehittää kirjaamista ja laatia suunnitelma hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymisestä Valkeakosken aluesairaalan sisätautien vuodeosastolla.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseen syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyön aineisto kerätään SWOT- analyysimenetelmällä ja benchmarking haastattelulla. Tutkimusaineistoa kerätään myös muistiodien ja tutkimuspäiväkirjaa käyttäen. Kirjaamisen kehittäminen toteutuu kirjaamiskoulutuksen muodossa. Kirjaamiskoulutus ja siihen liittyvä kehittäminen on osa aiempaa, toiseen kehittämistoimintaan liittyvää toimintaa. SWOT- analyysikysely tehdään Valkeakosken aluesairaalan sisätautien vuodeosaston hoitajille kevään 2014 aikana.

Benchmarking haastattelu tehdään sellaisessa työyksikössä, jossa hiljainen raportointikäytäntö on ollut menestyksekkäästi käytössä. Tarkoitus on saada tietoa ja oppia hiljaisen raportointikäytäntöön liittyen. Benchmarking haastattelu suoritettaisiin työyksiköissä haastatteleamalla Teitä erikseen sovittuna ajankohtana. Haastattelu vie noin tunnin aikaa ja haastattelu nauhoitetaan. Haastattelurunko liitteenä (liite)

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Tarja Harjula

Opinnäytetyöntekijä

YAMK – opiskelija, Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma, Tampereen ammattikorkeakoulu

tarja.harjula@health.tamk.fi / 0400 957924

Liite 10. Tietoinen suostumuslomake



SUOSTUMUS

Kohti hiljaista raportointia

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kehittää hoitotyön kirjaamista ja laatia suunnitelma hiljaiseen raportointikäytäntöön siirtymisestä Valkeakosken sisätautien vuodeosastolla sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys