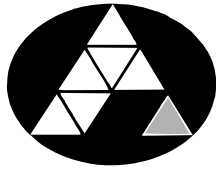


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Tiina Sinkkonen

TYÖVUOROJEN VÄLISEN RAPORTOINNIN KEHITTÄMINEN  
PILOTTIOSASTOILLA POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO- JA  
SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄSSÄ

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2011



POHJOIS-KARJALAN  
AMMATTIKORKEAKOULU

**OPINNÄYTETYÖ**  
**Toukokuu 2011**  
**Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
p. (013) 260 6600

Tekijä  
Tiina Sinkkonen

Nimeke  
Työvuorojen välisen raportoinnin kehittäminen pilottiosastoilla Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä

Toimeksiantaja  
Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (PKSSK)

**Tiivistelmä**

Työvuorojen välinen raportointi varmistaa potilaan hoidon jatkuvuuden ympäri vuorokauden tapahtuvassa hoitotyössä. Tiedottamisen lisäksi työvuorojen välisellä raportoinnilla on myös hallinnollinen, sosiaalinen ja koulutuksellinen tehtävä. Raportoinnissa tarkka ja dokumentoitu tieto potilaan tilasta tehostaa ajankäyttöä ja parantaa hoidon jatkuvuutta ja laatua.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten työvuorojen välinen raportointi tapahtuu tällä hetkellä pilottiosastoilla, miten työvuorojen välistä raportointia voitaisiin kehittää sekä laatia selvitysten pohjalta työvuorojen väliselle raportoinnille malli. Opinnäytetyössä käytettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa, ja se toteutettiin PKSSK:ssä seitsemällä pilottiosastolla. Opinnäytetyön aineistona käytettiin sähköistä kyselyä, kokousmuistioita ja kokemuspäiväkirjoja. Aineiston analyysi perustui luokitteluun, kvantifiointiin ja temaattiseen sisällönanalyysiin.

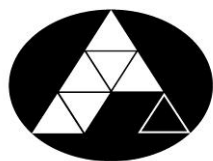
Työvuorojen välisen raportoinnin käytetyin menetelmä oli lähtötilanteessa suullisen ja kirjallisen raportin yhdistelmä. Kehittämiskohteita löytyi raportin organisoinnissa, kirjaamisen kehittämisessä ja käytettävissä olevan tiedon laadusta. Hiljainen raportti -käytännön vieminen osastoille oli interventio, ja tuotti tuloksena myös muutoksen mahdollistajat. Opinnäytetyön tuloksena syntyi neurologian osastoille työvuorojen välisen raportoinnin malli.

Jatkotutkimuksena voisi selvittää hiljaisen raportoinnin kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta suhteessa suulliseen raportointiin. Myös seurantatutkimukselle ja jalkauttamissuunnitelman laatimiselle olisi tarvetta.

Kieli  
suomi

Sivuja 81  
Liitteet 13  
Liitesivumäärä 17

Asiasanat  
työvuorojen välinen raportointi, hoitotyön kirjaaminen



NORTH KARELIA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

**THESIS**  
**May 2011**  
**Degree Programme in Development**  
**Management of Social services and**  
**Health Care (Master's Degree)**  
Tikkarinne 9-  
FIN 80200JOENSUU  
FINLAND  
Tel. 358-13-260 6600

Author  
Tiina Sinkkonen

Title  
Developing shift handover by using piloting in the Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia

Commissioned by  
The Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia

Abstract

The aim of shift handover is to ensure patient care in round-the-clock nursing context. Despite informational function nursing handover also include organizational, social and educational functions. Furthermore accurate and documented recording in nursing about patient's condition improves the consumption of time and the continuity and quality in nursing.

The aim of this thesis was to determine how shift handover is produced at the moment at the pilot wards and how to improve those practices. In addition one aim was also to create the model to implement nursing handover. Action research was used as a research approach and it was carried out at seven pilot wards in the Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia. The material was collected by questionnaire, memos and reflection diaries. The collected material was analyzed by using thematic analysis and in addition by classifying and quantifying.

The most used method in shift handover was combination of oral and written reports. Development targets were found in the way the report was organized, in nursing recording and in quality of the knowledge. Written report was an intervention and it developed the enablers of the change. The model was developed in this thesis for neurological wards

In future it would be interesting to study to compare costefficiency and impressiveness between written report and oral report. It would also be important to carry out follow up research and implement program.

Language  
Finnish

Pages81  
Appendices 13  
Pages of Appendices 17

Keywords  
shift handover, recording in nursing

# SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1 JOHDANTO .....	6
2 TYÖVUOROJEN VÄLINEN RAPORTOINTI HOITOTYÖSSÄ .....	7
2.1 Työvuorojen välinen raportointi käsitteenä .....	8
2.2 Työvuorojen välisen raportoinnin merkitys ja tehtävät .....	9
2.3 Työvuorojen välisen raportoinnin muodot .....	11
2.3.1 Suullinen raportti .....	12
2.3.2 Hiljainen raportti .....	13
2.3.3 Vuoteenvierusraportointi .....	14
2.4 Raportoinnin sisältö ja käytetty kieli .....	15
2.5 Raportoinnin haasteet ja suosituksia niihin vastaamiseksi .....	16
3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN TYÖVUOROJEN VÄLISEN RAPORTOINNIN TUKENA .....	19
3.1 Hoitotyön rakenteinen ja sähköinen kirjaaminen .....	19
3.2 Hoitotyön kirjaamista ohjaavat keskeiset lait ja suositukset .....	21
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT .....	25
5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET VALINNAT .....	25
5.1 Toimintatutkimus lähestymistapana .....	27
5.2 Toimintaympäristön esittely .....	28
5.2.1 Neurologian osastot .....	29
5.2.2 Neurologisen potilaan hoitotyö .....	31
5.3 Aineistonkeruu .....	32
5.3.1 Lähtötilanteen kartoitus .....	33
5.3.2 Hiljainen raportti- työryhmän tapaamiset .....	35
5.3.3. Osastokokoukset .....	35
5.3.4 Kokemuspäiväkirjat .....	36
5.3.5 Raportoinnin kehittämisen väliarviointi .....	36
5.4. Aineiston analyysi .....	37
5.4.1 Tilastolliset jakaumat, luokittelu ja kvantifiointi .....	37
5.4.2 Temaattinen sisällönanalyysi .....	38
6 TULOKSET .....	39
6.1 Työvuorojen välisen raportoinnin lähtötilanne pilottiosastoilla .....	39
6.1.1 Työvuorojen välisen raportoinnin organisointi .....	40
6.1.2 Kirjaaminen työvuorojen välisen raportoinnin edellytyksenä .....	43
6.1.3 Yhteenveto lähtötilanteesta .....	43
6.2 Raportoinnin kehittäminen .....	44
6.2.1 Työvuorojen välisen raportoinnin organisointi .....	44
6.2.2 Kirjaaminen .....	46
6.2.3 Kohti hiljaista raportointia .....	47
6.2.4 Tieto .....	50
6.2.5 Työvuorojen välisen raportoinnin tila toukokuussa 2011 .....	52
6.3 Työvuorojen välisen raportoinnin malli .....	55
7 POHDINTA .....	57
7.1 Tulosten tarkastelu .....	59
7.2 Menetelmän tarkastelu .....	63

7.3 Luotettavuus .....	68
7.4 Eettisyys .....	72
7.5 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	73
8 LOPUKSI.....	75
LÄHTEET.....	76

## LIITTEET

Liite 1	Kirjaamista koskeva keskeinen lainsäädäntö
Liite 2	Sähköinen kyselylomake
Liite 3	Hiljainen raportti -työryhmän tapaamiset
Liite 4	Osastokokousten ajankohdat
Liite 5	Väliarvioinnin tiimikokoukset
Liite 6	Esimerkki kvantifioinnista: raportoinnin paikka
Liite 7	Esimerkki luokittelusta: raportoinnin sisältö
Liite 8	Esimerkki aineiston koodaamisesta teemoittelua varten
Liite 9	Esimerkki aineiston teemoittelusta
Liite 10	Työvuorojen välisen raportoinnin mallin taustalla oleva tietorakennelma
Liite 11	Lukuohje hiljaiseen raporttiin
Liite 12	Toimeksiantosopimus
Liite 13	Tutkimuslupapäätös

## 1 JOHDANTO

Työvuorojen välinen raportointi on keskeistä hoidon jatkuvuuden, potilasturvallisuuden ja hoidon laadun kannalta (muun muassa Lamond. 2000, 79; Strople & Ottani 2006, 197). Vuorojen välisellä raportoinnilla on tiedonvälityksen ohella myös sosiaalinen, hallinnollinen ja koulutuksellinen tehtävä. Sen vuoksi aika- ja kustannustehokkuus eivät voi olla ainoita mittareita raportointia kehitettäessä. (Lally 1999, 35; Meissner, Hasselhorn, Estry-Behar, Ne'zet, Pokorski & Dinah Gould 2007, 541; Saranto & Ikonen 2007, 160; Speas 2006, 82; Strople & Ottani 2006, 198.)

Raportointi on voimavaraintensiivistä toimintaa, ja sitä tapahtuu jokaisella vuodeosastolla monta kertaa päivässä vuoden jokaisena päivänä. Vuorojen väliseen kokoontumiseen käytetty aika on vain jäävuoren huippu koko raportointiprosessista. (O'Connell, Macdonald & Kelly 2008, 10.) Vaikka raportoinnissa on kyse päivittäin useita kertoja toistuvasta hoitotyön rutiinitapahtumasta, raportoinnin parhaista käytänteistä löytyy hyvin vähän tieteellistä tutkimusnäyttöä (Riesenberg, Leich & Cunningham 2010, 24). Etenkin potilaiden ja henkilökunnan nopeasti vaihtuessa täsmällinen ja tehokas raportointi on ensiarvoisen tärkeää. Informaation ja potilaan tilan on vastattava toisiaan. (Benson, Rippin-Sisler, Jabusch & Keast 2007, 80 - 81; Bourne 2000, 451; Strople & Ottani 2006.)

Hoitotyön dokumentoinnilla on keskeinen merkitys kehitettäessä työvuorojen välistä raportointia. Hoitotyön dokumentointi on kirjallinen näyttö toteutuneesta hoitotyöstä. Kirjaamisella luodaan edellytykset hoidon joustavalle etenemiselle, jatkuvuudelle sekä turvataan hoitoa koskeva tiedonsaanti ja varmistetaan hoidon toteutus ja seuranta. Huolellisella kirjaamisella turvataan sekä potilaan että hoitotyöntekijän oikeuksia. Sähköistä kirjaamista helpottaa sovittu yhdenmukainen kirjaamisen rakenne ja sen määrittely, mitä kirjataan. (Tanttu 2007, 128 - 130.)

Raportointiin on hyvä kiinnittää huomiota, jotta sähköisen ja rakenteisen dokumentoinnin hyödyt saataisiin parhaiten käyttöön. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä (PKSSK) on otettu käyttöön potilastietojärjestelmä Mediatri vuoden 2010 alusta. Teknisten ongelmien vuoksi hoitotyön kirjaaminen on ollut puutteellista, ja teknisten ”niksien” oppiminen on vienyt resursseja sisällöllisen puolen huomioinnilta. Työajan käytön seurannan tulokset antavat myös viitteitä siitä, että välilliseen hoitotyöhön suhteessa välittömään käytetään liikaa aikaa (Kaila 2009). Raportoinnin kehittäminen on yksi keino lisätä välittömän hoitotyön osuutta ja hyödyntää olemassa olevia tietojärjestelmiä.

PKSSK:ssä on tavoitteena, että vuoteen 2012 mennessä on kehitetty standardoitu hiljaisen raportoinnin malli/mallit (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2009, 2). Lopullisena tavoitteena on kehittää hoitotyön palvelujen tuottavuutta ja tuloksellisuutta toimintamallin kehittämisen kautta. Tämä opinnäytetyö on yksi osa työvuorojen välisen raportoinnin kehittämistä. Kehittäminen tapahtui toimintatutkimuksellisella otteella seitsemällä pilottisosastolla.

## **2 TYÖVUOROJEN VÄLINEN RAPORTOINTI HOITOTYÖSSÄ**

Työvuorojen välistä raportointia on tutkittu niin laadullisin kuin määrällisinkin menetelmin. Aiheena ovat olleet muun muassa raportin sisältö (Liukkonen 1993), potilaan osallistuminen (Timonen & Sihvonen 2000), ei-suullinen raportointi (Kennedy 1999) tiedon vaikutus hoidolliseen päätöksentekoprosessiin (Lamond 2000) sekä raportoinnin käytännöt ja tehtävät (Kerr 2002). Vuonna 2010 amerikkalaiset Riesenbergy ynnä muut ovat tehneet systemaattisen kirjallisuuskatsauksen työvuorojen välisestä raportoinnista hoitotyössä

Suomessa on vähän raportointiin liittyvää tieteellistä tutkimusta. Hoitotieteellisiä tutkimuksia löysin kolme (Liukkonen 1993, Puumalainen, Långstedt ja Eriksson

2003; Timonen & Sihvonen 2000). Aiheesta on tehty 2000-luvulla kaksi pro – gradu tutkielmaa (Runne 2000; Ruuskanen 2007) ja kaksi ylemmän ammatti-korkeakoulun opinnäytetyötä (Kähkönen 2010; Pelttari 2010). Ammattikorkeakoulujen hoitotyön suuntautumisvaihtoehdosta opinnäytetöitä on valmistunut useita.

## 2.1 Työvuorojen välinen raportointi käsitteenä

Suomessa työvuorojen välisen raportoinnin synonyymeinä käytetään käsitteitä työvuorojen välinen tiedotustilaisuus tai tiedonsiirto. Ei-suullisesta raportoinnista löytyvät käsitteet kirjallinen tiedonsiirto, kirjallinen tiedonvälitys, kirjallinen raportointi, hiljainen raportointi ja hoitotyön tietojen siirtäminen hoitotyön kirjaamisen perusteella. Englanninkielisiä vastineita työvuorojen välisen raportoinnin käsitteelle ja sen eri muodoille löytyy kirjallisuudesta lukuisia esimerkiksi nursing handover, intershift report, shift to shift report, shift handover, handover report, report handover, nursing report, handoff. Suullisesta raportoinnista käytetään käsitteitä oral shift report, verbal shift report ja ei-suullisesta raportoinnista käsitteitä nonverbal handover, written shift report tai reading handover. Tässä opinnäytetyössä käytetään yleiskäsitteenä käsitettä **työvuorojen välinen raportointi** ja ei-suullisesta raportoinnista käsitettä **hiljainen raportointi**.

Työvuorojen välisellä raportoinnilla on keskeinen rooli potilaan hoidon jatkuvuudessa ympäri vuorokauden tapahtuvassa hoitotyössä. Tiedonsiirron kriittinen luonne on huomioitu niin kirjallisuudessa kuin hoitotyöntekijöidenkin keskuudessa. Työvuorojen välinen tiedonvälitysmekanismi varmistaa sen, että henkilöstön vaihtuminen ei aiheuta häiriötä osaston toiminnalle. (Kerr 2002, 125 - 126.)

Tiedon välittämisen onnistumiseksi tarvitaan viestintää. Viestinnän peruselementit ovat viestin lähettäjä, viestintäkanava, viestin vastaanottaja ja itse viesti. (Lally 1999, 35; Saranto & Ikonen 2007, 158.) Hyvän hoidon toteuttaminen on riippuvainen käytettävissä olevan tiedon laadusta, mutta tiedon käyttö tarvitsee aktiiviset lähettäjät, tehokkaat kanavat ja joustavat vastaanottajat. Hoitajilla on merkittävä rooli tiedon välittämisessä ja siirtämisessä kaikkina vuorokauden



aikoina. Hoitotietojen välityksessä potilaskertomus on keskeinen asiakirja. (Saranto & Ikonen 2007, 158.)

Benson ym. (2007, 82) määrittelevät työvuorojen välisen raportoinnin tärkeäksi informaation jakamisprosessiksi, joka varmistaa ja ylläpitää jatkuvuuden ja laadun turvallisessa potilaan hoidossa. Se pitää sisällään niin lailliset kuin ammatillisetkin käytännön vaatimukset. Strople ja Ottani (2006, 197) lisäävät tähän määritelmään kommunikaation käsitteen sekä vastuun siirtymisen seuraavalle vuorolle.

Kerr (2002, 129) sekä Ekman ja Segesten (1995, 1008) ovat jakaneet raportointiprosessin kolmeen vaiheeseen, jotka ovat 1) pre-raportti: toiminnot, joilla valmistaudutaan vuorojen väliseen tapaamiseen esimerkiksi hoitodokumenttien päivitys ja osaston päiväkirja, 2) työvuorojen välinen kokoontuminen, raporttitilanne, joka siirtää vastuun seuraavalle työvuorolle ja 3) post-raportti, joka sisältää tutustumisen potilaisiin kiertämällä osastolla ja muun potilasasioihin perehtymisen varsinaisen raporttitilanteen jälkeen.

Raportille osallistuu pääsääntöisesti alkavan työvuoron hoitohenkilökunta. Satunnaisesti raporttitilaisuuksiin osallistuvat hoitotyön johtajat ja opiskelijat. Muun alan edustajat osallistuvat harvoin raporttitilanteisiin. (Benson ym. 2007, 81.) Viestinnän kannalta tiedotustilaisuuksissa on korostettu erityisesti viestin vastaanottajan läsnäoloa. Läsnäoloa voidaan pohtia myös resurssien, esimerkiksi työajan järkevän käytön kannalta. (Saranto & Ikonen 2007, 159.)

Raportoinnin kestossa on suurta vaihtelua (Benson ym. 2007, 81; Saranto & Ikonen 2007, 159). Työvuorojen välinen raportointi tapahtuu henkilökunnan kokoushuoneessa, yksikön kansliassa, potilasvuoteiden äärellä tai käytävällä (Benson ym. 2007, 81).

## **2.2 Työvuorojen välisen raportoinnin merkitys ja tehtävät**

Työvuorojen välinen raportointi on monisyinen prosessi, joka tarjoaa hoitajille tärkeää potilastietoa kliinisen päätöksenteon ja hoitotyönsuunnitelman pohjaksi.

Se on myös foorumi, jossa voi käsitellä ongelmallisia potilastilanteita ja oppia toinen toisiltaan. Nykyiset menetelmät kerätä ja välittää potilasinformaatiota ovat tehottomia ja voivat johtaa potilaiden ja hoitajien kannalta negatiivisiin tuloksiin. Työvuorojen välisen raportoinnin haasteita ovat muun muassa tiedon epä johdonmukaisuus, tietämättömyys laillisista vaatimuksista ja taloudellisesti ajatellen ajankäyttö suhteessa raportoinnin tuomaan hyötyyn. (Davies & Priestly 2006, 50; Hallila 2005, 125; Stroppe & Ottani 2006, 197.)

Raportoinnin merkitystä ja sen kehittämistä voidaan lähestyä esimerkiksi johtamisen tai psykososiaalisen näkökulman kautta. **Johtamisen näkökulmassa** raportoinnin tulisi olla kustannustehokasta ja kustannukset tulee pitää kurissa. Raporttiin käytettävän ajan tulee olla lyhyt. Jaettava tieto on tarkkaa, lyhyttä ja selkeää. Kommunikoinnille ei jätetä tilaa. Ajan minimointi raporttiin vähentää ylitöitä ja tuleva vuoro voi aloittaa työnsä mahdollisimman nopeasti. Aikaa jää välittömään potilastyöhön, opettamiseen ja ohjaukseen. Tässä näkökulmassa korostuu raporttitilanne pelkästään informaation välittäjänä ja raportoinnin muut tehtävät jäävät huomioimatta. **Psykososiaalinen näkökulma** näkee raporttitilanteen ritualistisena käyttäytymisenä, mikä lujittaa sosiaalista koheesiota ja edistää tiimityötä. Kommunikaation parantamisen kautta on mahdollista parantaa myös asiakastuloksia. Raportti täyttää myös psykososiaalisia tarpeita. (Bourne 2000, 451, 456.)

Sekä johtamisen että psykososiaalisen ”koulukunnan” mukaan raportoinnin tärkein tehtävä on kuitenkin varmistaa potilaan hoito (Bourne 2000, 453). Hoitajien tiedotustilaisuuksilla voidaan kuitenkin nähdä olevan monta tarkoitusta, joista potilaan tilasta tiedottaminen on vain yksi. Työvuorojen välisessä raportoinnissa korostuvat potilaan hoidon tilanne hoidon jatkuvuuden kannalta sekä yhteistyö potilaan ja omaisten kanssa. (Saranto & Ikonen 2007, 158.) Raportoinnin tehtävät ja sisällöt on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Työvuorojen välisen raportoinnin tehtävät ja sisällöt (mukailten Ekman & Segesten 1995; Evans, Pereira, & Parker 2008; Kerr 2002, 129; Lally 1999)

Näkökulma	Tehtävä	Sisältö
Johtamisen näkökulma	Tiedottaminen	-hoidon tavoitteet ja hoidon jatkuvuus  -yhteistyö potilaan ja omai- sen kanssa
	Hallinnollinen	-työvuoron suunnittelu, työnjako
Psykososiaalinen näkökulma	Sosiaalinen	-sosiaalinen ja emotionaa- linen tuki, stressin hallinta, tiimityö, koheesion edistä- minen
	Koulutuksellinen	-opetus potilasesimerkkien avulla  -kokemuksellinen oppimi- nen ja hoitokulttuurin merki- tys, sosiaalistaminen

### 2.3 Työvuorojen välisen raportoinnin muodot

Raportin muotoa tutkimalla on ollut tarkoitus parantaa raportoinnin tehokkuutta, informaation sisältöä ja vähentää siihen kulunutta aikaa. Raportin muodot ovat suullinen, nauhoitettu, hiljainen raportti ja muut, esimerkiksi. ääniposti-, taulu- ja elektroninen raportti. Näistä suullinen raportti on selkeästi käytetyin raportoinnin menetelmä. (Benson ym. 2007, 81; Saranto & Ikonen 2007, 158,160; Sexton, Cahan, Elliott, Stuart, Jayasuriya & Crookes 2004, 38; Strople & Ottani 2006, 199 - 200.) Raportoinnin paikan perusteella on käytössä myös vuoteenvierusraportti, jonka käsittelen tässä yhteydessä yhtenä raportin muotona. Seuraavaksi käsitellään lyhyesti suullista, nauhoitettua, hiljaista ja vuoteenvierellä tapahtuvaa raportointia tuomalla esiin niiden hyviä puolia sekä kehittämistarpeita.

### 2.3.1 Suullinen raportti

Suullisessa raportissa luetaan tietoa potilaan tilasta hoitotyön prosessin dokumentoinnista, hoitosuunnitelmasta. Lukija on usein vuoron vastaava hoitaja. (Bourne 2000, 453.) Monien tutkijoiden mielestä se on aikansa elänyt raportoinnin muoto. Hoitajat kirjoittavat ylös vain puolet suullisesta raportista ja muistavat vain 27 prosenttia raportista. Suulliset raportit ovat tehottomia, aiheuttavat ylitöitä ja vievät hoitajien aikaa potilailta. Tiedon vastaanotto ja sen edelleen esittäminen on erittäin merkittävässä roolissa siinä, miten tietoa käytetään asianmukaisesti. (Dowding 2001, 845; Riesenbergy ym. 2010, 26; Strople & Ottani 2006, 199.)

Suullisen viestin ongelmat kohdistuvat erityisesti viestin sisältöön (esimerkiksi puuttuva, epätäydellinen tieto) ja vastaanottajan kykyyn ymmärtää viesti. Perinteisesti viestin vastaanottajaa pidetään passiivisena osallistujana raporttitilanteessa (Tucker 2009, 30). Viestintäkanavaa voidaan säädellä rauhoittamalla ympäristö. Samalla suojataan potilaiden yksityisyyden suojaa. Hoitotyölle ovat tyypillisiä tilanteet, joissa useita asioita tapahtuu samanaikaisesti, esimerkiksi puhelin soi, hälytyskellot soivat. Keskeytykset lisäävät virhemahdollisuuksia. (O`Connell ym. 2008, 6, 8; Saranto & Ikonen 2007, 160.)

Suullisen raportoinnin eräänä muotona voi olla myös nauhoitettu raportti. Työvuoroon tuleva hoitohenkilökunta saa raportin kuuntelemalla nauhan tultuaan töihin. Puutteet ovat samat kuin suullisessakin raportoinnissa. Hyvinä puolina voi nähdä kustannustehokkuuden sekä sen, että se aiheuttaa vähemmän keskeytyksiä työhön. Nauhoitettu raportti vähentää henkilöltä henkilölle kommunikointia, joten sosiaalinen puoli raportoinnissa jää huomioitaksi. Täsmentäviä kysymyksiä ei voi esittää, eikä täten selkeyttää viestin sisältöä. (Strople & Ottani 2006, 199 - 200.) Nauhoitettua raporttia ei Suomessa käytetä.

Suullisessa raportointimuodossa asioita pystyy selvittämään heti, tietoa saadaan riittävästi ja raportin etenemistä on helppo seurata. Opetuksellinen puoli on huomioitu ja stressin purkaminen on mahdollista. (O`Connell ym. 2008, 6.)

### 2.3.2 Hiljainen raportti

Kirjoitetun raportin tiedon lähteenä käytetään dokumentoitua potilastietoa. Kirjaamisella on tietty kehys, mikä vähentää laatuvaihtelua raporttien välillä ja tieto on johdonmukaisempaa. Kirjoitettu raportti varmistaa muotoillun, standardoidun lähestymisen ja parantaa oleellisen potilastiedon välittymistä. Tässä raportointimuodossa on helppo palata aikaisempaan tietoon, eikä olla muistin varassa. (Bourne 2000, 452 - 453; Strople & Ottani 2006, 200.) Sextonin ym. (2004, 37) tekemässä tutkimuksessa 84,6 prosenttia suullisen raportin sisällöstä löytyi kirjatuista dokumenteista. Tietojen päällekkäisyyttä ovat tuoneet esille myös O`Connell ym. (2008, 8) sekä Tucker (2009, 31). Toisaalta hoitosuunnitelmien käyttöä raportin pohjana ei aina pidetä luotettavana. Myös niin sanottuja ”paperitöitä” pidetään vähemmän tärkeänä osana hoitotyötä. (Bourne 2000, 452 - 453, Kennedy 1999, 392; Payne, Hardey & Coleman 2000, 282.)

Puumalainen, Långstedt ja Eriksson (2003, 4 - 6) ovat tutkineet hoitajien käsitäyksiä kirjallisen tiedonvälityksen vaikutuksesta työajan käyttöön, työhön ja osaston toimintaan. Raportointi oli ennen muutosta tapahtunut suullisesti. Tutkimus toteutettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä toimintatutkimuksellisella otteella. Tutkimuksen mukaan välittömään potilastyöhön käytetty aika ei muuttunut. Kirjaaminen lisääntyi ja parani, potilaiden hoitoon käytetty aika sekä neuvottelu potilaiden kanssa lisääntyivät. Hoitajat kokivat tekevänsä enemmän itsenäisiä päätöksiä. Lähes kaikki halusivat jatkaa uutta raportointikäytäntöä, mikä osoittaa sen, että siirtyminen kirjalliseen tiedonvälitykseen oli ollut onnistunut. Kennedy (1999, 393 - 394) ja Clemow (2006, 1464) päätyivät samoihin tuloksiin tutkiessaan kirjallisen raportin mahdollisuuksia vanhusten hoidossa Englannissa. (myös Tucker, Brandling & Fox 2009, 33 - 34; Saranto & Ikonen 2007, 162.) Kehittämishankkeet siirryttäessä suullisesta raportoinnista hiljaisen raportin käyttöön esimerkiksi Lohjan sairaalan kirurgisella osastolla (Hurri 2006), Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (Turtiainen 2005, 127 - 130), Päijät-Hämeen keskussairaalassa (Sajama 2010, 34 - 35) ja Yhdysvalloissa Thomas Jeffersonin yliopistollisessa sairaalassa (Barber, Conley & Postell 1998, 66 - 67) tukevat hyvin näitä tutkimustuloksia.

Kähkönen (2010, 35 - 44) on tutkinut hiljaisen raporttikäytännön kehittämistä Kainuun keskussairaalassa tehostetun hoidon osastolla. Tutkimuksella pyrittiin löytämään vastauksia hiljaisen raportoinnin hyvistä ja huonoista elementeistä. Tutkimuksen mukaan onnistumisen elementit olivat hoitotietojen hyvä luettavuus, ajan säästyminen potilaan hoitotyöhön sekä omaan vapaa-aikaan ylitöiden vähenemisen myötä. Rakenteisen kirjaamisen koulutustarve, raporttitilan rauhattomuus ja työn hallinnan puute muodostivat epäonnistumisen elementit. Työn hallinnan puutteella tarkoitettiin pelkoa raportin tietojen puutteellisuudesta sekä kokemattomuuden merkitystä hoitotietojen hyväksikäytölle. Kokemuksen perusteella hiljaista raportointia haluttiin kuitenkin jatkossakin jatkaa ja kehittää.

Hoidon jatkuvuus, kustannustehokkuus ja työvuoron joustavat toimintamallit eivät aina seuraa hiljaista raporttia. Työntekijöiden tulee voida luottaa siihen, että hoitosuunnitelmat tehdään ja luetaan huolella. Elintärkeät tiedot eivät saa jäädä huomiotta. Hiljainen raportti toimii siellä, missä tiimi on toimiva, luottaa toisiinsa ja on aikaa kunnolla dokumentointiin. Henkilöstön vaihtuvuus voi olla este kirjoitetun raportin toimivuudelle. (Bourne 2000, 452 - 453.) Pelttari (2010, 80) tuo esille, että psykiatrisella osastolla hiljaiseen raportointiin ei haluttu siirtyä, koska raportti on potilastiedon lisäksi myös yleinen tiedotustilanne ja muun muassa hiljainen tieto saattaa jäädä huomioimatta.

### **2.3.3 Vuoteenvierusraportointi**

Vuoteenvierusraportointi tapahtuu potilaan vuoteen vierellä, jossa tieto siirretään hoitotyöntekijältä toiselle. Epäasialliset kommentit potilaista ja heidän perheistään poistuvat, samoin stereotyyppiset potilaista. Vuoteenvierusraportti voimaannuttaa potilasta ja saa hänet kokemaan itsensä arvokkaaksi yksilönä. Potilas pystyy paremmin osallistumaan ja vaikuttamaan hoitoonsa. Tiedon siirtyminen on myös kustannustehokasta. (Bourne 2000, 452; Fenton 2006, 32.)

Suurimpana haittana tässä raportoinnin muodossa on luottamuksellisuuden kärsiminen. Kaikki potilaat eivät halua osallistua hoitoonsa aktiivisesti, vaan luottavat asiantuntijoiden tietävän paremmin. Huonokuntoiset potilaat eivät ky-

kene osallistumaan. Vuoteenvierusraportointia on hyvä käyttää siellä, missä potilaat ovat pääsääntöisesti vuoteessa. (Bourne 2000, 452.) Yksityisyyden suojaaminen on erittäin tärkeää (O`Connell ym. 2008, 8; Saranto & Ikonen 2007, 159).

Timonen ja Sihvonen (2000, 545 - 547) ovat lähestyneet vuoteenvierusraportointia potilaan osallistumisen kautta verratessaan potilaiden ja hoitohenkilökunnan käsityksiä vuoteenvierusraportoinnista. Vuoteenvierusraportin tarkoituksen hoitajat näkivät olevan informaation lähde niin potilaille kuin hoitajille. Potilaiden mielestä raporttitilanne oli informaation lähde enemmän hoitajille kuin potilaille. Hoitajat arvioivat potilaita enemmän vuoteenvierusraportoinnin olevan interaktiivinen tapahtuma. Aikaa raportille oli noin kolme minuuttia potilasta kohden, mitä potilaat pitivät aivan liian lyhyenä aikana. Osallistumista estäviä tekijöitä olivat potilaiden mielestä lisäksi väsymys, kysymysten muotoilun vaikeus, rohkeisuuden puute, käytetyn kielen vaikeus ja hoitajien keskittyminen papereihin. Suurin osa niin potilaista (79 %) kuin hoitajistakin (89 %) halusi vuoteenvierusraportoinnin jatkuvan.

#### **2.4 Raportoinnin sisältö ja käytetty kieli**

Raportin sisältämät tärkeimmät asiat ovat potilaan henkilötiedot, tulosyy, vitaali-toiminnot, oleellinen lääketieteellinen historia, potilaan saama hoito, potilaan rajoitukset ja hoitosuunnitelma (Currie 2002, 25 - 27). Vanhustenhoidossa suullisissa raporteissa korostuivat fyysiset ongelmat, lääketieteellinen hoito, lepo ja uni, lääkitys ja erittäminen. Potilaan mielipide ja ”ei mitään erikoista” tulivat seuraavaksi käytetyimpänä luokkina esille. (Liukkonen 1993, 1099.)

Runne (2000) on tutkinut pro gradu -työssään perioperatiivisen raportointipuheen diskursseja leikkausosastolla. <sup>1</sup>Sairaanhoitajien käyttämästä kielestä löytyi kahdeksan diskurssia, joista kuusi oli vakiintuneita ja kaksi tilannesidonnaisia. Ensin mainittuja olivat rituaali-, lääketiede-, ammattitaito-, potilas-, persoonattomuus- ja persoonallisuusdiskurssit. Huumori- ja arkaluontoisuusdiskurssit muodostivat tilannesidonnaiset puhetavat. Raportointipuheen funktio on tiedonvälitys. Raportointipuhe on kaavamaista ja rituaalinomaista. Hoitotyössä tämä puhetyyli kuvastaa tehtäväkeskeisyyttä, lääketieteellistä hoitoa ja potilaan kohtaamattomuutta raporttitilanteessa. (Runne 2000, 65 – 68.) Lääketieteellisen hoidon painottumista ja rituaalinomaisuutta raporttitilanteissa ovat tuoneet esille myös Ekman ja Segesten (1995, 1010) ja Payne ym. (2000, 281 - 283) etnografisissa tutkimuksissaan. Evans ym. (2008, 43 - 46) tuovat esille, että potilaisiin ei liitetä raporttitilanteissa inhimillisiä tunteita, kuten vihaa ja kiintymystä. Kuolevien potilaiden hoidossa tunteiden ilmaisu on ”sallittua” (Hopkinson 2002, 173). Nämä erilaiset puhetyylit ilmentävät omalla tavallaan raportoinnin monimuotoisuutta ja sen sosiaalista luonnetta tiedon välittäjänä.

Pelttari (2010, 66 – 67, 75 - 80) on tutkinut opinnäytetyönään raportoinnin kehittämistä psykiatrisella kriisiosastolla. Raportoinnin kehittämislukiksi muodostuivat raportoinnin sisältö, moniammatillinen tiimityö, moniammatillisen tiimityön kehittäminen sekä kirjaaminen ja hiljainen raportointi. Raportin sisällössä tuotiin eniten esiin psyykkistä hyvinvointia, lääkehoitoa, somatiikkaa ja lääkärinkierrolla esille tulleita asioita. Raportin pituudella oli selkeä yhteys annetun informaation määrään. Keskimääräinen raportin kesto oli 40 minuuttia 16 potilasta kohden. Sisältöön oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä, mutta ajallisen keston toivottiin lyhenevän, ja raporttien olevan järkeviä ja asiapitoisia.

---

<sup>1</sup> Diskurssianalyysi tutkii kielenkäyttöä, sitä miten kielelliset sopimukset ohjaavat ajattelua ja toimintaa. Tutkimuksen kohteena ovat puheikänteet ja puhetavat ja siinä etsitään eroja ja yhtäläisyyksiä. Diskurssianalyysissä kieltä pidetään todellisuuden kuvana tai sen rakentamisena, ja kieltä tutkitaan siinä kontekstissa, missä se on tuotettu. (Eskola & Suoranta 1998, 195 - 203; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 220 – 221; Metsämuuronen 2008, 33 - 34.)



## 2.5 Raportoinnin haasteet ja suosituksia niihin vastaamiseksi

Työvuorojen välisessä raportoinnissa aiheuttavat eniten tyytymättömyyttä ajanpuute, häiriötekijät, riittämätön tiedonvaihto sekä tilan puute (Davies & Priestly 2006, 50; Meissner ym. 2007, 538). Tehokkaan raportoinnin esteinä pidetään joutavaa jutustelua, työhönottoasioita, kirjaamisen hoitajakeskeisyyttä sekä raportin epäselkeyttä (Benson ym. 2007, 81). Potilaiden leimaaminen (ns. hankala/helppo potilas) on hyvin tutkimusten kautta dokumentoitu, ja sen on todettu vaikuttavan jopa hoitajien objektiivisuuteen potilastyössä. Hankalat potilaat saavat vähemmän huomiota ja hoitotyön toimenpiteitä kuin niin sanotut helpot potilaat. (Strople & Ottani 2006, 199.) Evans ym. (2008, 43) tuovat myös esille stereotyyppiat potilaista osana työvuorojen välisen raportoinnin rituaalia.

Ratkaisuna työvuorojen välisen raportoinnin haasteisiin on kehitetty suositus, jossa korostuvat 1) lain vaatimukset, organisaation vaateet ja hoitotyön hyvät käytänteet, 2) luottamuksellisuus, täsmällisyys, jatkuvuus 3) turvallisuus ja keskeiset potilasasiat ja 4) kollegiaalisten suhteiden kehittäminen. Ohjeiden tarkoituksena on auttaa hoitajia organisoimaan raportointia ja keskittymään olennaisiin asioihin. Ohjeita voi noudattaa kaikissa raportointitavoissa. Jokaisen hoitoyksikön tulisi saada valita itselleen sopiva raportointimenetelmä. (Benson ym. 2007, 81 - 82.) Näiden suositusten lisäksi taulukkoon 2 on koottu muutamia esimerkkejä raportoinnin kehittämisestä.

Taulukko 2. Työvuorojen välisen raportoinnin kehittämisen menetelmiä

Esimerkki raportoinnin kehittämiseksi	Lähde
<p><b>Suosituks</b>et raportoinnille hoitotyössä: Raportti on objektiivinen, tiivis ja olennaiseen keskittyvä.</p> <p>Raporttiin käytetty aika on sovittu etukäteen.</p> <p>Raportin elementit: olennainen potilastieto (demograafiset tiedot), turvallisuusasiat, epätavalliset tapahtumat, merkittävät muutokset, tarkkailut ja löydökset, hoito tulevassa vuorossa, lääkitykseen liittyvät asiat, perheen huomioiminen.</p> <p>Dokumentointivälineen käyttö voi olla hyödyllinen. (esim. raporttilyhennelmä).</p> <p>Vuoteenvierusraportti suullisen raportin jälkeen edellisen vuoron hoitajan kanssa voi olla hyvä vaihtoehto.</p> <p>Normaalilöydökset, rutiini-informaatio ja epäasialliset kommentit potilaista tai heidän perheistään eivät kuulu raportille.</p>	<p>Benson ym. 2007, 83; Schroeder 2006, 22 ja Straple &amp; Ottani 2006, 202 - 203</p>
<p><b>Kolmivaiheinen TOA (transfer of accountability) -ohjeistus:</b> Luodaan standardit ja ”turvallisuuden tarkistuslista” potilasturvallisuudelle raportointiprosessin eri vaiheisiin.</p>	<p>Alvarado ym. 2006</p>
<p><b>Informaation vaihdon malli:</b> Raporttiprosessin kulku vaihe vaiheelta (tiimien jakautumisesta hoitotyön toteutukseen ja dokumentointiin).</p>	<p>Clemow 2006, 1463 - 1465</p>
<p><b>Työvuorojen välisen raportoinnin standardi:</b> Onnistuneen raportin rakenne-, prosessi- ja tulostekijät esim. tilan, henkilökunnan, dokumentoinnin ja käytetyn ajan suhteen.</p> <p>15-kohtainen arviointityökalu, johon on nostettu laadukkaan raportin elementtejä, muun muassa rauhallinen tilanne, luottamuksellisuus, keskeinen sisältö ja hoitotyön suunnitelmien käyttö raportin pohjana.</p>	<p>Bourne 2000</p>
<p><b>Ajattelun apuväline:</b> <i>PACE- raportointimalli</i> P= Patient/ Problem, A= Assessment/Actions, C= Continuing/ Changes, E= Evaluation <i>Neljän P:n menetelmä</i> P(purpose), P(picture), P(plan), P(part)</p>	<p>Schroeder 2006</p> <p>Hansten 2003, 58 - 59</p>

### **3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN TYÖVUOROJEN VÄLISEN RAPORTOINNIN TUKENA**

Kirjaaminen on keskeinen osa potilaan hoitotyötä. Potilaan yksilöllinen hoitaminen edellyttää häntä koskevan tiedon sujuvaa ja turvallista käyttöä. Hoidollisen päätöksenteon tulee perustua potilaan tarpeisiin. Oikean ja tarpeellisen tiedon tulee viivytyksettä olla ammattihenkilöstön käytössä. (Iivanainen & Syväoja 2009, 11; Saranto & Ensio 2006, 201; Tanntu & Rusi 2007, 114.) Raportoinnissa tarkka ja dokumentoitu tieto potilaan tilasta tehostaa ajankäyttöä ja parantaa hoidon laatua ja jatkuvuutta. Kustannustehokas hoito perustuu sopivaan ja saatavilla olevaan potilasinformaatioon. (Davies & Priestly 2006, 50 - 52.)

#### **3.1 Hoitotyön rakenteinen ja sähköinen kirjaaminen**

Hoitotyön kirjaaminen on monimutkainen prosessi, jonka etenemistä ovat hidastaneet hoitotyötä koskevan lainsäädännön jälkeenyäneisyys, hoitotyön yleinen aliarvostus Suomessa sekä hoitotyöntekijöiden kirjaamiseen keskittymiseen soveltuvien olosuhteiden puute. Hoitotyön vahvistuminen ja sen perustuminen näyttöön koituu sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden ja potilaiden parhaaksi. Hoitotyöntekijät saavat koulutuksessa riittävästi tietoa kirjaamisesta, mutta kirjaaminen edellyttää myös sen lääketieteen erikoisalan hallintaa, jossa kirjaamista suoritetaan. Kirjaaminen edellyttää teoreettisen tiedon lisäksi sekä ammatissa toimimisen mukanaan tuomaa tietämystä että monen muun tieteenalan tietoa. (Hallila 2005, 6 - 7.)

Koska hoitotyön tulisi perustua näyttöön, myös hoitotyön kirjaamisen tulisi olla asiakas- ja potilaskeskeistä sekä näyttöön perustuvaa. Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaaminen mahdollistaa muun muassa sen, että:

- potilaat saavat asiakirjoista luotettavaa tietoa koskien hoitoaan ja terveyttään
- hoitotyön tehottomat tai vailla tieteellistä varmuutta olevat auttamiskeinot kar-  
siutuvat pois

- voimavarat kohdistetaan oikein ja taloudellisesti huomioiden tiedonkulun tuomat hyödyt
- päästään eroon suullisesta, epätarkasta ja muistinvaraiseen tietoon perustuvasta tiedottamisesta. (Hallila 2005, 13.)

Kun siirrytään manuaalisesta kirjaamisesta elektroniseen kirjaamiseen, tapahtuu palvelujen tuottamisessa muutoksia niin yksilö- kuin organisaatiotasollakin. Muutokset korostuvat tilanteissa, joissa käsitellään runsaasti potilastietoa, esimerkiksi potilaan saapuminen hoitoyksikköön, lääkärin kierto, tiedotustilaisuudet ja potilaan kotiutus. Sähköisessä kirjaamisessa tietoja voi kirjata hajautetusti ja kirjaaminen tapahtuu ilman välivaiheita, mikä lisää tiedon luotettavuutta. Yhtenäisesti kirjattu hoitotieto vähentää suullisen tiedonvälityksen tarvetta ja muuttaa raportointikäytänteitä työyksikössä. Potilastietojen välittämiseen tarvittava aika vähenee, ja raporttien sisällöt voidaan uudistaa. (Ensio 2007a, 151.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettamien tavoitteiden mukaisesti potilastietojärjestelmien tulee tulevaisuudessa käyttää kansallisesti määriteltyjä rakenteisia tietoja, jotka perustuvat kansallisesti hyväksytyihin termeihin, luokituksiin ja koodistoihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 5; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 11). Hoitotyön kirjaamisen rakenteena on käytetty Suomessa päätöksenteon prosessimallia (ongelmat, tavoitteet, toteutus, arviointi) ja sen ohella vapaata kertovaa niin sanottua narratiivista tekstiä otsikoimalla asioita, esimerkiksi taustatiedot ja tulotilanne (Iivanainen & Syväoja 2009, 651; Saranto & Soininen 2007, 13). Hoitotyö toteutuu eri hoitotyön ympäristöissä siten, että hoitotyön prosessin vaiheet painottuvat eri tavoin. Prosessin jonkin vaiheen korostuminen ei tarkoita muiden vaiheiden puuttumista. Siirtyminen manuaalisesta kirjaamisesta elektroniseen kirjaamiseen muuttaa sekä tapaa tuottaa tietoa että hyödyntää tietoa. Tieto muuttuu yhtenäisemmäksi ja monipuolisemmaksi. Ammatillinen päätöksenteko ei prosessina muutu. Yhtenäiset kirjaamiskäytännöt eivät estä erilaisiin päätöksentekomalleihin perustuvaa ajattelua ja yksilöllisyyttä hoidon toteutuksessa. (Ensio 2007b, 58 - 59, 63.)

Suomessa sähköisen potilaskertomuksen systematisoimiseen käytetään hoitotyön prosessimallin mukaista kansallista hoitotyön kirjaamisen mallia Finnish

Care Classificationia (FinCC-luokitus), joka pitää sisällään hoidon tarveluokituksen (SHTaL 2.0), hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL 2.0) ja hoidon tuloksen tilan. Komponentit ovat yhteiset, ja niitä on 19 kappaletta. Komponentti toimii otsakkeena asiakokonaisuudelle, jota kirjataan. Tarve- ja toimintoluokitukset jakaantuvat pää- ja alaluokkiin, jotka täsmentävät kirjattavaa asiaa. Vapaa kirjoittaminen tapahtuu pää- tai alaluokan jälkeen. Luokitukset ohjaavat kirjaamista ja asiakokonaisuuksien hahmottamista. Luokitukset ohjaavat havainnoimaan hoitotyötä laajasti ja kattavasti. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008, 3 - 5; Tanttu & Ikonen 2007, 115 - 116.)

### **3.2 Hoitotyön kirjaamista ohjaavat keskeiset lait ja suositukset**

Hoitotyön kirjaamista ohjaa kansallinen lainsäädäntö, mutta yhä enenevässä määrin myös kansainvälinen lainsäädäntö. Tässä työssä keskitytään vain kansalliseen tasoon. Yleiset eettiset periaatteet muodostavat kirjaamisen ohjauksen ylimmän tason. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 38.) Täydellinen luettelo laista ja suosituksista löytyy sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemasta Op-  
paasta sähköisen potilaskertomuksen rakenteesta (2006,8 - 12). Lakien lisäksi kaikkia koulutettuja hoitotyöntekijöitä ohjaavat kirjaamisessa oman ammattikunnan eettiset ohjeet, hyvän hoidon periaatteet ja sisäistynyt professionaalinen hoitotyö (Hallila & Graeffe 2005, 19). Tärkeimmät kirjaamiseen liittyvät lait löytyvät luettelona liitteestä 1.

Hoitotietojen kirjaamisen tulee noudattaa lakeja ja asetuksia. Lainmukainen tiedonhallinta toimintayksikössä tarkoittaa, että tietoa saavat oikeat henkilöt, oikeassa laajuudessa, oikealla hetkellä ja että tieto on ajankohtaista. Lainsäädännön avulla varmistetaan, että toiminnassa ja päätöksenteossa käytetään vain sellaista tietoa, joka on tarpeellista ja virheetöntä. Sähköisten asiakirjojen käyttöönotto on täsmentänyt lakeja. (Saranto 2007, 18; Saranto & Ensio 2007, 202.)

**Laki potilaan asemasta ja oikeuksista** (L785/1992, 12 §, 13 §) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä merkitsemään potilasasiakirjoihin hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteutuksen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Laissa säädetään myös potilasasiakirjojen säilyttämisvelvollisuudesta

sekä asianmukaisesta hävittämisestä. Tiedot ovat salassa pidettäviä, ja niiden luovuttaminen edellyttää aina potilaan kirjallista suostumusta.

**Lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä** (L159/2007, 1 §, 10 § - 12 §, 14 §, 18 §) tavoitteena on asiakastietojen tietoturvallinen käsittely. Potilastietojen luovuttaminen on tarkkaan säädelty ja sen tulee perustua potilaan antamaan suostumukseen. Suostumus ja kieltö ovat tois-  
taiseksi voimassa, ja ne ovat aina peruttavissa. Potilaalta pyydetään asiakirjaan allekirjoitus, ja siitä annetaan hänelle kopio. Asiakkaalla on myös tiedonsaanti-  
oikeus siitä, kuka on käyttänyt tai kenelle on luovutettu häntä koskevia tietoja

**Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä** (559/1994) pyrkii omalta osaltaan turvaamaan potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua. Pykäläs-  
sä 18 todetaan, että ”Terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen ylläpitä-  
mään ja kehittämään ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa sekä pereh-  
tymään ammattitoimintaansa koskeviin säännöksiin ja määräyksiin.”

**Henkilötietolain** (523/1999) turvataan yksityiselämän ja yksityisyyden suojaa. Henkilötietojen käsittelyssä yleisiä periaatteita ovat huolellisuusvelvoite, henkilö-  
tietojen käsittelyn suunnittelu ja käyttötarkoitussidonnaisuus. Pykälässä 5 huolellisuusvelvoitetta on kuvattu seuraavasti: ”Rekisterinpitäjän tulee käsitellä hen-  
kilötietoja laillisesti, noudattaa huolellisuutta ja hyvää tietojenkäsittelytapaa sekä toimia muutoinkin niin, ettei rekisteröidyn yksityiselämän suojaa ja muita yksityi-  
syyden suojan turvaavia perusoikeuksia rajoiteta ilman laissa säädettyä perus-  
tetta.”

Henkilötietolain pykälässä 9 on tietojen laatua koskevia periaatteita: ”Käsiteltä-  
vien henkilötietojen tulee olla määritellyn henkilötietojen käsittelyn tarkoituksen  
kannalta tarpeellisia (tarpeellisuusvaatimus). ”Rekisterinpitäjän on huolehdittava  
siitä, ettei virheellisiä, epätäydellisiä tai vanhentuneita henkilötietoja käsitellä  
(virheettömyysvaatimus).” Arkaluontoisia henkilötietoja (esimerkiksi etninen al-  
kuperä, uskonnollinen vakaumus, terveydentila) saa käsitellä vain poikkeusta-  
pauksissa, joka terveydenhuollon puolella on ”tietojen käsittelyä, josta sääde-  
tään laissa tai joka johtuu välittömästi rekisterinpitäjälle laissa säädetystä tehtä-

västä” (11 § ja 12 §). Henkilötunnuksen käsittelystä todetaan seuraavaa (13 §): ”Henkilötunnusta saa käsitellä rekisteröidyn yksiselitteisesti antamalla suostumuksella tai jos käsittelystä säädetään laissa. Lisäksi henkilötunnusta saa käsitellä, jos rekisteröidyn yksiselitteinen yksilöiminen on tärkeää.” Rekisteröidyllä on tietoihinsa tarkastusoikeus, ja väärät tiedot tulee korjata viivyttyksettä (26 §, 29 §).

**Hallintolaki** (434/2003) pitää sisällään hyvän kielenkäytön vaatimuksen. Pykälässä yhdeksän todetaan, että ”Viranomaisen on käytettävä asiallista, selkeää ja ymmärrettävää kieltä.”

**Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta** (L621/1999) määrittää muun muassa asianosaisen oikeuden saada tietoa asiakirjasta (11 § ja 12 §). Luvussa kuusi (22 § ja 23 §) on määritelty salassapitovelvoitteet, kuten asiakirjasalaisuus, vaitiolovelvollisuus ja hyväksikäyttökielto. Laissa (29 §) määritellään myös ne edellytykset, joiden nojalla viranomainen voi antaa salassa pidettäviä tietoja toiselle viranomaiselle.

**Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista** (30.3.2009; vrt. myös Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 19.1.2001) todetaan merkintöjen teko-oikeudesta seuraavaa: ”Potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaan mukaisesti myös muut henkilöt siltä osin kuin he osallistuvat. Terveydenhuollon opiskelijan tekemät merkinnät hyväksyy hänen esimiehensä, ohjaajansa tai tämän valtuuttama henkilö. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä, ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä.” (7 §.) Pykälässä 10 on määritelty potilasasiakirjoihin merkittävät perustiedot:

- 1) potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot
- 2) terveydenhuollon toimintayksikön tai itsenäisen ammatinharjoittajan nimi
- 3) merkinnän tekijän nimi, asema ja ajankohta

4) tietojen saapumisajankohta ja lähde

5) alaikäisen potilaan kohdalla huoltajan tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot (täysi-ikäiselle määrätyn laillisen edustajan yhteystiedot).

Potilaskertomuksen merkittäviä ja keskeisiä hoitotietoja on käsitelty myös pykälässä 11, jossa todetaan, että ” Palvelutapahtumia koskevista tiedoista tulee tarpeellisessa laajuudessa käydä ilmi tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto.” Osastohoitoa koskevista merkinnöistä todetaan seuraavasti: ” Osastohoidossa olevasta potilaasta tulee tehdä potilaskertomukseen riittävän usein aikajärjestyksessä merkinnät hänen tilansa muutoksista, hänelle tehdyistä tutkimuksista ja hänelle annettusta hoidosta. Lisäksi potilaasta tehdään osana potilaskertomusta hoitajaksokohtaisesti päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomioista, hoitotoimista ja vastaavista seikoista. Jokaisesta osasto- tai laitoshoitajaksosta tulee laatia loppulausunto.”(14 §, 17 §.)

Sosiaali- ja terveysministeriössä on laadittu potilasasiakirjojen laatimisesta opas, joka kokoaa hyvin yhteen eri lakien, asetusten ja suositusten keskeisen sisällön. Oppaassa ohjataan tarkemmin laatimaan potilasasiakirjoja edellä käsiteltyjen asetusten ja lakien hengessä. Potilasasiakirjatietojen tulee olla oikeita, virheettömiä ja laajuudeltaan riittäviä. Potilasasiakirjoihin merkittävien tietojen tulee olla käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia. Potilassuhteen luottamuksellisuus ja potilaan yksityisyyden suoja vaativat toiminnalta huolellisuutta. Potilasasiakirjojen tiedot ovat arkaluontoisia ja salassa pidettäviä ja niiden käsittelyssä on noudatettava huolellisuutta ja hyvää tietojen käsittelytapaa. Merkintöjen tulee lisäksi olla virheettömiä ja ymmärrettäviä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001 1, 5 – 6.)

Vaikka hoitotieteellinen näyttö vuodeosastolla tapahtuvasta raportoinnista puuttuikin, säädellään sitä siis monin eri tavoin ja tasoin. Lait, asetukset, ohjeet ja hoitotyön hyvät käytänteet muodostavat puitteet työvuorojen väliselle kehittämistoiminnalle. Tämän tietoperustan ohjaamana lähden nyt toimintatutkimuksen niin sanotulle kenttäjaksolle.



## **4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää työvuorojen välistä raportointia Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä. Kehittäminen tapahtui asiasta kiinnostuneilla seitsemällä pilottiosastolla. Aihe on noussut henkilöstöltä itseltään osallistavan Hoitotyön toimintasuunnitelman vuosille 2010-2013 kautta (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2009). Toimintamallin kehittämisestä vastaa PKSSK:n aistinsairauksien ja kuntoutumisen ylihoitaja.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää 1) miten työvuorojen välinen raportointi tapahtuu tällä hetkellä pilottiosastoilla, 2) miten työvuorojen välistä raportointia voitaisiin kehittää ja 3) laatia tehtyjen selvitysten pohjalta työvuorojen väliselle raportoinnille malli kuntayhtymän käyttöön.

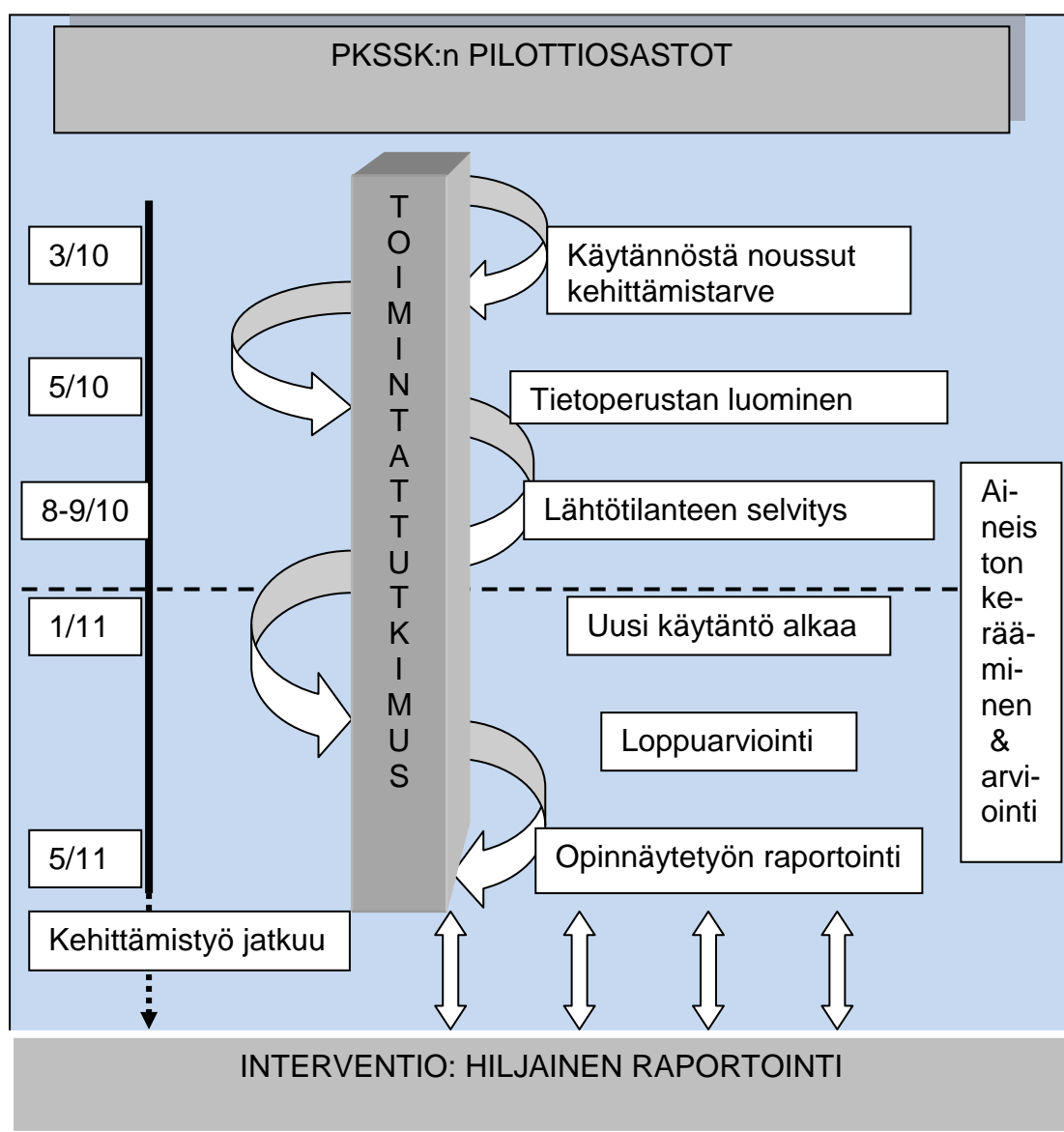
## **5 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄLLISET VALINNAT**

Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksellisella tutkimusotteella seitsemällä pilottiosastolla PKSSK:ssä. Jokaiselta osastolta oli yksi tai kaksi raportoinnin kehittämisestä kiinnostunutta hoitotyön asiantuntijaa (virkanimikkeet ylihoitaja, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, sairaanhoitaja) mukana Hiljainen raportti -työryhmässä. Tämän koordinoivan työryhmän vetäjänä toimii ylihoitaja. Työryhmän tavoitteena on kehittää kuntayhtymän Hoitotyön toimintasuunnitelman 2010-2013 mukaisesti hiljaisen raportoinnin toimintamalli vuoteen 2012 mennessä. Yhteisenä tavoitteena on, että vuoden 2011 loppuun mennessä pilotti-osastot ovat ehtineet kokeilla vähintään puoli vuotta hiljaista raportointia.

Opinnäytetyöntekijänä olin koordinoivassa roolissa koko pilotointihankkeessa, mutta työntekijän roolissa olin oman osastoni edustajana Hiljainen raportti – työryhmässä. Opinnäytetyöhön liittyvän toimintatutkimuksellisen osuuden (osastokokoukset, kokemuspäiväkirjat, loppuarviointi tiimeittäin) toteutin

neurologisilla osastoilla, jotka ovat erikoistuneet akuuttiin neurologiseen hoitotyöhön ja neurologiseen kuntoutukseen. Osastot valikoituivat opinnäytetyöhön, koska ne ovat toiminnaltaan erilaisia ja koska opinnäytetyön tekijällä oli mahdollisuus käyttää näissä toimintaympäristöissä havainnointia ja omaa neurologisen potilaan hoitotyön asiantuntijuutta hyväksi osana toimintatutkimusta. Opinnäytetyössä käytettyjä menetelmiä sovelletaan kaikilla pilottiosastoilla ja opinnäytetyön tietoperusta on kaikkien pilottiosastojen käytettävissä.

Tutkimuksen kulkua on havainnollistettu kuviossa 1 ja sen eri vaiheita on kuvattu tarkemmin luvussa aineiston keruu.



Kuvio 1. Opinnäytetyön kulku

## 5.1 Toimintatutkimus lähestymistapana

Toimintatutkimus on reflektiivinen, käytännönläheinen, interventioon perustuva ja osallistava sosiaalinen prosessi. Toimintatutkimuksessa toimintaa kehitetään tiedon avulla, ja tietoa hankitaan toiminnan kehittämisen kautta. Uuden tiedon hankkiminen onnistuu parhaiten, kun todellisuutta yritetään muuttaa. (Heikkinen 2007, 16 - 17, 27 - 37; Kuula 1999, 9; Meyer 2006, 274 - 276). Teorian ja käytännön yhdistäminen lähtee ajatuksesta, että tutkimusta tehdään yhdessä tutkitavien kanssa. Lähtökohtana on, että organisaation jäsenet ovat halukkaita yhteistyöhön ja ovat mukana prosessissa. (Kuula 1999, 11 - 12; Kuusela 2005, 9 - 10, 16; 53 - 57; Metsämuuronen 2008, 29 - 32; Toikka & Rantanen 2009; 22 - 23.) Tutkittavien osallistumisen laajuudelle ja muodolle ei ole olemassa yksiselitteistä näkemystä. Toimintatutkimuksen periaatteellisena tavoitteena voidaan nähdä se, että käytänteitä yritetään parantaa osallistujien henkilökohtaisen viivastuksen soveltamisen avulla (Kuusela 2005, 16, 25, 65). Heikkinen ja Rovio (2007, 126) jakavat toiminnan kehittämisen suunnittelu-, kenttä- ja raportointijaksoon.

Toimintatutkimus voidaan nähdä yhtenä tapaustutkimuksen muotona (Lehtonen 2007, 245 - 253; Meyer 2006, 281). Tapaustutkimusta käytetään, kun ilmiö ja konteksti on vaikea erottaa tai kun konteksti on merkittävä ilmiölle. Työvuorojen välinen raportointi on ilmiö, jota on vaikea erottaa toimintaympäristöstään vuodeosaston tiloista, hoitotyöstä ja hoitokulttuurista. Koska tapausten (osastojen) yksilöllisyys ja ainutlaatuisuus korostuvat, ongelmaksi voi muodostua tulosten yleistettävyyden. Tulosten siirrettävyydessä on oltava kriittinen. Koska toimintatutkimus on kontekstisidonnainen, on tärkeää kuvata organisaatio ja sen ihmiset hyvin. (Clarke & Reed 2006, 302 - 315.)

Toimintatutkimus on tutkimusstrategia, jonka sisällä voidaan käyttää erilaisia aineistoja ja menetelmiä (Heikkinen 2007, 37; Laine, Bamberg & Jokinen 2007, 9; Meyer 2006, 281 - 283). Aineiston moninaisuus on vahvuus, mutta toisaalta se vaikeuttaa tulkintojen tekemistä ja argumentaatioon täytyy panostaa (Lehtonen 2007, 245 - 253). Kuusela (2005, 82) on kiteyttänyt käytettävien tutkimus-

menetelmien monipuolisuutta toteamalla, että ”kaikki käy, mutta kaikki ei ole yhtä sopivaa.”

Spiraalimalli havainnollistaa hyvin toimintatutkimuksen luonnetta. Tiedontuotannon tapa on jatkuvaa prosessia, joka muodostuu toisiaan seuraavista kehistä. Tulokset ovat aina uudelleen arvioitavissa. Toimintatutkimuksen sykli muodostuu konkreettisen toiminnan (havainnointi ja toteutus) ja sitä käsittelevän diskurssin (suunnittelu ja reflektio) välisestä vuorovaikutuksesta. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007; 78 - 82; Toikko & Rantanen 2009, 66.) Toimintatutkimuksellista tutkimusprosessia ei voi tarkoin ennalta suunnitella, vaan kehittämissuorituksen aikaiset havainnot ohjaavat tutkimusprosessia (Heikkinen & Rovio 2007, 96 - 97; Meyer 2006, 282; Toikko & Rantanen 2009, 10, 30).

Kysymykset tutkijan roolista muodostavat toimintatutkimuksen keskeisen dilemman (Kuula 1999, 90; Kuusela 2005, 25). Toimintatutkimuksessa tutkijan on tavalla tai toisella mentävä mukaan tutkittavaan käytäntöön. Toimintatutkijan suhde yhteisöön muodostuu dialogin pohjalta, mikä mahdollistaa yhteisymmärryksen eri toimijoiden välille. Tutkijan rooli on kahtalainen. Hän on sisä- ja ulkopuolinen suhteessa toimijoihin ja tapahtumiin. Tutkijan tulee osata välillä ottaa etäisyyttä, mutta kosketuksen saamiseen ihmisten toimintaan ja ajatuksiin tarvitaan empaattisuutta ja luottamusta. Tutkimusvälineenä on oma itse. Oma asemaa ja osuutta tulee jatkuvasti pohtia suhteessa ympäröivään todellisuuteen. (Kuula 1999, 116 - 117, 143 - 144; 208; Lehtonen 2007, 245 - 253.) Raja osallisuuden ja ulkopuolisuuden välillä on häilyvä (Kuusela 2005, 59).

## **5.2 Toimintaympäristön esittely**

Työvuorojen välinen raportointi on ilmiö, jota on vaikea erottaa toimintaympäristöstään vuodeosaston tiloista, hoitotyöstä ja hoitokulttuurista. Pilottiosastoja oli seitsemän, mutta opinnäytetyön toimintatutkimukselliseen käytäntöön osallistui pääosin kaksi osastoa toimintatutkimuksen luonteen, kokonaisuuden hallittavuuden ja resurssien rajallisuuden vuoksi. Aineiston keruu -kappaleessa on tarkemmin eritelty eri pilottiosastojen osallistuminen toimintatutkimukseen.

### 5.2.1 Neurologian osastot

Opinnäytetyöhön osallistuivat kaikilta osin osastot A ja B. Osasto A on akuutti neurologinen osasto ja osasto B on keskittynyt neurologiseen kuntoutukseen. Hoitotyön osa-alueella osastot kuuluvat kuntoutumisen hoitotyöhön. Neurologian osastot ovat erikoistuneet neurologisten sairauksien hoitoon.

Vuorojen välistä raportointia tapahtuu molemmilla osastoilla kolme kertaa päivässä. Yö- ja aamuvuoron vaihtuessa, johon liittyy myös edellisen iltavuoron raportointi, aamu- ja iltavuoron vaihtuessa sekä ilta- ja yövuoron välissä. Molemmilla tiimeillä on omat raportointitilanteensa eri paikassa. Raportoinnin kehittämiseen on kiinnitetty huomiota esimerkiksi laatimalla niin sanottu ”pikaraporttipohja”. Osastolla A raporttipohjassa on potilaan vuodepaikka, seurannat, etunimi, ikä, paikkakunta, asumismuoto, tulosyy, tulopäivä, sairaudet, tutkimukset ja huomioitavaa. Vastaavasti osastolla B on taulukkomuodossa huoneittain valmiiksi kirjoitetut perussairaudet, tulosyy, seuranta, hoidossa huomioitavaa ja omahoitaja. Tietoja päivitetään jokaisessa vuorossa. Raporttiajankohtaa voi tarvittaessa siirtää osaston tilanteen mukaan. Lisäksi on sovittu, että jos kaksi hoitajaa edelliseltä illalta on aamuvuorossa, voi toinen mennä yöhoitajan raportin jälkeen jo hoitamaan potilaita. (Opinnäytetyöntekijän kokemuksiin perustuva kuvaus raportointikäytännöistä)

**Akuutti neurologinen osasto A** on 15-paikkainen tutkimus- ja hoito-osasto ja toimii myös neurokirurgisten potilaiden jatkohoitopaikkana. Osastolla on kolme-paikkainen valvontahuone, joissa hoidetaan akuuttia hoitoa ja seuranta vaativia potilaita. Potilaista 90 prosenttia on päivystyspotilaita, ja keskimääräinen hoitoaika on neljä vuorokautta. Toiminta painottuu sairauden alkuvaiheen hoitoon, tutkimuksiin ja jatkohoidon järjestämiseen. Hoitotyössä korostuvat potilaan voinnin tarkkailu, ohjaus, neuvonta sekä kuntouttava hoitotyö. Hoitotyötä ohjaavina periaatteina toimivat yksilöllisyys, turvallisuus, terveyskeskeisyys, omatoimisuus ja jatkuvuus. (Mäkitalo 2010.)

Osastolla toimii kaksi pysyvää tiimiä, tiimit yksi ja kaksi. Osasto on jaettu alku- ja loppupäähän, ja tiimit vaihtuvat päästä toiseen kahden kuukauden välein.

Hoitohenkilöstöä osastolla on 24, ja he jakautuvat seuraavasti: yksi osastonhoitaja, yksi apulaisosastonhoitaja, 18 sairaanhoitajaa ja 3 perushoitajaa ja yksi mielenterveyshoitaja. Aamuvuorossa työskentelee kuudesta seitsemään hoitajaa ja iltavuorossa neljä hoitajaa. Yövuorossa hoitajia on kaksi, ja he ovat molemmat sairaanhoitajia. Viikonloppuina vahvuudet ovat samat. Osastolla toimii kaksi fysioterapeuttia, ja myös muiden erityistyöntekijöiden, esimerkiksi puheterapeutin, sosiaalityöntekijän ja kuntoutusohjaajan kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä. Muistipoliklinikka ja neurologian poliklinikka ovat osa A:n toimintaa, joten osa henkilöstöstä on tarvittaessa niiden käytössä. Yhteistyö on tiivistä myös teho-osaston ja ensiapuyksikön kanssa sekä laboratorio- ja röntgenpalvelujen ja kliinisen neurofysiologian kanssa. (Mäkitalo 2011; oma havainnointi)

**Neurologinen kuntoutusosasto B** on 20–paikkainen neurologinen tutkimus- ja kuntoutusosasto. Tiistaisin osaston tiloissa toimii aivohalvauspoliklinikka, jonne lääkärin työpanos on suunnattu. Keskeistä potilaan kuntoutumisprosessissa ovat potilaan omien voimavarojen huomioiminen ja moniammatillinen yhteistyö. Hoitotyössä korostuvat yksilövastuinen hoitotyö ja tiimityö. Osasto B on jaettu toiminnallisesti kahteen tiimiin, siniseen ja keltaiseen. Hoitohenkilökuntaa osastolla on yhteensä 26. Henkilökuntarakenne on seuraava: yksi osastonhoitaja, yksi apulaisosastonhoitaja, 17 sairaanhoitajaa, kuusi perushoitajaa ja yksi mielenterveyshoitaja. (Tuomikko 2010.)

Aamuvuorossa työskentelee arkisin kuusi hoitajaa (viikonloppuisin neljä hoitajaa), illassa neljä ja yövuorossa kaksi hoitajaa. Fysioterapeutteja on osastolla kuusi kappaletta, ja he kuuluvat hallinnollisesti eri ryhmään kuin hoitohenkilökunta. Erityistyöntekijöiden (kuntoutusohjaaja, puheterapeutti, neuropsykologit(kaksi), toimintaterapeutti) työskentelypaikkana on fyysisesti osasto B, vaikka heilläkin hallinto on erillään osaston hoitohenkilökunnasta. Osastolla toimii yksi kokoaikainen neurologi (tai erikoistuva lääkäri), ja muiden erityisalojen lääkäripalvelut ovat konsultaatioina mahdollisia. Muita tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat sosiaalityöntekijät, ravitsemusterapeutit, päihdesairaanhoitajat, psykiatriset sairaanhoitajat ja laboratorio- ja röntgenpalvelut sekä kliininen neurofysiologia. (Tuomikko 2010; oma havainnointi.)

### 5.2.2 Neurologisen potilaan hoitotyö

Neurologisen potilaan hoito toteutetaan aina moniammatillisena yhteistyönä, johon ottavat osaa fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi, kuntoutusohjaaja, sairaanhoitaja ja neurologi. Sairaanhoitaja toimii työryhmässä hoitotyön asiantuntijana. Kuntoutujan ja hänen läheistensä rooli on merkittävä kuntoutumisen onnistumiselle. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoidon organisointiin kuuluvat ensihoito, päivystys, akuuttihoito, kuntoutus sekä sekundaaripreventio. (Salmenperä, Tulli & Virta 2002 10, 29 - 32.) Toimintatutkimuksen osastot A ja B edustavat hoidon organisoinnin kolmea viimeistä vaihetta.

Aivoverenkiertohäiriön **akuuttihoidolla** tarkoitetaan sairastumisesta seuraavien ensimmäisten vuorokausien aikana annettavaa hoitoa, joka voidaan arvioida kestäväksi 3 - 5 vuorokautta sairastumisesta. Akuuttivaiheessa hoidon tavoitteena on vitaalitoimintojen turvaaminen sekä sairauden etenemisen ja komplikaatioiden ehkäisy ja hoito. Yksikössä tulee olla edellytykset potilaiden elintoimintojen tehokkaaseen monitorointiin. Muutoksiin ja häiriöihin potilaan vitaalitoiminnoissa ja tajunnantasossa on puututtava heti. Kuntoutus aloitetaan heti, kun vitaalielintoiminnot ovat tasaantuneet ja sairauden pahenemisvaara on ohi-tettu. Kuntouttavan hoitotyön periaatteet kulkevat hoidossa joka vaiheessa mukana. Jatkohoidon järjestäminen on merkittävä osa hoitotyötä. Ensimmäisen ja toisen viikon aikana sairastumisesta aivojen muovautuvuus ja plastisuus ovat otollisimmillaan. (Forsblom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 26; Hiltunen 2010; Salmenperä ym. 2002, 30 - 31.)

**Kuntoutuksen** tarkoituksena on vähentää sairastumisen aiheuttamaa haittaa toimintakyvylle ja tukea potilaan ja hänen läheistensä selviytymistä uudessa elämäntilanteessa. Kuntoutuksella ohjataan hermoston kuntoutumisprosesseja oikeaan suuntaan ja vähennetään vaurioiden aiheuttamaa haittaa. Tavoitteena on tasavertaisesti muiden kanssa yhteiskunnassa pärjäävä yksilö. Intensiivisen kuntoutuksen jälkeen kuntoutus jatkuu ylläpitävällä kuntoutuksella. Sekundaaripreventio on osa hoitoa alusta alkaen, ja käytännössä tämä tarkoittaa muun muassa riskitekijöiden kartoitusta, verenpaineen hoitoa, muiden sairauksien hyvää hoitoa ja terveysneuvontaa. Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa on merkittävä tekijä prevention onnistumiselle. (Hiltunen

2010; Salmenperä ym. 2002, 31 - 32.) Jos kuntoutus aloitetaan alle seitsemän päivää sairastumisesta, ennuste on parempi kuin yli 30 päivän jälkeen aloitetulla kuntoutuksella (Hiltunen 2010).

Kuntoutusta vaativia eteneviä neurologisia sairauksia ovat muun muassa demen tiat, multippeliskleroosi (MS-tauti) ja Parkinsonin tauti. Näiden etenevien sairauksien ennuste vaihtelee suuresti, ja varhainen diagnostiikka ja korkeatasoinen hoito korostuvat. Kuntoutumisen prosessi on kaikkiin elämän alueisiin ulottuva ja avuntarve on laaja-alaista ja erittäin yksilöllistä. (Hiltunen 2010; Rautiainen, Wikström & Sivenius 2008, 235 - 250.)

Äkillisesti alkavissa aivoverenkiertohäiriöissä taustalla on usein verisuonistoa tukkiva, vaurioittava sairaus. Aivoverenkiertohäiriöt vaikuttavat yksilön koko persoonaan: ilmaisukykyyn, vastaanottokykyyn, psyykkiseen prosessointiin, liikuntakykyyn ja toimintakykyyn riippuen siitä, millä alueella vaurio on. Vammaisuus muodostaa monisäikeisen kokonaisuuden, johon myös ympäristön ja läheisten on sopeuduttava. Kognitiivisten häiriöiden korjaantuminen seuraa fyysisistä toipumista. Toipuminen on nopeinta kolmen ensimmäisen kuukauden aikana, mutta kuntoutumista tapahtuu useiden vuosien jälkeenkin. Toipumisen ennuste riippuu taudin yleisestä vaikeusasteesta. Masennus liittyy 20 – 60 prosentilla potilaista aivoverenkiertohäiriöön, mikä pitkittää ja vaikeuttaa parantumista. Masennuksen hoito on usein puutteellista. (Forsblom ym. 2001, 27 - 32; Hiltunen 2010; Korpelainen, Leino, Sivenius & Kallanranta 2008, 251 - 260.)

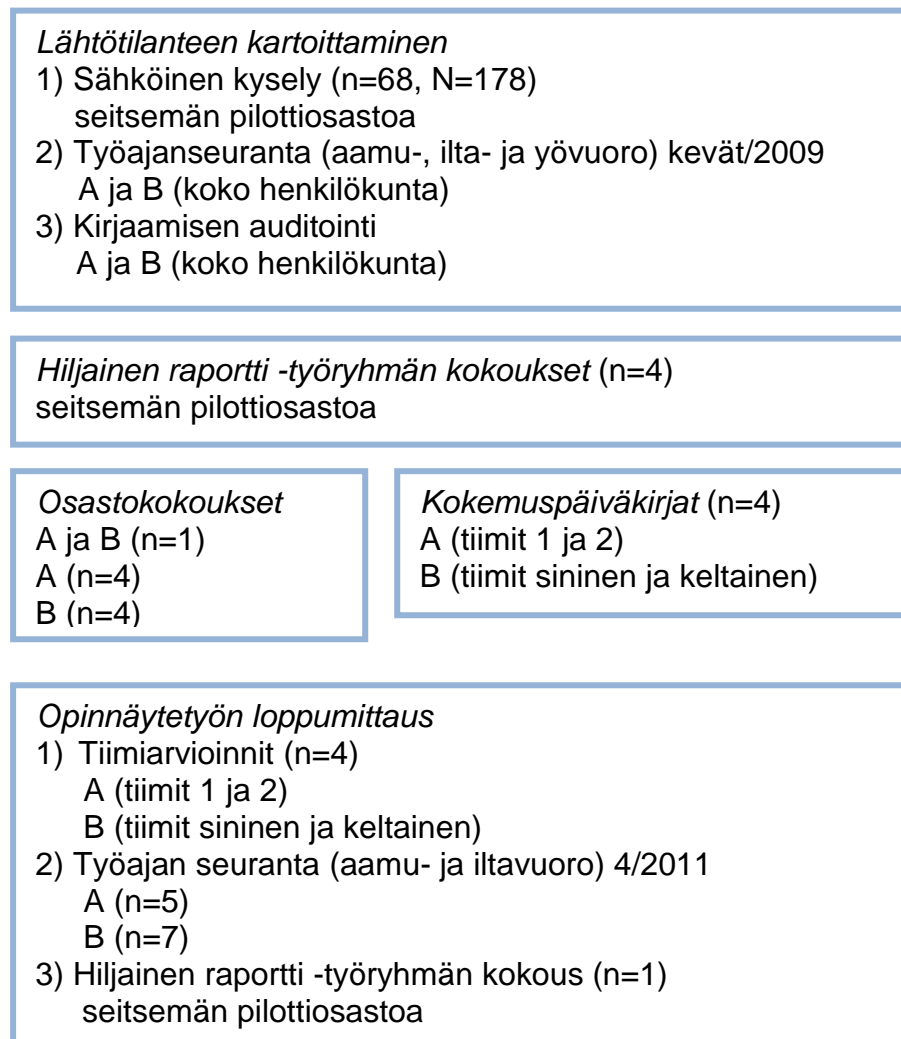
### **5.3 Aineiston keruu**

Aineiston keruu ja analysointi tapahtui vaiheittain ja limittäin alkaen ensimmäisestä kehittämistyötä koordinoivan työryhmän (hiljainen raportti.- työryhmä) koontumisesta toukokuussa 2010 ja päättyen toukokuussa 2011 alustavan raportointimallin luomiseen. Aineistonkeruumenetelminä toimivat lähtötilanteen selvittelyssä sähköinen kyselylomake, kirjaamisen auditointi ja työajan seuranta vuodelta 2009. Muun aineiston muodostivat erilaiset dokumentit (työryhmämuis tiot, osastokokousmuistiot, kokemuspäiväkirjat). Opinnäytetyötä varten loppumittaus tehtiin tiimeittäin käyttäen keskustelun pohjana lähtötilanteen kartoituk-



sen kyselykaavaketta ja työajanseurannalla yhtenä päivänä huhtikuussa 2011. Hiljainen raportti –työryhmät ja osastokokoukset toimivat reflektiopisteinä toimintatutkimuksessa.

Tutkimukseen osallistuvat pilottiosastot olivat neurologinen akuuttiosasto (=osasto A), neurologinen kuntoutusosasto (=osasto B), sydänosasto ja sydänvalvonta, urologinen ja thorax/verisuonikirurginen hoitotyön osasto sekä korva-, nenä- ja kurkkutautien osasto Pohjois-Karjalan keskussairaala. Honkalampi-keskuksesta sosiaalipalvelujen alueelta pilotointiin osallistui kaksi osastoa. Pilotiosastojen osallistuminen opinnäytetyön eri vaiheisiin on eriteltynä kuviossa 2.



Kuvio 2. Aineiston osiot ja niihin osallistujat PKKSK:ssä

### 5.3.1 Lähtötilanteen kartoitus

Lähtötilanteen selvitys tapahtui sähköisellä kyselyllä, kirjaamisen auditoinneilla ja vuoden työaikaseurannalla ja niihin osallistuivat kaikki pilottiosastot. Sähköinen kyselylomake (liite 2) sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Kirjaamisen auditoinnin ja työaikaseurannan suhteen hyödynsin valmista aineistoa, jota kertyi opinnäytetyön aikana organisaatiossa meneillään olleen kirjaamisen auditointihankkeen ja työaikaseurannan tuloksena.

**Sähköinen kysely** toteutettiin elo-syyskuussa 2010. Kyselyssä hyödynsin Currien (2002) kehittämää raportin sisällön suositusta ja Bournen (2000) laatimaa raportoinnin kehittämisen arviointityökalua ja muokkasin niitä opinnäytetyöni tarkoitusta vastaavaksi. Kysely pilotoitiin kahdella pilottiosastojen ulkopuolisella henkilöllä sekä vahingossa paperiversion saaneilla kahdeksalla osastojen edustajilla. (Osa vastuuhenkilöistä lähetti keskeneräisen kyselyn paperiversiona liian aikaisin.) Näistä sain arvokasta tietoa kyselyn muokkaamiseen. Myös ohjaava opettaja kommentoi kysymykset ennen niiden lähettämistä.

Hiljainen raportointi -työryhmän jäsenillä oli mahdollisuus kommentointiin, mutta sitä ei käytetty. ATK- järjestelmän asiantuntija Pohjois-Karjalan tietotekniikka-keskuksesta muutti kyselyn sähköiseen muotoon Webropol-ohjelmalle. Toimitin kyselyn sähköpostitse pilottiosastojen osastonhoitajille, jotka laittoivat kyselyn eteenpäin hoitohenkilöstölleen. Osastonhoitajien postituslistoilla oli tutkimushetkellä yhteensä 178 henkilöä. Kyselyä ennen jokainen hiljainen raportointi -työryhmän jäsen informoi oman hoitohenkilökuntansa kyselystä ja sen tarkoituksesta.

**Kirjaamisen auditointi** tapahtui osastoilla A ja B marraskuussa 2010. A vastasivat PKSSK:n kirjaamiskoordinaattori ja osastonhoitajat. Myös tiimien vastavilla (esim. opinnäytetyöntekijällä) oli tilaisuus tutustua auditoinnin kulkuun harjoitusten avulla ennen auditointia. Auditoinnin tarkoituksena oli tutkia ydintietojen löytymistä, rakenteellisen kirjaamisen onnistumista, hoitoprosessin toteutumista ja kirjaamisen yksilöllisyyttä. Yksityiskohtainen sisällön tarkastelu ei kuulunut auditoinnin tavoitteisiin. Tavoitteena PKSSK:ssä on, että kirjaaminen ylit-

tää minimitason. (Kaila & Kuivalainen 2009, Kaila 2009.) Auditoinnista sain valmiit tulokset käyttööni.

Työaikaseurannassa hyödynsin lähtötilanteen selvittelyssä kevään 2009 työaikaseurannan tuloksia. Työaikaseuranta perustui hoitajien itsearviointiin ajankäytöstä toimintoluokittain aamu-, ilta- ja yövuoroista. Toimintaluokkia oli neljä: välitön hoitotyö, välillinen hoitotyö, yksikkökohtainen toiminta ja henkilökohtainen aika. Hoitotyön kirjaaminen ja hoitotyön suullinen raportointi kuuluivat välillisen hoitotyön toimintoluokkaan. (Kaila 2009; Kaila & Kuivalainen 2009.)

### **5.3.2 Hiljainen raportti -työryhmän tapaamiset**

Hiljainen raportti -työryhmä kokoontui opinnäytetyöprosessin aikana viisi kertaa. Kokoontumiset ajoittuivat välille toukokuu 2010 ja huhtikuu 2011. Seuraavassa kokouksessa käsiteltävät asiat sovittiin kokouksen yhteydessä ennakoon, jotta jokaisella oli mahdollisuus valmistautua tapaamisiin. Osallistujamäärä vaihteli seitsemästä edustajasta kahdeksaan, ja jokaisesta kokoontumisesta laadittiin muistio. Tutkimuspäiväkirjaan merkitsin lyhyet kommentit keskustelun kulusta ja seuraavaa kertaa varten tehtävät itselleni. Opinnäytetyöntekijänä osallistuin jokaiseen tapaamiseen. Yhteenveto kokouksista on liitteenä 3. Aineistoa kokousten pöytäkirjoista muodostui 12 tietokoneliuskaa kirjasinkoolla 12 ja rivivälillä yksi.

### **5.3.3. Osastokokoukset**

Hiljaiseen raportointiin liittyviä osastokokouksia ehdittiin pitää opinnäytetyöprosessin aikana yhdeksän. Taulukko ajankohdista ja osallistujamääristä on liitteenä 4. Yksi osastokokouksista oli niin sanottu benchmarking osastotunti, jolla pyrittiin markkinoimaan hiljaisen raportin ideaa osastoille A ja B, ja osallistujilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä. Ennen hiljaisen raportoinnin kokeilun aloittamista pidimme osastojen A ja B osastonhoitajien kanssa ”linjauspalaverin”, jossa mietimme yhteisiä linjauksia osastojen kesken. Sovimme esimerkiksi aloi-

tuspäivän, kirjaamisen vastuuhenkilöiden nimeämisen jokaisesta tiimistä ja, että etenemme rauhallisesti vaiheittain.

Osastonhoitajat laativat jokaisesta osastokokouksesta muistion. Lisäksi tein merkintöjä tutkimuspäiväkirjaan. Opinnäytetyöntekijänä olin läsnä yhtä lukuun ottamatta kaikissa pidetyissä osastokokouksissa. Muistioista kertyi aineistoa 14 tietokoneliuskaa kirjasinkoolla 12 ja rivivälillä yksi.

#### **5.3.4 Kokemuspäiväkirjat**

Hiljaisen raportin kokeilun aloittamispäivänä (3.1. 2011) jaoin jokaiseen osastojen A ja B tiimiin kokemuspäiväkirjat (mustakantinen ruutuvihko), joista olin informoinut osastokokouksissa. Hoitohenkilöstöä pyydettiin kirjaamaan kokemuksiaan hiljaisesta raportoinnista. Kirjaamismuotoa ei ollut ohjeistettu etukäteen. Tässä yhteydessä pyysin myös huomioimaan syyt, joiden vuoksi hiljaista raporttia ei pidetty. Itse en tehnyt merkintöjä kokemuspäiväkirjaan.

Kokemuspäiväkirjoihin kertyi kommentteja seitsemän käsinkirjoitettua A4-liuskaa. (Aineiston analyysiä varten kirjoitin kaikki alkuperäiset ilmaukset taulukkomuotoon.) Ensimmäinen merkintä tuli viikko raportointikokeilun alkamisesta, ja viimeinen kommentti tuli helmikuun lopussa 2011. Suusanallista reflektointia tuli lähes päivittäin, mutta ne eivät kaikki kannustuksestani huolimatta päättyneet kokemuspäiväkirjaan. Yhdestä tiimistä ei tullut yhtään kommenttia.

#### **5.3.5 Raportoinnin kehittämisen väliarviointi**

Opinnäytetyötä varten työvuorojen välistä raportoinnin kehittämisvaihetta arvioitiin keskustellen tiimeittäin osastoilla A ja B käyttäen pohjana lähtötilanteen kyselylomaketta. Opinnäytetyöntekijänä kävin yhdessä tiiminvastaavien kanssa läpi kyselylomakkeen ja kohdat, joihin keskustellen haettiin vastauksia. Itse osallistuin yhteen tiimiin molemmilla osastoilla. Tiimikokouksista lista on liitteenä 5.

Työaikaseuranta toteutettiin PKSSK:ssä viikolla 14 tänä vuonna, ja sitä hyödynnettiin päällekkäisten mittausten välttämiseksi myös työvuorojen välisen raportoinnin ajankäytön seurantaan. Työvuorojen väliseen raportointiin liittyvä ajankäytön seuranta tapahtui osastoilla A ja B yhdeltä päivältä (perjantai) huhtikuussa 2011 aamu- ja iltavuorosta. Osastonhoitajat molemmilta osastoilta ja minä opinnäytetyöntekijänä ohjeistimme työaikaseurannan toteutuksen, joka liittyi raportoinnin kehittämiseen. Jokainen merkitsi erilliselle lapulle raportointiin käyttämänsä ajan, mikä tarkoitti työajan seurantakaavakkeella luokkia hoitotyön kirjaaminen ja hoitotyön raportointi. Väliarviointia toimintamallin kehittämisestä suoritettiin keskustellen myös viimeisessä opinnäytetyöhön kuuluvassa hiljainen raportti-työryhmä palaverissa.

#### **5.4. Aineiston analyysi**

Aineiston analyysiä tapahtui monessa vaiheessa ja limittäin koko tutkimusprosessin ajan. Päämenetelminä toimivat kvantifiointi ja temaattinen sisällön analyysi. Osan lähtötilanteen selvittelyn tuloksista sain valmiina (kirjaamisen auditointi ja työaikaseuranta).

##### **5.4.1 Tilastolliset jakaumat, luokittelu ja kvantifiointi**

Sain sähköisen kyselyn tulokset valmiina jakaumina Webropol-ohjelmalla ja Excel-taulukkoina. Tulokset oli mahdollista myös eritellä osastoittain, ja jokaisen osaston edustaja sai käyttöönsä oman osastonsa tulokset sähköpostitse. Avointen kysymysten kohdalla käytin luokittelua ja kvantifiointia, aineiston määrällistä analyysiä. Luokittelussa aineistosta nostetaan esiin tutkimusongelmia valaisevia teemoja. Kvantifiointi on yksinkertaisimmillaan tuotosten pituuksien laskemista ja luokittelemista erilaisten tekijöiden mukaan eri luokkiin ja mekaanista mainintojen laskemista. (Eskola & Suoranta 1998, 165 - 181; Tuomi & Sarajärvi 2008, 93, 120 - 122.) Käsittelin tuloksia yhtenä kokonaisuutena. En vertaillut eri osastojen tuloksia keskenään. Päättökoituksena oli selvittää lähtötilanne ja saada työntekijöiltä kehittämisideoita. Tavoitteena oli myös herättää mielenkiinto aihetta kohtaan ja suunnata ajatuksia kohti tulevaa.

Esimerkki kvantifioinnista raportin paikan suhteen on liitteenä 6. Ensimmäinen maininta on kirjoitettuna, sen jälkeen merkitsin tukkimiehen kirjanpidolla maininnan, ja laskin kaikki maininnat yhteen. Raportoinnin sisällön luokittelusta ja kvantifioinnista on esimerkki liitteenä 7.

### 5.5.2 Temaattinen sisällönanalyysi

Toimintatutkimuksen aikana aineistoa kerättiin monessa eri vaiheessa osastokokouksista, hiljainen työryhmä -tapaamisista ja kokemuspäiväkirjoista. Yhteistä niille on se, että ne ovat laitettavissa tekstimuotoon. Aineiston analyysi perustui temaattiseen sisällönanalyysiin, joka tarkoittaa tekstimuotoisen aineiston kuvaamista, yhdistelyä ja luokittelua ja lopulta selitysten etsimistä tuloksille (Hirsjärvi ym. 2008, 218; Nevell & Burnard 2011, 118).

Analyysin tarkoituksena on tunnistaa aineistosta nousevat teemat ja niihin liittyvät ilmaisut. Tutkija voi esittää aineistolle kysymyksiä ja etsiä niihin vastauksia. Tutkija voi myös määritellä kategoriat ennalta tai katsoa, millaisia teemoja aineistosta nousee. Analyysi etenee vaiheittain, ja sen eri vaiheet ovat: 1) tekstimateriaalin hankinta, esimerkiksi, osastokokousmuistiot, kokemuspäiväkirjat, 2) aineiston lukeminen ja muistiinpanojen tekeminen yleisistä teemoista, 3) lukemisen toistaminen ja koodausten tekeminen niin, että koko aineisto on hyvin edustettuna, 4) pelkistetyistä ilmauksista luodaan ala- ja yläteemat ja lopulta pääteemat, 5) tieto palautetaan pääteeman alle käyttämällä suoria alkuperäisiä lainauksia ja 6) järjestetty tieto raportoidaan. (Nevell & Burnard 2011, 118, 121 - 129; vrt. myös Tuomi & Sarajärvi 2009, 91 - 94, 103 - 108.)

Yritin lähestyä tutkimusaineistoa aineistolähtöisesti, mutta pian huomasin, että ajatuksiini oli muotoutunut jo varsin ”valmiita” kategorioita, jotka nousivat tekevästäni sähköisestä lähtötilannekyselystä ja tietoperustasta. Analyysimuotona oli teoriaohjaava analyysi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 98 - 100, 117 - 118.) Erityisesti hyödynsin Riesenbergin ym. (2010, 29) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tehokkaan työvuorojen välisen raportoinnin tekniikoita. Analyysini eteni siten, että ensin luin läpi kaikki aineistot. Sitten merkitsin oikeaan marginaaliin alateemoja ja värjäsin yliviivauskynällä keltaisella kirjaamisen pääteemaan liitty-

vät asiat ja oranssilla organisointiin liittyvät asiat. Muutokseen ja sen läpiviemiin liittyvät asiat alleviivasin sinisellä yliviivauskynällä. Tietoon liittyvät kommentit alleviivasin. Vasemmanpuoleiseen marginaaliin merkitsin tutkimuskysymysten numerot, jossa 1) vastasi lähtötilannetta, 2) kehittämistarpeita ja 3) malliin liittyviä asioita. Esimerkki aineiston analyysistä koodaamalla on liitteenä 8.

Tämän jälkeen loin kolmesarakkeisen taulukon, johon otsikoin seuraavat otsikot: alkuperäinen ilmaus (suora lainaus aineistosta), alateema ja pääteema. Aineiston jo valmiiksi tiivistetyn muodon takia pelkistyksiä alkuperäisistä ilmauksista ei tarvinnut tehdä. Kirjoitin muistioista suorat lainausmerkinnät ensimmäiseen sarakkeeseen ja alateemat oikealta marginaalista toiseen sarakkeeseen. Kolmanteen sarakkeeseen yhdistelin pääteemat. Käsittelin kaikki aineistot aluksi erikseen, koska halusin nähdä, tuottavatko eri aineistot erilaisia teemoja. Aivan lopuksi yhdistin tuloksissa aineistot toisiinsa. Esimerkki aineiston teemoittelusta on liitteenä 9.

## **6 TULOKSET**

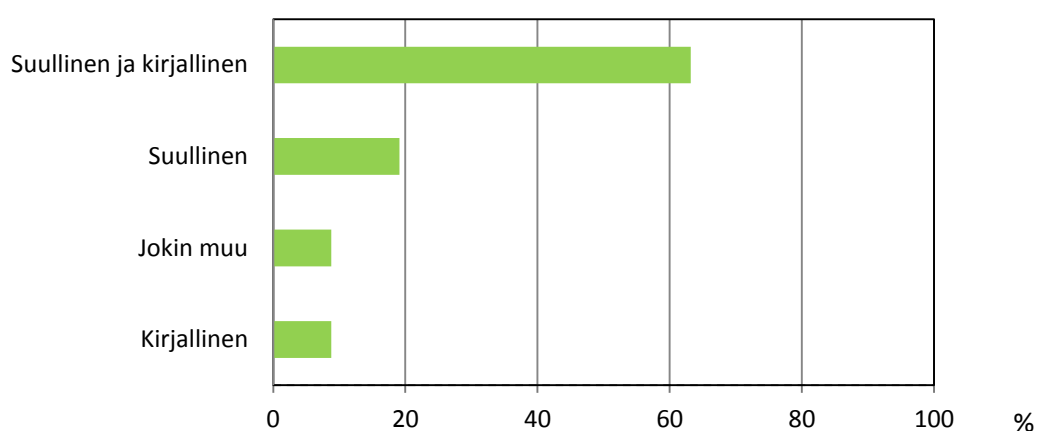
### **6.1 Työvuorojen välisen raportoinnin lähtötilanne pilottiosastoilla**

Lähtötilannetta selvitettiin sähköisen kyselyn, kirjaamisen auditoinnin ja työaika-seurannan avulla. Lähtötilanne koskee kaikkia pilottiosastoja, ellei toisin mainita.

Sähköiseen kyselyyn vastasi määräaikaan mennessä 68 vastaajaa. Osastonhoitajien postituslistalla oli yhteensä 178 vastaanottajaa. Vastausprosentiksi muodostui 38. Kyselyyn vastaajat määrittelivät raportoinnin tärkeimmäksi tehtäväksi tiedottamisen potilaan hoidosta turvallisen ja laadukkaan hoidon takaamiseksi (64 mainintaa). Muuhun osaston tiedottamiseen liittyviä mainintoja oli viisi ja työn sujuvuus oli mainittuna yhdellä vastaajalla. Konsultointia raportoinnin yhteydessä käytti kaksi hoitajaa, ja sosiaalisen puolen merkitystä raporttitilanteessa toi esille yksi hoitaja.

### 6.1.1 Työvuorojen välisen raportoinnin organisointi

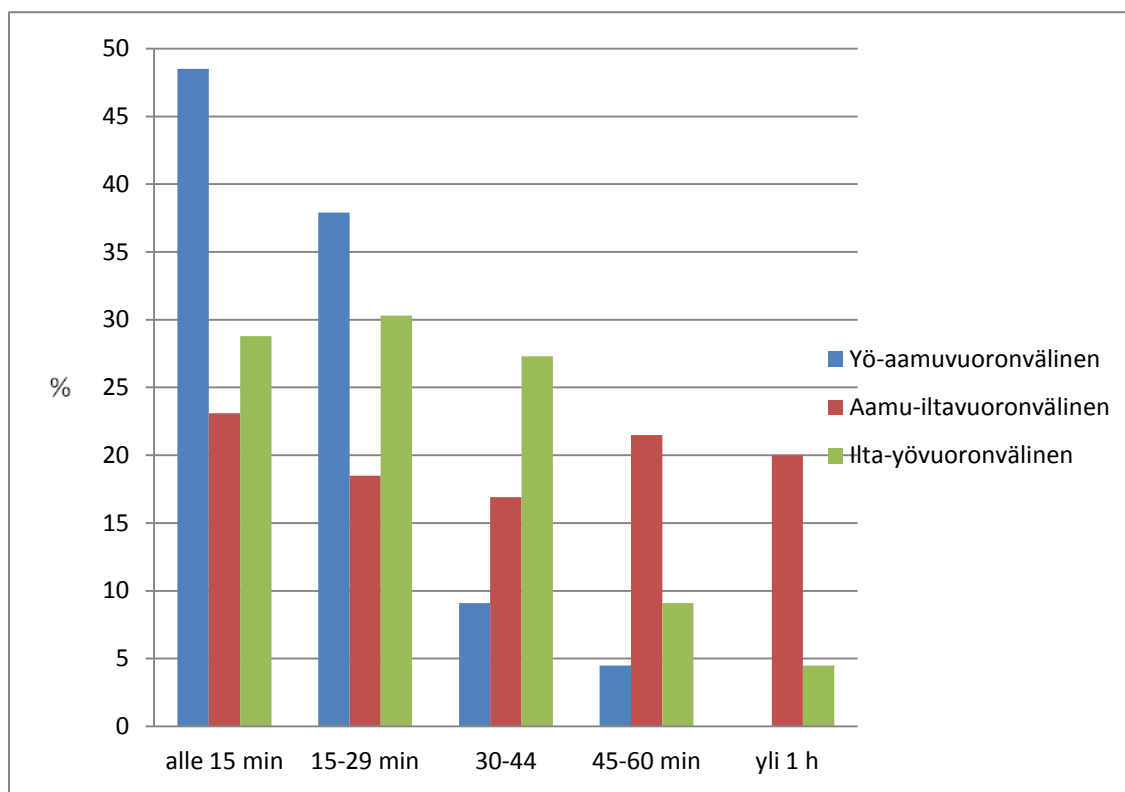
Yleisin työvuorojen välisen raportoinnin menetelmä oli suullisen ja kirjallisen raportin yhdistelmä (63 %). Seuraavaksi käytetyin oli suullinen raportti (19 %). Muina menetelminä mainittiin hiljainen raportointi ja se yhdistettynä sekä suulliseen että kirjalliseen. Lisäksi vastaajat mainitsivat hiljaisen raportoinnin kokeiluista. (Kuvio 3.) Osastoilla A ja B on käytössä työvuorojen välisessä raportoinnissa vastaajien mukaan suullinen (viisi mainintaa) tai suullisen ja kirjallisen yhdistelmä (13 mainintaa).



Kuvio 3. Työvuorojen välisen raportoinnin menetelmien jakautuminen seitsemällä pilottiosastoilla (n=68)

Raportointiin käytettyä aikaa kysyttiin vastaajien kokemukseen perustuen luokittelusteikolla. Käytetyt luokat näkyvät kuviossa 4. Suurin osa vastaajista (86 %) käytti yö-aamuvuorojen väliseen raportointiin 0 - 29 min. Aamu-iltavuorojen välissä ajankäyttö jakautui tasaisesti kaikkiin luokkiin. Ilta- ja yövuoron väliseen raportointiin suurin osa vastaajista (86 %) ilmaisi käyttävänsä alle 45 minuuttia. Kokemusten perusteella aikaa käytettiin eniten aamu- ja iltavuoron sekä ilta- ja yövuoron väliseen raportointiin.





Kuvio 4. Raportointiin käytetty aika työvuorojen välillä kaikilla pilottiosastoilla

Hoitajat arvioivat myös raportointiin päivittäin käytettyä aikaa minuutteina. Osastoilla A arvioitu raportointiin käytetty aika yhteensä vaihteli 150 minuutista 210 minuuttiin (aikavälillä 7.00 - 21.30). Raportointiin käytetty aika oli keskiarvolla laskettuna 151 minuuttia vuorokaudessa, mikä vastaa noin 17 %:a työajasta. Osastolla B käytetyn ajan vaihteluväli oli vastaajien arvioimana 90 minuutista 210 minuuttiin ja arvioiden keskiarvo oli 130 minuuttia. Raportointiin käytettiin noin 15 % työajasta.

Vuonna 2009 tehdyn työaikaseurannan mukaan osastolla A välittömän hoitotyön osuus oli 47 % ja välilliseen hoitotyöhön käytettiin 33 % työajasta. Osasto A:lla kirjaamiseen käytettiin 19 tuntia (8 % työajasta) vuorokaudessa ja suulliseen raportointiin 35 tuntia (15 % työajasta) vuorokaudessa. Osasto B:llä vastaavat luvut olivat 29 tuntia (7 %) ja 32 tuntia (8 %). Osasto B:llä välittömän hoitotyön osuus oli 54 % ja välillisen hoitotyön 28 %. Esimerkkinä mainittakoon, että PKSSK:ssä suulliseen raportointiin käytettiin pilottiosastoilla 8 - 15 prosenttia työajasta, mikä vastaa 12 - 37 tunnin työpanosta vuorokaudessa. Kirjaami-

seen käytetty aika vaihteli kaikilla pilottiosastoilla 19:stä tunnista noin 30:een tuntiin vuorokaudessa.

Raportin kestoa pidensivät vastaajien mukaan levoton raportointipaikka, keskeytykset (puhelin, hoitajakutsu, omaiset), raportoijan persoonallisuus, sisällölliset asiat(perusteellisuus, turhat asiat, samat asiat voi löytää koneelta) ja kirjaimisen puutokset. Potilaiden suuri vaihtuvuus ja hoidettavuus lisäsivät raportointiin kuluvaa aikaa. Myös potilasmäärällä todettiin olevan vaikutusta raportin keston. Hoitajien omista henkilökohtaisista asioista keskustelu lisäsi useiden vastaajien (10 mainintaa) mukaan raportointiin kuluvaa aikaa. Joku totesi raportilla läsnäolijoiden lasten lukumäärän ja voinnin olevan merkittävä raportin pituuteen vaikuttava asia. Hallinnollisina asioina tulivat esille muun muassa pitkät poissaolot, sijaiset, työajanlyhennykset sekä jatkuvuuden puuttuminen työvuorosuunnittelussa. Näiden tekijöiden todettiin pidentävän raportin kestoa.

Työvuorojen välinen raportointi tapahtui kyselyn mukaan pääosin osaston kansliassa. Raportointia tapahtui paljon myös henkilökunnan taukotilassa ja osaston keittiössä. Potilaan huoneessa tai osastolla raportointia tapahtui jonkin verran. Mediatri on tuonut raportoinnille vaatimuksen tietokoneen läsnäolosta huoneessa. Muita raportointiin käytettäviä paikkoja olivat tyhjät ja rauhalliset osastolla olevat huoneet. Joillakin osastoilla raportointi tapahtuu eri aikoina eri paikassa.

Häiriötön paikka raportin pitoon löytyi vain 16 %:lla vastaajista (n=11). Osastoilla A ja B vain yksi vastaaja (vastaajia yhteensä 18) oli sitä mieltä, että raportointi tapahtuu häiriöttömässä paikassa. Häiriötä aiheuttavat työtovereiden liikehdintä, potilaiden kutsukellot, potilaat, puhelin, astianpesukone, kahvinjuojat, töistä poistuvat työntekijät, omaiset, uudet ja kotiutuvat potilaat, lääkäri, erityistyöntekijät. Raportin aikana soittokelloihin, puhelimeen ja potilaiden tarpeisiin oli vastaamassa henkilökuntaa 82 %:ssa tapauksissa.

Raportille osallistuivat vastausten mukaan pääsääntöisesti alkavan työvuoron työntekijät. Muita osallistujia oli mainittu edellisen vuoron hoitajat (neljä mainintaa) ja osastonhoitaja(kaksi mainintaa). Opiskelijat ja fysioterapeutti oli mainittu molemmat yhden kerran.

### 6.1.2 Kirjaaminen työvuorojen välisen raportoinnin edellytyksenä

Vastaajien mielestä vastuu raportoinnista oli potilasta hoitaneella hoitajalla (21 mainintaa), edellisen vuoron hoitajilla (18 mainintaa) tai edellisen vuoron sairaanhoitajalla (15 mainintaa). Kaikkien hoitoon osallistuvien vastuuta raportoinnista toi esille seitsemän hoitajaa. Osastoilla A ja B korostui sairaanhoitajan (vastuuhoitajan) vastuu raportoinnista (15 mainintaa kaikkiaan 18 vastauksesta).

Mediatriin kirjattua hoitosuunnitelmaa käytti raportin pohjana 59 vastaajaa. PKSSK:n potilasasiakirjojen lisäksi oli 55 vastaajalla käytössä muita lähteitä, esimerkiksi ambulanssikaavake, Internet (esimerkiksi Terveysportti, Google), kirjallinen raporttitiivistelmä ja Kuopion yliopistollisen keskussairaalan ja muiden sairaaloiden potilasasiakirjat. Puhelimitse omaisilta saatua tietoa käytettiin myös hyödyksi raportoinnissa. Raportoinnin sisältöä koskien eniten mainintoja saivat vointi (46 mainintaa), lääkitys (42 mainintaa), tulosy (34 mainintaa), akuutit muutokset (31 mainintaa) ja hoitosuunnitelma (22 mainintaa).

Kirjaamisen lähtötilannetta mitattiin kirjaamisen auditoinnilla syksyllä 2010. Kokonaistulos osasto B:llä oli vahva hyvä. Suurin kehitettävä asia oli se, että hoidon tuloksia ei oltu arvioitu tai ne oli kirjattu väärään paikkaan. Osasto A:lla tulos oli kiitettävä. Asiaan oli kiinnitetty huomiota kehittämällä kirjaamista ennakoon B:ltä saatujen kokemusten mukaan.

### 6.1.3 Yhteenveto lähtötilanteesta

Työvuorojen välisen raportoinnin käytetyin menetelmä oli suullisen ja kirjallisen raportin yhdistelmä. Työaikaa työvuorojen väliseen raportointiin käytettiin vaihtelevasti riippuen mm. potilasmäärästä, raportin ajankohdasta, raportoijan persoonallisuudesta ja häiriötekijöistä. Eniten aikaa meni aamu- ja iltavuoron väliseen raportointiin sekä ilta- ja yövuoron väliseen raportointiin. Raportointiin käytetty aika vaihteli paljon. Yleisin paikka työvuorojen väliselle raportoinnille oli osaston kanslia, ja raportille osallistui pääasiassa tulevan vuoron henkilökunta.

Mediatriin kirjattu hoitosuunnitelma oli käytetyin raportin pohja. Kirjaamisen taso oli osastoilla A ja B vaatimusten mukainen.

## 6.2 Raportoinnin kehittäminen

Toisena tutkimustehtävänä oli selvittää, miten raportointia voitaisiin kehittää. Kaikki aineistot tuottivat kehittämistarpeita. Lähtötilanteen teemojen **organisointi** ja **kirjaaminen** lisäksi kirjallisista dokumenteista nostin esiin **hiljaisen raportoinnin** (muutos/interventio) ja **tiedon**. Hoitotyön toimintasuunnitelma vuosille 2010 - 2013 sisältää tavoitteen hiljaisen raportointimallin kehittamisestä. Lähtötilanteen selvittämiseksi laaditussa sähköisessä kyselyssä hiljaisen raportin kokeilemista ehdotti 14 vastaajaa. Jo hiljaista raporttia kokeilevat työntekijät eivät haluaisi luopua siitä (8 vastaajaa).

### 6.2.1 Työvuorojen välisen raportoinnin organisointi

Organisointi-päätteen alateemoiksi muotoutuivat lopulta **paikka, tietokoneiden riittävyys, töiden organisointi ja raportoinnin sisältö**. Myös suullisen raportin mahdollisuus tuotiin esille erityistilanteissa.

Rauhallisen **paikan** vaatimus korostui kehitettävänä asiana kaikissa aineistoissa. Toisaalta koettiin, ettei sopivaa paikkaa löytynyt tai jos löytyi, niin siellä ei ollut lukurauhaa. Raporttitilanne keskeytyi usein erilaisten häiriötekijöiden takia. Myös lähtötilanteen kartoituksessa häiriötön paikka löytyi vain pienelle osalle vastaajista. Osasto B:n toiminnalliset puitteet ovat A:ta paremmat ja siellä oli pystytty varaamaan yksi kokonainen kanslia hiljaiselle raportille.

*”Tarvitaan lukurauha, jossakin ollut paikkapula.” (Hiljainen raportti-työryhmä muistio)*

*”Aamuvuorolaisten hälinä (tietyllä lailla ylimääräinenkin purpatus) häiritsee kansliassa lukemista, vaikka koneita olisi.” (Kokemuspäiväkirja)*

*”Ongelmana meillä on tietenkin tilan ja koneidenkin puute, minne keksitään paikkoja??” (Osastokokousmuistio)*

Siirtyminen sähköiseen potilastietojärjestelmään on mahdollistanut raportin luvun muuallakin kuin siellä, missä potilaskansiot ovat.

*”Sähköiseen kirjaamiseen siirtymisen jälkeen raporttia voi lukea missä työasemalla tahansa omaan tahtiinsa.” (Benchmarking-osastotunti)*

Hiljaisen raportointimenetelmän käyttöönotossa yhtenä haasteena koettiin **tietokoneiden vähäisyys**. Toisaalta resursseja saatiin jo kokeilun aikana lisättyä, kun tarve oli hyvin perusteltu.

*”Organisointi: Riittävästi koneita.” (Hiljainen raportti -työryhmä muistio)*

*”Koneiden vähyys ja rauhallisen tilan etsintä tullut esille kokemuspäiväkirjoista. Tilataan yksi kannettava apul.lääkäriin kansliaan ja toinen tulee kahvihuoneeseen. Apulaislääkäriin kanslian käyttö tähän tarkoitukseen, mutta tällä kertaa amanuenssi on siinä. Osastonhoitaja voi myös antaa huoneensa käyttöön. Mietitään näitä asioita.” (Osastokokousmuistio)*

**Töiden organisoinnissa** esiin tulivat edellisen työvuoron työtehtävät ajalla, mikä ennen käytettiin raportointiin. Tämän teeman alla esiintyi myös pohdintoja työnjaosta, esimerkiksi siitä, tuliko kaikkien lukea raportti kaikista potilaista. Töiden organisointi edellyttää tiimeiltä itseohjautuvuutta ja tilanneherkkyyttä. Ajankäyttöongelmia ei ole hiljaisen raportoinnin aikana ilmennyt yhdelläkään työntekijällä.

*”Mitä edellisen vuoron työntekijät tekevät (vastaavat puhelimeen tai potilaskutsuihin tai ovat tarvittaessa raportin lukijan käytettävissä jne.)” (Hiljainen raportti - työryhmämuistio)*

*”Aamuvuorolaiset hoitavat osaston ja ovat iltavuorolaisten käytettävissä, jos tarkennettavia asioita.” (Osastokokousmuistio)*

*”Olen sitä mieltä, että hoitajan täytyy tietää kyllä jotakin kaikista oman pään potilaista, ei vain oman huoneensa potilaista. Mutta kaikesta ei tietenkään tarvitse tietää kaikkea.” (Kokemuspäiväkirja)*

*”...Ja luetaanko raportti kaikista vai jaetaanko potilaat? (Osastokokousmuistio)*

**Raportin sisältöön** toivottiin lähtötilannekyselyssä napakkuutta ja tätä kautta raportointiaikojen lyhentämistä. Kirjallinen raporttilyhennelmä oli tuotu kyselyssä

useampaan kertaan esille tiedon jäsentäjänä, ja se koettiin ”kentällä” hyväksi apuvälineeksi hiljaiselle raportoinnille.

## 6.2.2 Kirjaaminen

Hiljaisen raportoinnin onnistuminen edellyttää kirjaamiskäytänteiden kehittämistä. Tämä kehittämistarve nousi kaikista aineistoista vahvasti esille.

*”Työryhmän yhteinen näkemys on, että hiljaisen raportoinnin ehdoton edellytys on, että kirjaamiskäytännöt ovat kehittyneet.” (Hiljainen raportti-työryhmä muistio)*

*”Tämän vuoden tavoitteita on mm. edelleen rakenteellinen kirjaaminen.” (Osastokokousmuistio)*

*”Kirjaamisen auditoinnin jälkeen on hyvä lähteä viemään asiaa (hiljaista raportointia) eteenpäin.” (Osastokokousmuistio)*

Tarve **yhtenäisistä kirjaamiskriteereistä** tuli esille kaikista aineistoista, vaikka kirjaamiseen ja sen kehittämiseen oli jo kiinnitetty huomiota aikaisemminkin (esimerkiksi osastojen A ja B tiimi- ja toimintasuunnitelmissa vuodelle 2010 ja 2011). Rakenteellinen ja sähköinen kirjaaminen on ollut molemmilla osastoilla pilotointina käytössä Doku-ohjelman muodossa jo ennen Mediatria (otettu käyttöön 1.1.2010). Mediatriin kehittäminen palvelemaan hoitotyötä on vienyt aikaa, ja tällä on ollut vaikutusta vaatimusten mukaisen kirjaamisen kehittämiseen.

*”Kirjaamisen kriteereitä on tarkistettu ja tarvetta tähän on. Neurologian osastot tekevät yhteiset minimikirjaamiskriteerit, missä on otettu huomioon lainsäädännön velvoitteet.” (Hiljainen raportti – työryhmä muistio)*

*”Myös tarkat ja selkeät ohjeet koko osastolle, mitä kirjataan mihinkin kohtaan, olisi syytä laatia pika pikaa... + ehdotus kirjaamismalliksi.” (Kokemuspäiväkirja)*

*”Kirjaamisessa on kirjavuutta ja tehdään osasto B:n kanssa tietyt minimikriteerit, mitä pitää löytyä potilastiedoista. Tiimeissä voisi olla 1-2 kirjaamisvastuuhenkilöä, joka myös perehtyisi Rafaellaan.” (Osastokokousmuistio)*

**Kirjaamisen haasteellisuutta** oli tuotu esille etenkin kokemuspäiväkirjoissa ja osastokokousmuistioissa. Koska hiljainen raportointi perustuu täysin potilas-

asiakirjoihin, kirjaamisen täytyy olla tarkkaa ja yksiselitteistä. Hoitotyössä voidaan pitää ohjenuorana, että sitä, mitä ei ole kirjattu, ei ole myöskään tehty.

*”Neurologisesta potilaista kaikkien oireiden kirjaaminen on SUPERhaastavaa, kirjaamisessa kehityttävä meidän jokaisen paljon.” (Kokemuspäiväkirja)*

*”Raportti pitää olla TODELLA tarkasti kirjoitettu, ettei jää mitään epäselvää.” (kokemuspäiväkirja)*

*”Jokainen kirjoittaessaan raporttia miettii, pystyisikö hoitamaan potilasta näillä tiedoilla.” (Osastokokousmuistio)*

### 6.2.3 Kohti hiljaista raportointia

Hiljaisen raportointikäytännön vienti osastoille oli interventio, ja aineistossa se näkyi yhtenä pääteemana **hiljainen raportointi**. **Alateemat**, jotka yhdessä muodostavat **muutoksen mahdollistajat** ovat **tiedon hankkiminen, henkilökunnan yhdessä tekeminen, vaihteisuus ja riittävän pitkä aika muutokselle, joustavuus ja arviointi**. Koordinoivassa hiljainen raportti -työryhmässä pohdittiin paljon muutosta edistäviä tekijöitä. Osastokokouksissa ja kokemuspäiväkirjoissa pohdittiin enemmän käytännön toteutukseen liittyviä asioita ja haasteita.

**Tiedon hankkiminen** hiljaisesta raportoinnista ja sen edellytyksistä tapahtui opinnäytetyön tietoperustan, hiljainen raportointi -työryhmän jäsenten sosiaalisten verkostojen kautta ja hyvien käytänteiden siirtämisen avulla. Tiedon jakaminen osastoille tapahtui osastokokouksissa ja hiljainen työryhmä -muistioiden kautta.

*”Kirjaamisen auditoinnin jälkeen on tarkoitus viedä raportointimallin kehittämistä eteenpäin. Ajatuksena on, että osastonhoitaja X kertoisi meille osastotunnilla raportoinnin muutosvaiheen kokemuksista sekä osastonhoitaja Y kertoisi myös hiljaiseen raportointiin liittyvän kyselyn tuloksista.” (Osastokokousmuistio)*

*”Osastonhoitajat X ja Y tulevat 14.12 kertomaan osastoille Aja B porukoille kokemuksia hiljaisesta raportoinnista.” (Osastokokousmuistio)*

*”Vaikka opinnäytetyöntekijä ei ollut löytänyt vahvaa näyttöä hiljaisen raportoinnin tueksi, hänen löytämänsä perusteet ovat samansuuntaisia kuin läsnä olleiden kokemukset. Kokemukset ovat sen suuntaisia, että raportoinnin kehittäminen suullisesta kohti hiljaista raportointia tuntuu työryhmän jäsenistä mielekkäältä.” (Hiljainen raportti-työryhmämuistio)*

**Henkilökunnan yhdessä tekeminen, vaihteisuus ja riittävän pitkä aika muutokselle** mahdollistaa paremman sitoutumisen ja osallistumisen muutokseen. Työvuorojen välisellä raportoinnilla on pitkät perinteet hoitotyössä, ja siihen liittyy paljon hoitotyön kulttuurisia asioita ja hiljaista tietoa. Muutoksen täytyy tapahtua työntekijälähtöisesti ja osaston hoitokulttuuria kunnioittaen unohtamatta raportin monimuotoisia tehtäviä. Hiljainen raportti -kokeilu aloitettiin aamu- ja iltavuoron välisellä raportilla, koska se vei eniten henkilöstöresursseja hoitohenkilökunnan kokemuksen mukaan. Muilla raporteilla jokainen tiimi harkitsi tilannekohtaisesti raportin muodon. Hoitotyön toimintasuunnitelma vuosille 2010-2013 oli laadittu yhdessä henkilöstön kanssa, joten kehittämistarve on noussut henkilöstöltä itseltään. Asiaa valmisteltiin jo hyvissä ajoin esimerkiksi osastokokouksissa, ja lähtötilannekysely toimi yhtenä mielenkiinnon virittäjänä ja osallistumisen mahdollistajana.

*”Hoitotyön toimintasuunnitelmassa v. 2010-2013 on kirjattu hiljaisen raportointimallin kehittäminen. Tarkoituksena on, että yksiköissä aloitettaisiin pilotoita hiljaisen raporttimallin kehittämistä. Tässä ovat mukana yksiköt...” (Osastokokousmuistio)*

*”Tämän jälkeen ajatuksena on, että mietimme yhdessä osastolla miten meillä lähdetään asiaa kokeilemaan. Mietitään yhdessä mistä lähdetään liikkeelle, laaditaan aikataulu: aloitus, seuranta, loppu jne. Ajatuksena on miettiä yhdessä meidän osastolle sopiva malli, jota sitten lähdemme kokeilemaan.” (Osastokokousmuistio)*

*”Tavoitteena pidetään, että puolen vuoden kokeilut olisi vuoden 2011 loppuun mennessä tehty, minkä jälkeen sovellettavia malleja voidaan kirjata.” (Hiljainen työryhmä kokousmuistio)*

*”Tarkoituksena on 3.1 alkaen aloittaa hiljainen raportti päiväraportista.” (Osastokokousmuistio)*

**Joustavuuden** merkitys työvuorojen välisessä raportoinnissa tuli esille kaikista aineistoista. Hoitohenkilökunta on itse paras asiantuntija siinä, mikä raportointitapa on kulloisessakin tilanteessa käyttökelpoisiin. Suullisen raportin mahdolli-



suus tuotiin esille tietyissä tilanteissa, esimerkiksi uudet työntekijät, pitkät poissaolot ja uusista tulevista potilaista raportointi iltavuorolaisille.

”Pitkät vapaat, lomat, sairauslomat, sijaiset---suullinen raportointi tarpeen mukaan!” (Osastokokousmuistio)

”Tulevista potilaista annettava suullinen raportti iltavuorolaisille.” (Kokemuspäiväkirja)

**Arviointi** oli tiivis osa raportoinnin kehittämisprosessia koko toimintatutkimuksen ajan. Kokemuspäiväkirjoihin koottiin pitkin matkaa asioita, ja niitä käsiteltiin virallisesti osastokokouksissa ja epävirallisesti osana jokapäiväistä työtä. Hiljainen raportti -työryhmä toimi pilotointia koordinoivana tekijänä ja antoi kehittämiselle kehukset. Sekä osastokokoukset että hiljainen raportti -työryhmä toimivat reflektiopisteinä. Opinnäytetyötä varten tehty ”loppuarviointi” (tiimiarviointi ja työajanseuranta) on esitelty luvussa 6.2.5.

*”Hiljainen raportointi Tiina kertoili: 3.1 on siis alkanut, tiimeihin on annettu vihko, mitä ongelmia on ollut ja mitä hyvää ja sekin miksi ei jonain päivänä käyttänyt hiljaista raporttia, päivät ovat hyvin erilaisia.”(Osastokokousmuistio)*

*”Infokierrosten palaute on ollut positiivista ja hiljaisen raportoinnin käytännöstä ollaan kiinnostuneita, joskin varautuneisuuttakin on.” (Hiljainen raportti-työryhmämuistio)*

*”Hiljaisen raportoinnin kokemuksena osastoilla on, että kirjaaminen on parantunut.” (Hiljainen raportti-työryhmämuistio)*

*”Kirjaaminen on parantunut ja edellisen vuoron konsultointitarve vähentynyt. Kun lukee toisen kirjaamaa raporttia, huomioi omassakin kirjaamisessa lukijan näkökulman.” (Benchmarking-osastokokousmuistio)*

*”Laajentaminen muihin vuoroihin ei saanut yksimielistä kannatusta, todettiin, että kukin voi kokeilla ja soveltaa tilanteen mukaan.”(Osastokokousmuistio)*

Myönteisinä asioina koettiin turhan tiedon karsiutuminen, itseohjautuvuus ja sen toimivuus etenkin iltapäiväraporteilla, kun potilaat olivat ennestään tuttuja. Aikaresurssia on koettu jäävän enemmän välittömään hoitotyöhön.

*”Hyvä ja positiivinen asia, enemmän aikaa jäänyt hoitotyölle.”  
(Osastokokousmuistio)*

*”Ajan säästö: keskittyminen oleelliseen, jokainen vuoroa aloittava lukee raportin tarvitsemassaan laajuudessa ilman ”pakkosyöttöä” tuttujen potilaiden kohdalla, edellinen vuoro on vapautunut muihin tehtäviin.” (Benchmarking-osastokokousmuistio)*

Haasteina koettiin pitkät vapaat sekä se, että kokonaiskäsitys potilaan tilanteesta ei aina välittynyt pelkän lukemisen perusteella etenkin uusien potilaiden kohdalla. Muutokseen liittyvänä haasteena tuotiin esille myös sitä, että muutokseen oli lähdetty valmistautumatta siihen kunnolla.

*”Aika vaikea saada kokonaisnäkökäsitystä potilaan voinnista, jos tulee esim. lomalta.” ”Kokonaiskäsitys potilaan tilanteesta jää suppeaksi.” (Kokemuspäiväkirja)*

*”Osa kokee, että vapailta esim. yövuoroon tullessa kirjallisen raportin lukemiseen menee liikaa aikaa. Tosiasiasiassa vanhassa mallissa raportointiin käytti kaksi henkilöä saman ajan.” (Hiljainen raporttityöryhmä)*

*”Jos tulee pitkiltä vapailta, luettavaa paljon, tärkeät olennaiset asiat ”hukkuvat” (Kokemuspäiväkirja)*

*”Siirryttiin vauhdilla hiljaiseen raporttiin... Miksi ei huolehdittu että puitteet kunnossa sitä ennen? Ei ole koneita eikä paikkaa missä lukea. (Kokemuspäiväkirja)*

#### 6.2.4 Tieto

Neljänneksi pääteemaksi muotoutui tieto ja sen alateemoiksi **tarpeellinen tieto puuttuu, tiedon ajantasaisuus, mistä tietoa haetaan ja hiljainen tieto.**

**Tarpeellisen tiedon** puuttuminen koettiin haasteellisena etenkin kokemuspäiväkirjoissa. Kirjaaminen oli keskittynyt suullisen raportin aikaan vuoron loppuun eli aamuvuoro oli saattanut aloittaa raportin kirjaamisen vasta kello 14, kun ilta-vuoro oli jo saapunut. Raportin pitäjällä oli suusanallinen tieto osaston tapahtumista ja kirjaaminen saattoi tapahtua raportin pidon yhteydessäkin. Hiljainen raportointi edellyttää ajantasaista kirjaamista, sillä ilman dokumentoitua tietoa ei

seuraavalla vuorolla ole pohjaa, mistä jatkaa. Joskus myös sihteerillä on puhtaaksikirjoittamisessa niin paljon ruuhkaa, etteivät kaikkien potilaiden väliarviot koskien lääketieteellistä hoitoa ole puhtaaksikirjoitettuja ennen vuoronvaihtoa. Toisaalta sanelut ovat aina kuunneltavissa.

*”Iltapäivällä ei ole NEU tekstejä uusista potilaista eli määräykset, vointi puuttuu.” (Kokemuspäiväkirja)*

*”Aamuvuorolaiset eivät ehdi kirjoittaa aamun raporttia.” (Kokemuspäiväkirja)*

*”Huom! Kirjaamista on helpottanut kun kirjaa potilaan liikkumista ja halvausoireita jo aamulla, heti pesujen jälkeen—ei jää kaikki iltapäivään ---Kannatan!” (Kokemuspäiväkirja)*

*”Viikonloppuna lääkärin määräykset (väliarviot, tulotekstit) eivät ole koneella!” (Kokemuspäiväkirja)*

*”Jos esim. erittäin kiire iltavuoro kirjaaminen saattaa jäädä suppeaksi.” (Kokemuspäiväkirja)*

*”Lääkärinmääräykset saattavat jäädä epäselviksi (lyhyen kirjauksen vuoksi)” (Kokemuspäiväkirja)*

**Tiedon ajantasaisuus** on välttämätön ehto hoitotyön turvalliselle toteutukselle hiljaisessa raportoinnissa. Saatavilla olevan informaation ja potilaan tilan on vastattava toisiaan, jotta hoitopäätökset tehdään oikeaan lähtötietoon perustuen. Tietojen päivittäminen koettiin merkittäväksi tekijäksi edistettäessä hiljaisista raportointia. Asiaa tuotiin esille monissa yhteyksissä ja yhteisvastuun merkitystä jokaisen työntekijän kohdalla korostettiin. Vastuu merkintöjen oikeellisuudesta on jokaisella merkintöjen tekijällä.

*”Hoitotyön suunnitelma pitäisi päivittää aina kun tulee muutoksia. Esim. nyt vanhat liikkumisluvat, nesteytykset, ruokailut ym .Suunnitelman pitäisi olla ajan tasalla, muutoin hiljainen raportti ei onnistu.” (Kokemuspäiväkirja)*

*”Ongelmana edelleen on, että hoitotyön merkinnät/hoitosuunnitelma ei aina ajan tasalla, vanhaa tietoa jää roikkumaan, kun niitä merkitty pysyviksi, raporttia ei ole ehditty kirjoittamaan, viikonloppuisin lääkäreiden tekstejä ei ole luettavissa...” (Osastokokousmuistio)*

Hoitotyön kannalta välttämättömän tiedon hakeminen nopeasti ja joustavasti puhututti ja nosti esille kysymyksen: **Mistä tietoa haetaan?** Asiaa mietittiin alustavasti osastokokouksissa, mutta jokaiselle työntekijöistä on muotoutunut oma käytäntönsä siitä, mitä ja missä järjestyksessä potilasasiakirjoja lukee. Molemmilla osastoilla käytössä olevista erikseen paperille tulostettavista raporttilyhennelmistä ei haluttu luopua.

*”Mietittiin yhdessä mitkä lehdet ainakin on hyvä käydä lukemassa: ea-jaksoseuranta, NEU, hoitotyönmerkinnät, laboratorio, päiväseuranta, lääkitys, lääkärin määräykset, erityistyöntekijöiden lehdet tarvittaessa, mitä muuta??” Tiina voi tarvittaessa tehdä vielä ohjeistuksen raportin lukemiseen. (Osastokokousmuistio)*

*”Potilasturvallisuus ja mahdolliset tietokatkot huolestuttavat.” (Osastokokousmuistio)*

*”Toiseksi voitaisiin miettiä, mitä tietoa etsitään aivan ekaks, jotta osattaisiin hoitaa potilasta. Osastonhoitaja voisi tehdä pienen testin, jossa hän saa ensin potilaista raporttilehden ja miettii sitten, mitä tietoja hän tarvitsee, jotta osaa hoitaa potilasta. ” (Osastokokousmuistio)*

*”Asioita jää paljon huomioimatta, vaikka yrittäisikin tarkasti lukea.”(Kokemuspäiväkirja)*

**Hiljaisen tiedon** siirtymistä pohdittiin paljon esimerkiksi tiimeissä ja ”kentällä”, mutta opinnäytetyöhön kuuluvissa muistioissa se oli mainittu vain kerran. Kokeilun alussa tämä näkökulma mietitytti, koska yleinen kokemus oli, että yhteinen asioiden pohdiskelu ja toisilta oppiminen jää vähemmälle huomiolle. Kokeilun jatkuessa pidemmälle hiljaisen tiedon siirtymiseen löydettiin muitakin kanavia kuin suullinen raportointi ja mainintoja siitä ei tullut.

*”Hiljaisen tiedon siirtyminen? Ei ole pelkästään raportoinnin varassa, ja joka tapauksessa perehtymisvaiheessa käytetään tarpeen mukaan suullista raportointia.” (Benchmarking osastokokousmuistio)*

### 6.2.5 Työvuorojen välisen raportoinnin tila toukokuussa 2011

Opinnäytetyötä varten työvuorojen välistä raportointia arvioitiin keskustellen tiimeittäin osastoilla A ja B sekä työaikaseurannan avulla. Keskustelun pohjana tiimeissä toimi lähtötilanteen kyselylomake. Lisäksi hiljainen raportti -

työryhmässä käytiin vapaamuotoista keskustelua työvuorojen välisen raportoinnin nykytilasta. Osastoilla A ja B on nyt käytössä vastausten mukaan joustavasti suullinen ja hiljainen raportointi. Aamu- ja iltavuoronvälinen raportti on pääsääntöisesti hiljainen, muiden työvuorojen raporttimuodossa on vaihtuvuutta eri tiimien kesken.

Suullinen raportointi tapahtuu tiimeittäin samoissa paikoissa kuin lähtötilanteessa, mutta hiljaiselle raportoinnille on varattu toisella osastolla oma kanslia, jossa kaikki iltavuoroon tulijat voivat perehtyä lukemaan sähköisiä potilasasiakirjoja. Toisella osastolla ei vastaavaa tilaresurssia ole käytössä. Vastuu raportoinnista kuului tiimiarviointien mukaan kaikille työntekijöille. Jokainen, joka kirjaa tietoja koneelle, on vastuussa omista merkinnöistään ja hoitotyöstä. Hiljaisen raportin aikana potilaista oli huolehtimassa enemmän työntekijöitä kuin suullisen raportin aikana. Häiriötöntä paikkaa ei tiimien palautteen mukaan ole olemassa. Kollegat, yleinen hälinä, potilaiden omaiset ja puhelin aiheuttavat keskeytyksiä. Raportoinnin pohjana käytettiin Mediatriin kirjattua hoitosuunnitelmaa.

Työvuorojen välisen raportoinnin kehittämistarpeiksi nimettiin tiimeissä kirjaamisen yhtenäistäminen, hoitosuunnitelmien ja muiden tietojen päivittäminen. Myös resursseja, toimivia koneita ja rauhallisia lukupaikkoja toivottiin lisää. Yhteiset keskustelut, muistilaput ja fläppitaulun merkinnät tärkeistä ja ajankohtaisista asioista (esimerkiksi tutkimukset, ravinnottaolot) haluttiin edelleen pitää tuke-  
massa hiljaista raportointia. Kirjallinen raporttitiivistelmä toimi palautteen mukaan hyvänä lähtökohtana hiljaiselle raportille. Hiljaisen raportoinnin laajentaminen muihin kuin päiväraporttiin haluttiin kaikissa tiimeissä pitää työtiimin päätettävänä asiana. Joustavuutta ja tilannelähtöisyyttä tuotiin kaikissa tiimeissä yksimielisesti esille. Yhteinen tahtotila kuitenkin on, että kokeilua jatketaan edelleen. Motivoinnin lisäämiseksi ehdotettiin esimerkiksi tutustumiskäyntejä paikkoihin, joissa hiljainen raportointi jo toimii hyvänä käytänteenä.

Osastolla A viisi työntekijää kymmenestä palautti työaikaseurannan. Vastaajat käyttivät hoitotyön kirjaamiseen yhteensä aamu- ja iltavuoron aikana (7.00 - 21.30) 295 minuuttia, mikä on 13 % työajasta (vastaajien työaika yhteensä

2 250 minuuttia). Lakisääteisten taukojen osuus on 30 minuuttia molemmissa vuoroissa, joten tehokasta työaikaa jää näin ollen työntekijää kohti seitsemän tuntia 30 minuuttia. (keskimääräinen kokonaistyöaika laskettu kahdeksan tunnin mukaan). Vastausten vaihteluväli hoitotyön kirjaamisessa oli 45 minuutista 70 minuuttiin. Keskiarvo oli 59 minuuttia. Hoitotyön raportointiin käytettiin aikaa vastaajien arvioiden mukaan yhteensä 235 minuuttia, mikä on 10 % työajasta. Raportointiin käytetty aika vaihteli 20:n ja 80 minuutin välillä, ja keskiarvo oli 47 minuuttia. Osasto A:lla kirjaamiseen käytettiin syksyllä 2009 8 % työajasta vuorokaudessa ja suulliseen raportointiin 15 % työajasta vuorokaudessa.

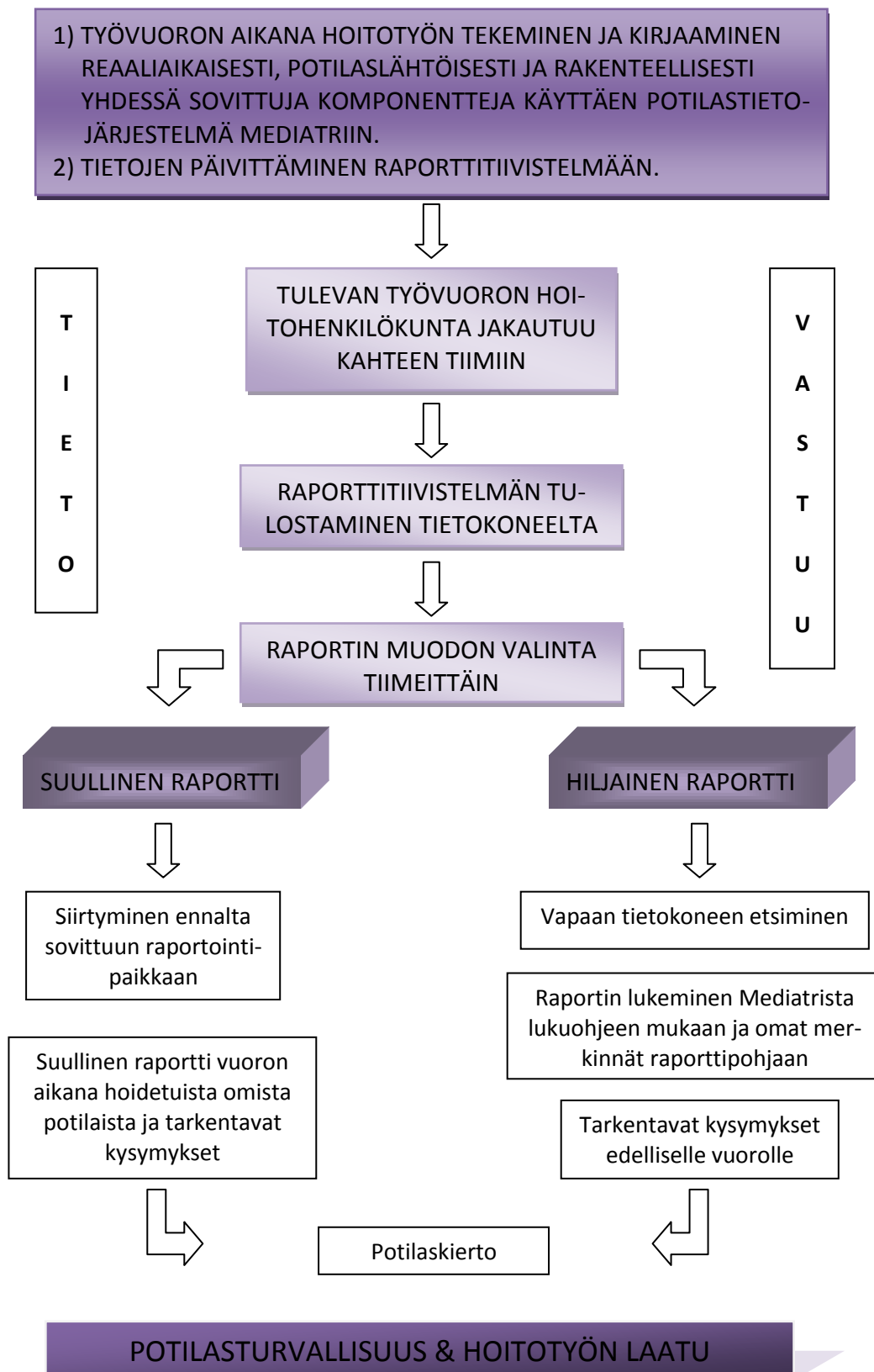
Osastolla B työaikaseurannan palautti seitsemän työntekijää kymmenestä. He käyttivät yhteensä hoitotyön kirjaamiseen 427 minuuttia aamu- ja iltavuoron aikana (7.00 - 21.30). Hoitotyön kirjaamiseen käytetty aika vaihteli 30 minuutista 100 minuuttiin, keskiarvon ollessa 61 minuuttia. Hoitotyön raportointiin kului aikaa näiltä seitsemältä työntekijältä 297 minuuttia aamu- ja iltavuoron aikana. Raportointiin kulunut aika vaihteli työntekijöittäin 20 minuutin ja 67 minuutin välillä. Keskimääräinen raportointiin käytetty aika oli 42 minuuttia. Seitsemän työntekijää teki yhteensä tehokkaita työtunteja 3 150 minuuttia. Hoitotyön kirjaamiseen käytettiin näin ollen 14 % työajasta ja hoitotyön raportointiin 9 % työajasta. Vuonna 2009 vastaavat luvut olivat 7 % ja 8 %.

Hiljainen raportti -työryhmässä käytiin keskustellen läpi nykytilannetta, ja pohdittiin haasteita jatkoon. Seitsemästä pilottiosastosta neljällä on hiljainen raportointimalli joustavasti käytössä. Kahdella sosiaalipalvelujen osastoilla on keskitytty kirjaamisen kehittämiseen, ja yksi Tikkarinteen osastoista on aloittelemassa prosessia kiinnittämällä huomiota kirjaamiseen. Suullisella raportoinnilla tuetaan edelleen kirjaamiseen perustuvaa raportointia, ja liian tiukkaa mallia ei ole suunnitteilla, vaan jokainen osasto tekee omannäköisensä sovelluksen. Jokaisella osastolla on omanlaisensa ”raporttipohja” (omille muistiinpanoille tarkoitettu lomake) käytössä. Yleisenä kokemuksena oli, että raportointiin käytettävä aika on vähentynyt, koulutuksiin ja kokouksiin pääseminen on helpottunut ja välittömään hoitotyöhön käytetty aika on lisääntynyt.

### 6.3 Työvuorojen välisen raportoinnin malli

Uuden työtavan mallinnus on tämän opinnäytetyön kehitystulos. Mallinnus on yksinkertainen käytännön toimintaa kuvaava abstrahointi, jolla pyritään edistämään kehitystuloksen käytettävyyttä (Toikko & Rantanen 2009, 60 - 61). Mallinnuksen jalkauttamisvaihe koko organisaatioon jää opinnäytetyön ulkopuolelle. Käsitekartta, jolla pyrin havainnollistamaan mallin taustalla olevaa tiedon rakentumista, on liitteenä 10. Neurologisilla osastoilla A ja B käytössä oleva työvuorojen välisen raportoinnin malli on esitetty kuviossa 5. Malli vastaa tilannetta toukokuussa 2011. Malliin liittyvä sanallinen selvitys on esitetty mallin jälkeen.

## TYÖVUOROJEN VÄLINEN RAPORTOINTI NEUROLOGIAN OSASTOILLA



Kuvio 5. Työvuorojen välisen raportoinnin –malli



Neurologisilla vuodeosastoilla hoitotyötä tehdään ympäri vuorokauden kolmessa eri vuorossa. Tiedonkulun ja vastuun siirtäminen niin, ettei potilasturvallisuus ja hoitotyön laatu vuorojen vaihtuessa vaarannu, toteutetaan työvuorojen välisellä raportoinnilla. Malli kuvaa yhden vuoron aikana tapahtuvaa toimintaa työvuorojen välisen raportoinnin osalta. Malli alkaa edeltävän työvuoron toiminnasta ennen raportoinnin tarpeen ilmenemistä. Työvuoron aikana tehtävä hoitotyö dokumentoidaan neurologisten osastojen kirjaamistyöryhmän laatiman ohjeistuksen mukaan. Ohjeistus valmistuu mallin liitteeksi syksyllä 2011. Molemmilla osastoilla on käytössä raporttitiivistelmä, joka päivitetään vastaamaan osaston tilannetta ja potilaiden vointia ennen seuraavan työvuoron alkua. Raporttitiivistelmät löytyvät tiimien kanslioiden pöytäkoneiden työpöydiltä Word-tekstitiedostoina. Potilaiden nimet eivät tietosuojan vuoksi ole näkyvillä lomakkeessa.

Tulevan vuoron hoitohenkilökunta jakautuu kahteen tiimiin ennalta määrätyn työnjaon mukaisesti. Pääsääntöisesti työntekijät työskentelevät vakituisissa tiimeissä, mutta jos työntekijät eivät jakaudu tasaisesti tiimeihin, on osastolla B työnjako tehty työvuorolistan teon yhteydessä ja osastolla A yövuoronhoitajat tekevät hoitajien tiimijaon. Tämän jälkeen hoitotyöntekijät tulostavat sen tiimin raporttitiivistelmän, missä he työvuoronsa työskentelevät. Edellisen vuoron henkilökunta jatkaa töitään itseohjautuvasti kulloisenkin tilanteen mukaan.

Raporttitiivistelmän tulostamisen jälkeen neuvotellaan raportin muodosta osastolla vallitsevan kokonaistilanteen mukaan. Yleisimmin käytössä on päiväraportilla hiljainen raportti ja muilla suullinen raportointi, mutta tilanteet vaihtuvat päivittäin ja tiimeittäin.

Suullinen raportti toteutetaan pääosin tiimien omissa kanslioissa. Raportoija on joko potilasta hoitanut hoitaja tai sovitusti joku tiimin sairaanhoitaja antaa suullisen raportin kaikista tiimin potilaista. Suullisessa raportissa noudatetaan suosituksia, joita on kehitetty raportoinnille hoitotyössä (Esimerkiksi Benson ym. 2007; Schoeder 2006 ja Straple & Ottani 2006).

Hiljainen raportti aloitetaan vapaan tietokoneen etsimisellä rauhallisesta paikasta. Osasto A:lla on tähän tarkoitukseen varattu niin sanottu amanuenssin huone, johon on varattu tietokone kahdelle työntekijälle. Muut vuoroon tulevat työntekijät etsivät rauhallisen paikan muualta. Osasto B:llä on toinen pääkanslioista varattu iltapäivisin hiljaiselle raportille. Tässä vaiheessa sovitaan yleensä myös potilasjaosta lukemistyön taustaksi. Osastoilla A ja B potilastiedot luetaan kuitenkin pääsääntöisesti kaikista oman tiimin potilaista.

Hiljaiselle raportille laadittu lukuohje on liitteenä 11. Käytännössä jokaiselle työntekijälle muotoutuu oma ”konseptinsa” potilastietoihin tutustumisessa, mutta lukuohje toimii perehdytysohjeena hiljaiseen raportointiin siirryttäessä esimerkiksi uusille työntekijöille. Raportin luvussa oleelliset potilastiedot on hyvä asettaa itselleen Mediatri potilastietojärjestelmässä omiin suosikkeihin, niin ne ovat nopeasti saatavilla. Potilastietoihin perehtymisen aikana jokainen tekee merkintöjä raporttilyhennelmään.

Perehtymisen jälkeen on mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä edelliselle vuorolle. Jos aamuvuoro poistuu niin, ettei yhteistä työaikaa jää (esimerkiksi koulutuksiin) annetaan merkittävistä potilastapahtumista jo ennen raportin lukua suullisesti tietoa.

Tämän jälkeen aloittavan työvuoron työntekijät tekevät osastolla potilaskierron. Kierron tarkoituksena on esittäytyä ja tutustua potilaaseen ja hänen vointiinsa tarkemmin ja lisätä potilaan tuntemaa turvallisuutta hoidon jatkuvuudesta. Myös potilaan kokemuksen kuuleminen ja vastaaminen kysymyksiin omasta tilanteestaan on oleellista. Jos kierrolla ilmenee jotain varmistettavaa edelliseltä vuorolta, sen ehtii vielä tehdä ennen edellisen vuoron työntekijöiden poistumista.

## **7 POHDINTA**

### **7.1 Tulosten tarkastelu**

Tämän toimintatutkimuksellisen opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää 1) miten työvuorojen raportointi tapahtuu tällä hetkellä pilottiosastoilla, 2) miten työvuorojen välistä raportointia voitaisiin kehittää sekä 3) laatia toimintatutkimukseen perustuen työvuorojen väliselle raportoinnille malli kuntayhtymän käyttöön. Tarkastelen tuloksia tehtävittäin.

### **Työvuorojen välisen raportoinnin lähtötilanne**

Lähtötilanteen kyselyn vastausprosentti oli 38, mitä pidän melko tyydyttävänä ja tavanomaisena tuloksena. En lähettänyt muistutuskirjeitä, vaan tyydyin tähän vastaajien määrään. Osallistuminen oli vapaaehtoista, enkä halunnut aloittaa kehittämistyötä painostamalla. Kyselyn tarkoituksena oli herättää mielenkiinto työvuorojen välisen raportoinnin kehittämistä kohtaan, osallistaa ja saada hoitotyöntekijöiltä kehittämisideoita.

Suullinen raportti on selkeästi kirjallisuuden mukaan käytetyin raportoinnin menetelmä (Benson ym. 2007, 81; Saranto & Ikonen 2007, 158,160; Sexton ym. 2004, 38; Stropke & Ottani 2006, 199 - 200). Tässä toimintatutkimuksessa käytetyimmäksi menetelmäksi pilottiosastoilla osoittautui suullisen ja kirjallisen raportin yhdistelmä. Raportoinnin määritelmä ei ollut yksiselitteinen. Raportoinniksi miellettiin selkeästi vain itse raporttitilanne, ei siihen valmistautumista kirjaimella tai sen jälkeistä potilaskiertoa. (Vrt Kerr 2002, 129; Ekman & Segesten 1995, 1008 raportointiprosessin vaiheet.) Vastaajat ilmaisivat esimerkiksi osastoilla A ja B, että osastolla oli sekä suullinen että kirjallisen raportin yhdistelmä. Kirjallisen ja suullisen raportoinnin yhdistelmällä tarkoitettiin tosiasiasa työvuorojen välistä suullista raportointia, jossa hyödynnettiin myös osaston omaa raporttitiivistelmää. Ennen hiljainen raportti -kokeilua kaikki työvuorojen välinen raportointi perustui suulliseen käytäntöön. Raporttitiivistelmä ei täytä

potilasasiakirjan määritelmää, joten kirjallista raportointia sen käyttö sanan varsinaisessa merkityksessä ei ole.

Työvuorojen välisen raportoinnin tärkeimmäksi tehtäväksi vastaajat määrittivät tiedottamisen potilaan hoidosta turvallisen hoidon takaamiseksi. Raportoinnin sosiaalista tehtävää toi esille vain yksi vastaaja 68:sta ja koulutuksellinen tehtävä tuli esille kahden vastaajan paperissa. Raportoinnin hallinnollista tehtävää ei tuonut esille yksikään vastaajista. (Vrt. Ekman & Segesten 1995; Evans ym. 2008; Lally 1999) Raportoinnin tärkein tehtävä on myös muun muassa Bournen (2000,453) mukaan varmistaa potilaan hoito.

Raportin sisältämät tärkeimmät asiat ovat potilaan henkilötiedot, tulosyy, vitaali-toiminnot, oleellinen lääketieteellinen historia, potilaan rajoitukset ja hoitosuunnitelma (Currie 2002, 25 - 27). Tässä tutkimuksessa potilaan henkilötietojen tärkeyttä ei tuotu esille, mutta muutoin raportilla ehdottomasti mainittavat asiat olivat samat kuin Currien nimeämät raportin keskeiset tiedot.

Hoitotyön kirjaamisen auditoinnissa molemmat osastot A ja B ylittivät PKSSK:n hoitotyön toimintasuunnitelman 2010-2013 asettaman kirjaamisen minimitason. Minimitaso edellyttää, että vähintään lain vaatimat kirjattavat asiat löytyvät hoitotyön dokumentoinnista. Kirjaamisen arviointilomakkeella mitattiin myös rakenteellista kirjaamista, asiakaslähtöisyyttä ja hoitotyön suunnitelman prosessinomaisuutta. (Kaila 2011; Kaila & Kuivalainen 2008.) Varsinainen sisältö jäi auditoinnissa vähemmälle huomiolle, mikä näkyy molemmilla osastoilla muun muassa tarpeena kehittää kirjaamista edelleen yhtenäisemmäksi ja informatiivisemmaksi.

### **Työvuorojen välisen raportoinnin kehittäminen**

Työvuorojen välisessä raportoinnissa eniten tyytymättömyyttä aiheuttavat aikaisempien tutkimusten mukaan ajanpuute, häiriötekijät, riittämätön tiedonvaihto sekä tilan puute (Davies & Priestly 2006, 50; Meißner ym. 2007, 538). Benson (2007, 81) tuo esille näiden lisäksi myös joutavan jutustelun, työhönottoasiat,

kirjaamisen hoitajakeskeisyyden ja raportin epäselkeyden. Strople ja Ottani (2006, 199) tuovat myös esille raportoinnin yhteydessä potilaiden leimaamisen niin sanotuiksi helpoiksi ja hankaliksi potilaiksi.

Tässä tutkimuksessa kehittämisteemoiksi nousivat raportin organisointi, kirjaaminen, hiljainen raportointi ja tieto. Tulokset tukevat hyvin aikaisempia tutkimustuloksia kehitettävistä asioista. Potilaiden leimaamista työvuorojen välisessä raportoinnissa ei tässä tutkimuksessa koettu ongelmaksi, eikä siitä mainintoja tullut. Hoitotyön toimintasuunnitelman 2010-2013 ja lähtötilanteen selvittelyn pohjalta raportointia lähdettiin kehittämään viemällä hiljainen raportointi osaksi osastojen toimintaa. Koska toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi, tarkastelen tulosta käytännössä tapahtuneiden muutosten kautta.

Osastoilla A ja B työvuorojen välinen raportointi tapahtuu tällä hetkellä sekä suullisesti että hiljaisesti. Aamu- ja iltavuoron välinen raportti on pääsääntöisesti hiljainen, ja muissa raporttiajankohdissa on enemmän vaihtelua eri tiimien välillä. Hiljaisen raportoinnin laajentaminen muihin kuin päiväraporttiin haluttiin kaikissa tiimeissä pitää työtiimin päätettävänä asiana. Tässä vaiheessa työyhteisöissä ei koettu tarvetta vaihtaa koko raportointikäytäntöä hiljaiseksi. Jokaisen hoitoyksikön tulisi saada valita itselleen sopivin raportointimenetelmä (Benson 2007 ym. 81 - 82). Raportoinnin kehittämistä jatketaan edelleen niin suullisessa kuin hiljaisessakin raporttimuodossa.

Suullisen raportoinnin osuus on selkeästi vähentynyt varsinkin osastolla A. Osasto B:llä muutos on pienempi. Molemmilla osastoilla kirjaamiseen käytetty aika on huomattavasti noussut, mistä voisi päätellä, että kirjaamiseen on panostettu. Se, onko aika siirtynyt suullisesta raportoinnista suoraan kirjaamiseen vai johonkin muualle nähdään lähitulevaisuudessa, kun työaikaseurannan tulokset keväältä 2011 julkistetaan. Myönteisinä asioina koettiin turhan tiedon karsiutuminen, itseohjautuvuus ja se, että aika on koettu jäävän enemmän potilaan hoitoon. Myös muun muassa Puumalainen, Långstedt ja Eriksson (2003, 4-6) sekä Kennedy (1999, 393 - 394) ja Clemow (2006, 1464) ovat päätyneet samaan tulokseen tutkiessaan kirjallisen tiedonvälityksen mahdollisuuksia. Työaikaseu-

ranta ei täytä kaikilta osiltaan tieteellisen tutkimuksen vaatimuksia, ja se perustuu hoitajien itsearviointiin. Tulokset ovatkin vain suuntaa antavia, mutta ajan jakautumisen ja tehtävien monimuotoisuuden seurantaan riittäviä. Tuloksissa on otettava myös huomioon se, että vuoden 2009 työaikaseurannassa yövuoro oli mukana, kun taas vuonna 2011 ei. (Kaila 2009; Kaila & Kuivalainen 2009.) Hiljainen raportointikäytäntö koettiin hiljainen raportti -työryhmässä poikkeuksetta myönteisenä asiana, vaikka asiasta löydetty hoitotieteellinen näyttö jäi vähäiseksi. Osastokokousmuistioista ja kokemuspäiväkirjoista nousi esille selvästi enemmän kehittämistarpeita.

Vastuun kokemisessa työvuorojen välisestä raportoinnista oli tapahtunut muutosta hiljaiseen raportointimalliin siirryttäessä. Vastuu raportoinnista oli laajentunut koskemaan kaikkia työvuoroon tulijoita ja edellisten työvuorojen työntekijöitä, kun se lähtötilanteessa oli edellisen vuoron sairaanhoitajan harteilla. Jokainen, joka kirjaa tietoja koneelle on vastuussa omista merkinnöistään ja hoitotyöstä.

Kirjaaminen on keskeinen osa hoitotyötä. Oikean ja tarpeellisen tiedon tulee viivytyksettä olla ammattihenkilöiden käytössä. (Muun muassa Iivanainen & Syväoja 2009, 11.) Kirjaamisen merkitys korostui tässäkin tutkimuksessa. Vaikka kirjaamisen taso oli molemmilla osastoilla hyvä, toisella jopa kiitettävä, työvuorojen välisen raportoinnin kehittämistarpeiksi nimettiin edelleen kirjaamisen yhtenäistäminen, hoitosuunnitelmien ja muiden tietojen päivittäminen. Kirjaamisen auditointi toteutetaan tulevaisuudessa PKSSK:ssä vuosittain, ja seuraava auditointi on syksyllä 2011. Opinnäytetyötä varten en nyt nähnyt tarkoituksenmukaiseksi lähteä arvioimaan kirjaamisen tasoa, niin mielenkiintoista kuin se olisi ollutkin.

Molemmilta osastoilta valittiin edustajat (viisi kappaletta) kirjaamistyöryhmään, jonka tarkoituksena on laatia neurologisen potilaan hoitotyön kirjaamiskriteerit osastoille A ja B. Minä toimin yhtenä osallistujana tässä ryhmässä. Tämän työskentelyn tietoperustana toimivat Suomen lainsäädäntö ja kansallinen hoitotyön kirjaamisen malli Finnish Care Classification (FinCC-luokitus). Kirjaamistyöryhmä aloitti toimintansa huhtikuussa 2011 ja seuraava kokous on kesäkuun alussa

2011. Kriteerit tulevat mallin liitteeksi valmistuttuaan. Kähkönen (2010, 39 - 44) on tuonut esille hiljaisen raporttimallin epäonnistumisen elementteinä rakenteisen kirjaamisen koulutustarpeen ja raporttitilan rauhattomuuden. Tämän lisäksi hän on tuonut esille työnhallinnan puutteen yhtenä syynä hiljaisen raportointimallin epäonnistumiseen. Myös Hallila (2005, 6 - 7) tuo esille, että kirjaaminen edellyttää sen lääketieteen erikoisalan hallintaa, jossa kirjaamista suoritetaan. Pelkkä tieto kirjaamisesta ei riitä. Myös ammatissa toimimisen mukanaan tuoma tietämys on tärkeää. Itse allekirjoitan tämän työnhallinnan merkityksen täysin osana hiljaisen raportoinnin onnistumista, vaikka se ei noussutkaan tutkimuksesta esille. Hoitotietojen päivittäminen on sovittu yhteisvastuulliseksi toiminnaksi ja siihen kiinnitetään jatkossa erityistä huomiota.

Kehittämisen edellytyksinä toimivat lähtötilanteen kartoitus, henkilöstön sitoutuminen (yhteinen päätös), tiedon hankkiminen, joustavat toimintamallit, vaihteisuus, omannäköisyys, aikataulut, riittävän pitkä kokeilun kesto, tiivis seuranta sekä jatkuva arviointi. Uuden raportointimallin käyttöönotto edellyttää myös yhteistä päätöstä jatkaa kokeilua pysyvänä käytäntönä.

### **Työvuorojen välisen raportoinnin malli**

Toimintatutkimuksessa tiedon muodostuminen perustuu Heikkisen ja Huttusen (2007, 184-200; myös Kauhanen 2009, 160: Kolbin oppimiskehä) mukaan empirismiin, pragmatismiin ja rationalismiin. Eri tiedon muodostustavat vaihtelevat eri vaiheissa. Toimintatutkimuksessa tieto on prosessia, ei lopputuote, ja ymmärrys todellisuudesta muotoutuu vähitellen. Tieteenkäsitys on aktiivinen ja perustuu konstruktivismiin. Jokainen rakentaa tietonsa (todellisuutensa) vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa aikaisempien kokemusten, käsitteiden ja tietorakenteiden avulla. Tässä toimintatutkimuksessa pyrin yhdistämään opinäytetyön tietoperustaa omiin ja työyhteisöni havaintoihin ja kokemuksiin. Yhteisen ajattelun (järjen) avulla luomme uutta tietoa todellisuudesta, ja tämän tiedon konkretisoin yksinkertaiseksi käytännön kuvaukseksi todellisuudesta, työvuorojen välisen raportoinnin malliksi.

Toikko ja Rantanen (2009, 36) tuovat hyvin esille tutkimuksellisen kehittämistoiminnan todellisuuskäsitettä. Jos työyhteisön todellisuus on jatkuvasti muuttuva, voiko kehittämistoiminnassakaan sitoutua muuttumattomaan todellisuuskäsitykseen? Heikkisen ja Syrjälän (2007, 149 - 161) mukaan inhimillinen tieto maailmasta perustuu kielen välityksellä tapahtuvaan tulkintaan. Totuus on tulkintaa, jatkuvaa neuvottelua ja keskustelua. Se ei ole koskaan valmis. Toimintatutkimuksessa totuus on kielen ja maailman vastaavuutta. Totuudessa on myös aina kysymys vallasta (Heikkinen, Huttunen, Kakkori & Tynjälä 2007, 163 - 183).

Tämän tutkimuksen todellisuuden kuvaus (totuus) on vuorovaikutuksessa yhdessä muodostettua koherenssia ja toivottavasti myös aitoon dialogiin pohjautuvaa konsensusta. Mallin syntyyn on vaikuttanut myös tietoperusta, josta esimerkkinä mainittakoon Kerr (2002), Ekman ja Segesten (1995) sekä Clemow (2006). Kehittämistyön tuloksena syntynyt malli on tämänhetkinen (toukokuu 2011) käsityksemme parhaasta raportointikäytännestä osastoilla A ja B. Toisaalta, jos ymmärrämme tietyllä tavalla, estymme ymmärtämästä toisella tavalla. Tälläkään tutkimuksella en pysty vahvistamaan parhaan raportointimallin käytäntöä. Vallan käsite liittyy tämän opinnäytetyön totuuteen siten, että ilman strategisia suunnitelmia ja johdon ”patistelua” hiljaista raportointia tuskin olisi lähdetty työyksiköissä kokeilemaan.

Lopullisen mallin nimenä päädyttiin pitämään koordinoivassa hiljainen raportti - työryhmässä tässä vaiheessa hiljaista raportointia. Se on terminä käytössä suomenkielisessä kirjallisuudessa, mutta englanninkielisestä kirjallisuudesta vastaavaa käsitettä ei löydy. Kirjallinen raportointi todettiin myös toimivaksi nimeksi, ja ylihoitaja keskustelelee raportoinnin nimestä vielä hoitotyön johtoryhmässä.

## **7.2 Menetelmän tarkastelu**

Toimintatutkimuksen tavoitteena on tuottaa perusteltua tietoa käytännön tarpeisiin, ja se palvelee sosiaalisten käytäntöjen kehittämistä. Toimintatutkimuksessa toimintaa kehitetään tiedon avulla, ja tietoa hankitaan toiminnan kehittämisen



kautta. Uuden tiedon hankkiminen onnistuu parhaiten, kun todellisuutta yrittään muuttaa. (Heikkinen 2007, 16 – 17; 27 - 37; Kuula 1999, 9 - 12; Meyer 2006, 274 – 276.) Toimintatutkimus perustuu reflektioon, käytännönläheisyyteen, interventioon ja osallistamiseen (Heikkinen 2007, 16 - 17, 27 - 37; Meyer 2007, 274), jotka kaikki näen merkittävinä asioina muutoksen toteuttamisessa. Tässä tutkimuksessa todellisuutta tiedon hankkimiseksi muutettiin hiljaisen raportointikäytännön interventiolla. Laadullisen tutkimuksen valitsemista lähestymistavaksi puoltaa myös se, että hoitotieteellinen näyttö työvuorojen välisestä raportoinnin parhaasta käytänteestä puuttuu. Tarve toiminnan kehittämiseen on noussut henkilöstöltä itseltään käytännön toiminnassa havaittujen kehittämistarpeiden kautta, mikä lisää sitoutumista prosessiin.

Erilaisten aineistojen sopivuudesta toimintatutkimukseen Kuusela (2005, 82) on todennut, että ”Kaikki käy, mutta kaikki ei ole yhtä sopivaa”. Aineiston moninaisuus on vahvuus, mutta toisaalta se vaikeuttaa tulkintojen tekemistä ja argumentaatioon täytyy panostaa (Lehtonen 2007, 245 - 253 ). Toimintatutkimus avaa tutkijalle miljoonien mahdollisuuksien maailman, johon on helppo hukkuu. Itse jouduin toimintatutkimuksen aikana sulkemaan pois monia mielenkiintoisia aineistoja opinnäytetyön hallittavuuden takia, mikä harmitti luopumisvaiheessa, mutta helpotti työn analyysi- ja kirjoittamisvaihetta. Myös se, että opinnäytetyössä kuvataan tarkemmin vain kahta osastoa, perustuu toimintatutkimuksen lähtöajatuksiin prosessin reflektiivisyydestä ja osallistamisesta.

Lähtötilanne-kysely palveli mielestäni hyvin tutkimusta osallistamisen ja mielenkiinnon herättämisen kautta, vaikka samat tulokset olisin saanut varmasti esimerkiksi osastokokouksista ja tiimien vastaavilta. Kyselyllä tavoitin useampia hoitotyöntekijöitä yhdellä kertaa. Kysely sisälsi turhia kysymyksiä, esimerkiksi potilaspaikkojen lukumäärä ,ja etenkin raportointiin käytettyä aikaa olisin voinut kysyä selkeämmin.

Aluksi ajattelin suorittaa lähtötilanteen ajanmittauksen itse osastolla B, ja valtuuttaa muutamia työntekijöitä ajan mittaamiseen osastolla A. Luovuin kuitenkin ajatuksesta eettisistä syistä. En voinut lähteä mittaamaan raportointiin käytettyä aikaa salaa, ja jos olisin siitä kertonut, se olisi voinut vaikuttaa mittaustuloksiin.

Valmiiden aineistojen käyttö oli sekä ajallisesti että myös työntekijöiden vaivannäön säästämiseksi järkevää. Myös tutkimusetiikka estää tekemästä turhaa tutkimusta tutkimuksen vuoksi. Valmiit aineistot täydensivät hyvin tutkimusprosessia. Osastokokous- ja hiljainen työryhmä -muistiot eivät tuottaneet työntekijöille lisävaivaa, ja osallistumisen asteen kokoontumisissa sai itse päättää. Muistiot olivat varsin yksioikoista luettavaa, mutta tilannetta elävöitti huomattavasti se, että osallistuin itse kokouksiin ja minulla oli lisäksi oman tutkimuspäiväkirjani merkinnät käytettävissä. Kokemuspäiväkirjat toivat hyvin esille käytännön työntekijöiden kokemuksia.

Toimintatutkimuksellista tutkimusprosessia ei voi tarkoin ennalta suunnitella, vaan kehittämisprosessin aikaiset havainnot ohjaavat tutkimusprosessia (esimerkiksi Heikkinen & Rovio 2007, 96 - 97). Toimintatutkimuksen sykli muodostuu konkreettisen toiminnan (havainnointi ja toteutus) ja sitä käsittelevän diskurssin (suunnittelu ja reflektio) välisestä vuorovaikutuksesta (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 78 - 82). Tämä spiraalimaisuus näyttäytyi hyvin myös tässä opinnäytetyössä. Aineiston kerääminen ja analysointi tapahtuivat laadulliselle tutkimukselle ominaisesti limittäin ja koko matkan ajan, mikä vaikeutti tutkimusprosessin kirjallisen tuotoksen etenemistä. Jouduin monesti palaamaan ajassa taaksepäin, ja käymään aineistoja moneen kertaan läpi. Vieläkin on tunne, että jotain on jäänyt huomaamatta ja, että teemoittelua olisi voinut toteuttaa eri tavalla. Toisaalta voin lohduttautua tiedolla, että toiminnan kehittäminen jatkuu yhä organisaatiossa, ja toimintatutkimuksen totuus ei koskaan ole valmis.

Toimintatutkimuksen onnistumisen kannalta kysymys tutkijan roolista on merkittävä. Tutkijan on oltava sekä osallinen että ulkopuolinen kyetäkseen perusteltuun tiedon tuottamiseen. (Kuula 1999, 90; Kuusela 2005, 25, 59.) Tässä opinnäytetyössä olin itse omaa työtäni kehittävä muutosprosessiin osallistuja, mutta toimintatutkijana myös ulkopuolinen konsultti. Tässä roolissa tehtävänäni oli tuottaa tietoperustaa, käynnistää, koordinoida ja vauhdittaa kehitystä esimerkiksi tekemällä kysymyksiä, tarkennuksia ja yhteenvetoja. Käytännön toiminnan havainnoinnin ja osallistumisen kautta pystyin yhdessä työyhteisön jäsenten kanssa reflektoimaan todellisuutta niin hoitotyössä kuin yhteisissä kokouksissakin. Kysymyksiä, joita jouduin pohtimaan koko tutkimusprosessin ajan, olivat

muun muassa: Missä määrin minun pitää vaikuttaa prosessin kulkuun? Miten sovitan yhteen tutkijan ja osallistujan roolit niin, että ne palvelevat uuden tiedon tuottamista? Miten saan mahdollisimman luonnonmukaisen kuvan tutkittavasta ilmiöstä, mutta en tuota häiriötä? Perusteellinen osallistujien informointi ja luottamuksen saavuttaminen olivat avainasioita. Mäkinen (2006, 116 - 117) käyttää tästä tasapainoilusta käsitettä tutkimusympäristön sosiaalisen ekologian säilyttäminen, ja toteaa sen olevan usein varsin vaikeaa.

Vaihdoin osastolta B työkiertoon osasto A:lle kesken opinnäytetyöprosessin tammikuussa 2011, mikä varmasti ainakin aluksi hankaloitti rooliani niin toimintatutkijana kuin osallistujanakin. Uuteen työyhteisöön perehtyminen vei aluksi henkisiä voimavaroja opinnäytetyöltä, ja oma roolini uuden toimintatavan rohkaisijana oli varmasti melko ponneton. Myös sosiaalistuminen uuteen työyhteisöön uutena työntekijänä rajoitti toimintatutkijan intoani. Asia onneksi korjaantui melko pian, ja uskon tukeneeni omalta osaltani työvuorojen välisen raportoinnin kehittämistä.

Toisaalta työkierto mahdollisti minulle havaintojen ja välittömien kokemusten käytön osana aineiston keruuta molemmilta osastoilta. Pystyin muutostyössä huomioimaan eri osastojen toimintakulttuurit paremmin, kun olin itse ollut osallisena molemmissa. Minulla on pitkä kokemus hoitotyöstä (15 vuotta) ja siihen kuuluvasta työvuorojen välisestä raportoinnista erilaisissa terveydenhuollon yksiköissä. Neurologisen potilaan hoitotyössä olen toiminut kolme vuotta, mikä on luonut minulle riittävän tiedollisen ja taidollisen pohjan kehittää neurologisen potilaan hoitotyötä. Substanssi on minulle tuttu. Hiljainen raportointi on minulle uusi tapa raportoimiseen, mutta prosessin edetessä ymmärrykseni toimintamallia kohtaan on koko ajan kehittynyt (hermeneuttinen kehä), ja tällä hetkellä koen sen mielekkäänä toimintatapana työvuorojen väliselle raportoinnille.

Pidin koko toimintatutkimuksen ajan tutkimuspäiväkirjaa, jonka oli tarkoitus alun perin toimia myös yhtenä aineistona. Varsin pian kuitenkin huomasin, ettei sen sisältämä informaatio tuo lisäarvoa tutkimukselle. Päiväkirja oli minulle suunnannäyttävä ja havaintojen kirjauspaikka. Kirjasin siihen esimerkiksi kaikki ohjeukset ja niiden tuomat tehtävät, mitä teen seuraavaksi, miten rajaan aihetta,

lyhyet maininnat osastokokouksista ja hiljainen raportti -työryhmän kokouksista. Reflektion osuus painottui lähinnä pohdintaan tutkijan roolista. Tutkimuspäiväkirjasta hahmottuu hyvin tutkimuksen eteneminen ja kokonaisuus. Reflektointiin olisin voinut käyttää sitä säännöllisemmin ja tehokkaammin. Varmasti tärkeäkin tietoa on jäänyt kirjaamatta sen vuoksi, etten ole ”päiväkirjaihmissä”. Ohjaus oppilaitoksen puolelta sekä kevään 2011 aikana kokoontunut vertaisryhmä olivat arvokas ja korvaamaton tuki työn etenemiselle.

Aineiston analyysiä tapahtui monessa vaiheessa tutkimusprosessin ajan. Päämenetelminä toimivat kvantifiointi, luokittelu ja temaattinen sisällön analyysi. Osan lähtötilanteen selvittelyn tuloksista sain valmiina ja tein lisäanalyyskejä tilastollisin menetelmin, esimerkiksi kuvailemalla aineistoa vaihteluvälin ja keskiarvon avulla. Tilastolliset menetelmät olivat ennestään tuttuja, ja niitä oli helppo soveltaa. Toimintatutkimuksen luonteen vuoksi luokittelu oli melko suuripiirteistä, etten vain hukkaisi moniäänisyyden vaatimusta. Alkukartoituksessa olisin voinut käyttää esimerkiksi raportin sisällön analyysissä rakenteisen kirjaamisen kehystä, mutta arvelin sen ohjaavan liikaa vastauksia. Temaattista sisällön analyysiä harjoittelin aivan ensimmäistä kertaa elämässäni, ja koin sen vaativana menetelmänä. En uskaltanut tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä analyysiin perustuen, etten menisi vain tulkinnoissani liian pitkälle. Analyysi jäi melko pinnalliselle tasolle, mutta temaattisen sisällön analyysin ideasta sain otteen.

### **7.3 Luotettavuus**

Tutkimuksen luotettavuus tarkoittaa sitä, että informaatio on perusteltu kriittisesti. Informaation luotettavuus perustuu ennen kaikkea tutkimusmenetelmien hallintaan, mutta myös rehellisyyteen. (Pietarinen 2002, 59 - 65; Tuomi 2007, 28.) Toimintatutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida validointiperiaatteiden avulla. Validointiperiaatteet ovat historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus. Validoinnilla viitataan prosessiin, jossa ymmärrys maailmasta kehkeytyy vähitellen. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 149 - 162; Tuomi 2007, 155.)

Historiallista jatkuvuuden periaatetta noudattaen kuvaan tutkimuskohteeni tarkkaan sijoittaen sen aikaan ja paikkaan. Otan opinnäytetyössäni huomioon raportoinnin kehittymisen historiasta tähän päivään. Tietoa tuottaessani ymmärrän, että tieto on luotettavaa tässä kontekstissä, mutta olen kriittinen sen siirtämisessä muihin yhteyksiin. Koska toimintatutkimus on kontekstisidonnaista, olen myös panostanut työyhteisöjen ja neurologisen potilaan hoitotyön kuvaamiseen. Siirtyminen monia vuosikymmeniä kestäneestä suullisesta raportointimallista hiljaiseen on työyhteisölle iso muutos, ja sille täytyy antaa aikaa. Toiminta jatkuu myös minun tutkimukseni jälkeen, joten tarina jää opinnäytetyössäni keskeneräiseksi. Toisaalta toimintatutkimuksen totuushan ei ole koskaan valmis.

Reflektiivisyysperiaatteen mukaan mietin ontologisia ja epistemologisia esioletuksiani tutkimuskohdettani kohtaan. Olen toimija tutkijan roolissa. Lähestyn aihetta sairaanhoitajana ollen yhteisön sisällä, mutta välillä minun tulee etäännyttää itseni ulkopuoliseksi voidakseni havainnoida asioita. Minulla on esioletuksia hiljaiseen raportointiin liittyen (esimerkiksi omat kokemukset ja tietoperusta), mutta ne eivät saa ohjata minua tiedon tuottamisessa (ns. subjektiivinen adekvaattisuus). Toisaalta omat kokemukseni, havaintoni ja tietoni ovat osa tutkimusaineistoa. Tutkijana minun tulee kuvata aineistoni, menetelmäni ja tutkimuksen eteneminen niin, että lukija pystyy arvioimaan tiedon muodostumisen ja tätä kautta näytön pätevyyden (läpinäkyvyys). Tähän olen pyrkinyt, mutta vasta opinnäytetyön lukija voi arvioida tämän periaatteen toteutumista. Olenko onnistunut kuvaamaan oman tiedon tuottamisen prosessini niin, että siitä välittyy meidän yhteinen todellisuutemme tällä hetkellä?

Dialektisuusperiaatetta noudattaessani rakennan todellisuutta yhdessä toisten kanssa. Käytän raportissani käytännön esimerkkejä ja aitoja lainauksia saadakseni moniäänisyyden kuuluville. Toimintatutkimuksen rooli käytäntöjen muuttamisen välineenä on yhteydessä paljolti siihen, miten toimintatutkijana onnistun muodostamaan tutkittavien kanssa yhteisen sopimuksen. Kuusela (2005, 53 - 54) käyttää tästä yhteistyöstä käsitettä monisubjekti, jolla tarkoitetaan sitä, että erilliset yksilöt toimivat yhdessä yhteisesti sovittujen sääntöjen perusteella.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että olen ollut mukana koko prosessin ajan eri työryhmissä (hiljainen raportti -työryhmä, osastokokoukset, kirjaamistyöryhmä) konkreettisesti läsnä, ja olen koko ajan ollut tietoinen, missä mennään. Koska olen osa tutkimuskohdettani, olen heti pystynyt selkiyttämään ja tarkentamaan epäselviä lausumia välttääkseni väärin tulkintojen teon. Tunnen työyhteisöjen toimintakulttuurin, ja olen pystynyt sen huomioimaan osana prosessia. Tämä sekä aineiston tuntemus on mahdollistanut myös intuition käytön osana tietoperustaa. Kanssaeläjänä koen myös saavuttaneeni osallistujien luottamuksen, ja näin myös dialogi on ollut mahdollinen. Luottamuksen saavuttaminen on keskeinen toimintatutkimukseen luotettavuuteen vaikuttava tekijä. Se edellyttää osallistumista, sitoutumista, vastavuoroisuutta ja vilpittömyyttä (Huovinen & Rovio 2007, 94 - 104).

Kehittämistoiminnassa toimijoiden ja kehittäjien sitoutuminen vaikuttaa aineistojen, metodin ja tuotosten luotettavuuteen. Virhemahdollisuus kasvaa, jos toimijat eivät osallistu kaikkiin kehittämisen vaiheisiin. (Metsämuuronen 2008, 60; Toikko & Rantanen 2009, 122 - 124.) Tässä tutkimuksessa osallistujat ovat itse saaneet päättää osallistumisensa intensiteetin, mutta osallistuminen ja tätä kautta jonkinasteinen sitoutuminen kehittämistyöhön on ollut pakollista. Kaikki eivät ole yhtä innokkaasti osallistuneet tähän dialogiin, mutta se on minun tutkijana ollut pakko hyväksyä. Jokainen meistä suhtautuu muutokseen omalla tavallaan. Kehittämistyötä on tehty työyhteisöjä kuunnellen niiden omaan tahtiin. Muutos on toteutettu vaiheittain, ja jokainen osasto on saanut tehdä muutosta omalla tavallaan. Johdon ja esimiesten tuki ja yhteistyö on ollut tutkimuksen onnistumiselle ehdoton edellytys.

Koko tutkimusprosessin ajan olen pyrkinyt siihen, että toteutettu opinnäytetyö myös palvelee aidosti käytäntöä (toimivuuden periaate). Kehittäminen pyrki parantamaan raportointikäytänteitä hoitotyön laadun ja potilasturvallisuuden takaamiseksi. Hoitotyön perustehtävä on ollut minulle itselleni punaisena lankana koko ajan. Hiljainen raportointimalli on muodossa tai toisessa käytössä kaikilla pilottiosastoilla, ja kehittämistyö jatkuu edelleen. Aika näyttää, miten hiljainen raportointimalli käytännössä laajenee organisaatiossa. Toimivuuden periaatetta olen noudattanut myös käyttäessäni valmiita tutkimuksia, jotta en kuormita

omalla tutkimuksellani työtovereita turhaan. Toimivuusperiaate pitää sisällään myös eettisyyden vaatimuksen osana luotettavaa tutkimusta, mitä pohdin jäljempänä tässä tuotoksessa.

Havahduttavuusperiaate tarkoittaa sitä, että hyvä tutkimus saa ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. Tähän pyrin hakemalla aktiivisesti tietoa tutkittavasta asiasta ja keskusteluilla, joissa ymmärrys puolin ja toisin kehittyisi. Kirjallisen raportin olen pyrkinyt laatimaan niin, että se kuvaa aidosti juuri meidän todellisuuttamme, ja että se muodostaa mielenkiintoisen ja ehjän kokonaisuuden. Elävyyttä ja todentuntuisuutta olen pyrkinyt lisäämään suorilla lainauksilla ja kuvaamalla toimintaympäristön mahdollisimman tarkkaan. Eri asiat havahduttavat eri ihmisiä, mutta minua itseäni on havahduttanut se työtuntien määrä, joka hoitotyön raportointiin päivittäin käytetään kyseenalaistamatta lainkaan sen menetelmiä. Raportointiprosessi on laajentunut ymmärryksessäni kolmivaiheiseksi, kun se ennen käsitti vain yhteispalaverin. Myös toimintatutkimuksen totuuskäsitys on ollut minulle avartava kokemus, ja helpottaa myös luopumista opinnäytetyöprosessista. Kehittäminen jatkuu, vaikka opinnäytetyölle laitankin pisteen. Strople ja Ottani (2006, 199) tuovat esille, että 30 minuutin lisäaika potilaille vähentää virtsatieinfektioita 4,5 %, keuhkokuumeita 4.2 %, erilaisia verisuonitukoksia 1,8 % ja keuhkovaurioita 1,8 %. Tämä tieto olisi ollut erittäin havahduttavaa kirjoittaa aikaisempiin tutkimustuloksiin, mutta en löytänyt alkuperäislähdettä, josta olisin voinut selvittää tiedon muodostamisen alkuperän. Niinpä tyydyn vain mainitsemaan asian pienenä curiositeettina.

Toimintatutkimuksen luotettavuutta lisää myös aineiston kylläntyminen ja triangulaation käyttö (Metsämuuronen 2008, 60; Toikko & Rantanen 2009, 122 - 124). Tässä opinnäytetyössä toteutettiin aineistotriangulaatiota, joka omalta osaltaan lisää tutkimuksen luotettavuutta. Aineistot tukivat hyvin toinen toisiaan. Kylläntymistäkin alkoi jo prosessin lopussa tapahtua. Osastokokouksissa ilmevät kehittämisteemat alkoivat toistaa itseään, ja kokemuspäiväkirjamerkinnot loppuivat jo helmikuun lopussa.

## 7.4 Eettisyys

Eettiset kysymykset ovat Tuomen (2007, 143) mukaan koko tutkimustoiminnan lähtökohta. Hyvää tutkimusta luonnehtii eettinen sitoutuneisuus, ja tutkija joutuu tapauskohtaisesti etsimään ratkaisut eri tilanteissa (Kuula 2006, 12; Tuomi & Sarajärvi 2009, 126, 129). Eettisyyttä voidaan lähestyä tiedonhankintaan ja julkistamiseen liittyvien tutkimusperiaatteiden kautta ja tutkittaviin liittyvän etiikan kautta. Eettisesti hyvässä tutkimuksessa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Eettisesti hyvä tutkimus kunnioittaa osallistujia, ottaa erityisesti huomioon haavoittuvat yksilöt sekä perustuu suostumuksen vapaaehtoisuuteen (tietoinen suostumus) ja säilyttää luottamuksellisuuden sekä anonymiteetin. (Hirsjärvi ym. 2008, 23 - 27; Johnson & Long 2006, 31 - 42; Tuomi & Sajajärvi 2009, 131 - 132.)

Tutkimusote on osallistava, ja aihe on noussut henkilöstöltä itseltään hoitotyön toimintasuunnitelman kautta. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja tarpeellinen. Toimeksiantosopimus on liitteenä 12. Itsemääräämisoikeus on tässä kehittämistehtävässä rajoittunut, sillä osallistuminen oli ”pakollista” ja tutkittavien oli tavalla tai toisella osallistuttava kehittämistyöhön. Osallistumisen asteen sai päättää itse. Sähköiseen kyselyyn vastaaminen, kokemuspäiväkirjamerkinnot ja osastokokouksissa mielipiteiden ilmaisu oli vapaaehtoista. Toimintatukijana pyrin innostamaan ja kannustamaan osallistumista, mutta varoin tarkkaan painostusta. Välillä tunsin olevani liiankin neutraali tutkimuksen suhteen. Jokaisella on oikeus suhtautua muutokseen omalla tavallaan, kunhan perustehtävä ei kärsi. Henkilöstö ei itse kokenut esittäneensä raportoinnin malliksi juuri hiljaista raportointia, vaan se koettiin jossain määrin ”ylhäältä annettulta”. Oman työn kehittäminen on kuitenkin osa hoitotyön ammatillista ja lainsäädännöllistä yhteiskunnallista perustehtävän toteutusta. Onko meillä oikeus kieltäytyä siitä?

Informoin kehittämistyöstä muun muassa kyselyn saatekirjeessä ja osastokokouksissa, joten osallistuminen oli tietoista. Hoitotyön toimintasuunnitelma oli jo aikaisemmin jalkautettu henkilöstölle. Jokaisessa vaiheessa osallistujilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ja kommentteja. Tutkimusluvan (liite 13) anoin oman alueeni ylihoitajalta, koska tutkimus kohdistui hoitohenkilökuntaan. Käsit-



telin saamiani tietoja luottamuksellisesti, ja ne tulivat vain tutkimuskäyttöön. Opinnäytetyön valmistuttua hävitän aineiston asianmukaisella tavalla polttamalla sen omassa takassani. Anonymiteettiä suojasin esimerkiksi siten, että kirjoitin kokemuspäiväkirjoista kommentit tietokoneella, ettei kommentoijaa tunnisteta käsialasta ja käsittelemällä tiimien tulokset yhtenä kokonaisuutena erittelemättä niitä. Organisaatiota ei ollut tarvetta ”suojella”, koska opinnäytetyö oli osa työn kehittämistä julkisessa organisaatiossa, ja tulokset ovat organisaation käytettävissä. Tutkimukseen osallistujat saavat tarkistaa kirjallisesta tuotoksesta, olenko tulkinut asioita oikein.

Eettisyyttä toteutin myös siten, että en tehnyt tutkimusta tutkimuksen vuoksi, vaan hyödynsin samaan aikaan menossa olevia PKSSK:n muita kehittämishankkeita, esimerkiksi ajankäytön seurantaa ja kirjaamisen auditointia. Toisaalta nämä valmiit mittarit lisäsivät myös opinnäytetyön luotettavuutta.

Raportoinnissa pyrin siihen, että kirjallinen tuotos ilmaisee yksiselitteisesti sen, mitä todella on tapahtunut. Tutkimuksen tarkoituksenahan on päästä niin lähelle totuutta kuin on mahdollista (Metsämuuronen 2008, 7). Julkaisemalla opinnäytetyöni edesautan tutkimustulosten hyödyntämistä ja mahdollistan kontrollin, kritiikin ja kehitystyön.

## **7.5 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet**

Kehittämistuloksena syntyneitä malleja hyödynnetään jo pilottiosastoilla, ja malli (myös opinnäytetyö) on vapaasti hyödynnettävissä muiden yksiköiden käyttöön. Mallia ei voi suoraan siirtää, vaan jokainen hoitotyön yksikkö muokkaa siitä omannäköisensä version riippuen toimintansa luonteesta ja hoitokulttuurista. Mallia voi hyödyntää myös uusien työntekijöiden perehdytyksessä hiljaiseen raportointiin. Myös itse kehittämiskonsepti, joka toteutettiin osallistavan, interventioon perustuvan ja käytännönläheisen toimintatutkimuksen muodossa, on vapaasti hyödynnettävissä.

Hiljaisen raportoinnin ideaa voi toteuttaa myös osasto- ja laitossiirroissa. Alueellinen tietojärjestelmä Mediatri tukee omalta osaltaan hiljaisen raporttikäytännön kehittämistä edelleen. Kun kirjaaminen on kunnossa, riittää lyhyt kuvaus potilaan voinnista puhelimitse tai viittaus siihen, että hoitotyönpalautte hoitajaksosta on tehty ja löydettävissä sähköisenä sanomana tai Hoitotyön kansioista kohdata Hoitotyön yhteenvedot.

Mielenkiintoista olisi myös tutkia hiljaisen raportointimallin kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta suhteessa suulliseen raportointiin esimerkiksi vertailemalla eri raportointimalleja käyttäviä osastoja toisiinsa. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotan seurantalutkimusta raportointikäytännön pysyvyydestä ja leviämisestä uusiin toimintaympäristöihin. Onko tämä ollut vain ohimenevä ”kokeilu” vai onko hiljainen raportointi tullut jäädäkseen? Myös jalkauttamissuunnitelma toiminnan laajentamiseksi voisi olla tarpeen. Tässä opinnäytetyössä lähestyin hiljaista raportointia toimintamallin kehittämisen näkökulmasta, mutta yhtä hyvin tarkastelunäkökulmaksi sopisi muutosjohtajuuden viitekehys.

Vaikka mallin jalkauttaminen ei kuulukaan varsinaisesti opinnäytetyön tehtäviin, jalkauttaminen on jo aloitettu. Olen esittänyt opinnäytetyöni opinnäytetyöseminaarissa, ja hiljainen raportti - raporttimenetelmää on esitelty isossa osastonhoitajien kokouksessa helmikuussa. Yksi hiljainen raportti –työryhmän jäsenistä on esitelty asiaa hoitotyön kehittämisverkoston kokouksessa ja käynyt puhumassa hiljaisesta raportointikäytännöstä myös pilotoinnin ulkopuolisilla osastoilla sekä Joensuun kaupungin terveyskeskuksen osastonhoitajille. Eräs työryhmän sairaanhoitaja on käynyt esittelemässä ideaa Kotilahden sairaalassa. Jalkauttamista on tapahtunut myös luonnollisissa ympäristöissä. Osastoilla toimivat sijaiset, varahenkilöt (”sissit”) ja opiskelijat on perehdytetty hiljaiseen raportointikäytännön osana hoitotyötä.

## 8 LOPUKSI

Työvuorojen välisessä raportoinnissa on pohjimmiltaan kysymys viestinnästä. Hyvän hoidon toteuttaminen tarvitsee paitsi ajantasaista ja todellisuutta vastaavaa tietoa, niin myös hyvät viestin lähettäjät, asianmukaiset viestintäkanavat ja aktiiviset viestin vastaanottajat. Jokaisella hoitotyön ammattilaisella on vastuu tässä vuorovaikutuksessa, ja jokainen meistä voi siinä kehittyä.

Tehokkaan kommunikaation elementit ovat universaaleja, mikä mahdollistaa eri alueilta tuotetun tiedon siirrettävyyden. Työvuorojen välinen raportointi on tärkein mekanismi siirtää tietoa vuorosta toiseen. Se pitää toteuttaa selvästi, ytimekkäästi ja sillä pitää olla tietty muoto, jotta tehokas kommunikaatio on osa päivittäistä käytäntöä. Tähän vaatimukseen voi vastata monella tavalla. Tärkeintä kuitenkin on, että jokainen työyksikkö saa toteuttaa työvuorojen välistä raportointia ”omannäköisellään” tavalla. Hoitotyöntekijät ovat ne asiantuntijat, jotka kulloisessakin tilanteessa valitsevat raportoinnin mallinsa yhteisiin sopimuksiin perustuen. Perustehtävä, eli potilaan hyvä ja turvallinen hoito, täytyy pitää aina mielessä myös hoitotyön kehittämisessä.

En pystynyt opinnäytetyössäni tuottamaan suurta hoitotyön vallankumousta esittämällä näyttöön perustuvaa työvuorojen välisen raportoinnin parasta käytäntöä. Toivon kuitenkin, että yhdessä tekeminen ja oppiminen on ollut myös muille työyhteisön jäsenille myönteinen kokemus kehittämistoiminnasta. Myös lapsilleni uskon välittäneeni tulevaisuudessa yhä enenevässä määrin tärkeää elinikäisen oppimisen ideaa ja sitä, ettei oppimista tapahdu ilman jonkinlaista ahdistusta. Opinnäytetyöni on ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti. Tämä prosessi loppuu nyt, mutta työvuorojen välinen raportoinnin kehittäminen jatkuu edelleen organisaatiossa.

## LÄHTEET

- Alvarado, K., Lee, R., Christoffersen, Fram, N., Boblin, S., Poole, N., Lucas, J. & Forsyth. 2006. Transfer of Accountability: Transforming shift handover to enhance patient safety. *Healthcare Quarterly* Volume 9, 75 - 79.
- Barber, M. L., Conley, R. & Postell M. 1998. A Silent Report. *Nursing Management* 29 (6), 66 - 67.
- Benson, E., Rippin-Sisler, C., Jabusch, K. & Keast, S. 2007. Improving nursing shift to shift report. *Journal of nursing care quality* 22 (1), 80 - 84.
- Bourne, C. 2000. Intershift report: A Standard for handovers. *Journal of Research in nursing* 5 (6), 451 - 459.
- Clarke, C. & Reed, J. 2006. Case study research. Teoksessa Gerrish, K. & Lacey, A. (toim.) *The Research Process in nursing*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 302 - 315.
- Clemow, R. 2006. Care plans as the main focus of nursing handover. Information exchange model. *Journal of Clinical Nursing* 15 (11), 1463 - 1465.
- Currie, J. 2002. Improving the efficiency of patient handover. *Emergency nurse* 10 (3), 24 - 27.
- Davies, S. & Priestly, M.J. 2006. A reflective evaluation of patient handover practices. *Nursing Standard* 20 (21), 49 - 52.
- Dowding, D. 2001. Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses care planning ability. *Journal of Advanced Nursing* 33 (6), 836 - 846.
- Ekman, I. & Segesten, K. 1995. Deputed power of medical control: the hidden message in ritual of oral shift reports. *Journal of Advanced Nursing* 22 (5), 1006 - 1011.
- Ensio, A. 2007a. Tavoitteena toiminnan ja palvelujen kehittäminen. Teoksessa Saranto, K, Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A.-L. (toim.) *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY, 150 - 155.
- Ensio, A. 2007b. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa Saranto, K, Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A.-L. (toim.) *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY, 56 - 64.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Evans, A. M., Pereira, D. A. & Parker, J. M. 2008. Discourses of anxiety in nursing practice: a psychoanalytic case study of the change-of-shift handover ritual. *Nursing inquiry* 15 (1), 40 - 48.
- Fenton, W. 2006. Developing a guide to improve the quality of nurses' handover. *Nursing older people* 18 (11), 32 - 36.
- Forsblom, M.-B., Kärki, E., Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. *Aivovauriopotilaan kuntoutus*. Helsinki: Tammi.
- Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa Hallila, L. 2005 (toim.): *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Tammi, 13 - 15.

- Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön kirjaamista koskevat lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa Hallila, L. 2005(toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 16 - 22.
- Hansten, R. 2003. Streamline change of shift report. Evaluate and stream line change of report to enhance critical thinking. *Nurse Management* 34 (8), 58 - 59.
- Heikkinen, L. T.H. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16 - 38.
- Heikkinen, L., T. ja Huttunen, R. 2007. Toimintatutkimus tieteenä. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 184 - 202.
- Heikkinen, L. T., Huttunen, R., Kakkori, L. & Tynjälä, P. 2007. Totuuden ongelma. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 163 - 183.
- Heikkinen, L. T. H. & Rovio, E. 2007. Toimintatutkimuksen raportointi. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 114 - 130.
- Heikkinen, L. T., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2007. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 78 - 93.
- Heikkinen, L.T.H. & Syrjälä, L. 2007. Toimintatutkimuksen validointiperiaatteet. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 147 - 161.
- Hiltunen, A. 2010. Miksi neurologisia potilaita kuntoutetaan. Luento Tikkasali 9.2.2010. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2009. Hoitotyön toimintasuunnitelma 2010-2013. PKSSK.
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2007. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 94 - 113.
- Hurri, S. 2006. Tieto kulkee hiljaakin. <https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenet-ti/sairaanhoitaja-lehti/82006/muutartikkelit/tietokulkeehiljaakin/>. 8.4.2010.
- Häyrinen, K., Porrasmaa, J., Komulainen, J. & Hartikainen, K. 2004. Sähköisen potilaskertomuksen yhdenmukaiset rakenteiset ydintiedot. Loppuraportti 3.2.2004. Osaavien keskusten verkoston julkaisu 5/2004. Helsinki.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

- Johnson, M. & Long, T. 2006. Research Ethics. Teoksessa Gerrish, K. & Lacey A. (toim.) The Research Process in nursing. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 31 - 32.
- Kaila, A. 2009. Ajankäytön seuranta kevät 2009. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän raportti.
- Kaila, A. 2010. Ohjeistus Hoitotyön toimintasuunnitelma 2010-2013 tavoitteellisen kirjaamisen mittarin käyttöön. Hoitotyön kehittäminen. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.
- Kaila, A. 2011. Ylihoitaja. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. . Puhelinhaastattelu 18.4.2011.
- Kaila, A. & Kuivalainen, L. 2008. Kirjaamisen arviointilomake. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Versio 14.10.2010.
- Kauhanen, J. 2009. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kennedy, J. 1999. An evaluation of non-verbal handover. Professional Nurse 14 (6), 391 - 394.
- Kerr, M. P. 2002. A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. Journal of Advanced Nursing 37 (12), 125 - 134.
- Korpelainen, J., Leino, E., Sivenius, J. & Kallanranta, T. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.). Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 251 - 260.
- Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Raporttisarja 2005:2. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.
- Kähkönen, T. 2010. Hiljaisen raporttikäytännön kehittäminen Kainuun keskussairaalan tehostetun hoidon osastolla.. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö
- L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>. 15.1.2011.
- L559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. 2.6.2011.
- L523/1999. Henkilötietolaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990523>. 16.1.2011.
- L 621/1999. Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990621>. 18.1.2011.
- L434/2003. Hallintolaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030434>. 18.1.2011.
- L159/2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>. 15.1.2011.
- Lally, S. 1999. An investigation into the functions of nurses` communication at the inter-shift handover. Journal of nursing management 7 (1), 29 - 36.
- Lamond, D. 2000. The information content of the nurse change of shift report: comparative study. Journal of Advanced Nursing 31 (4), 794 - 804.

- Lehtonen, P. 2007. Tapaus- ja toimintatutkimuksen yhdistäminen. Teoksessa Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. (toim.). Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 245 - 253.
- Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa. Kansallisesti yhtenäiset hoitotyön tiedot -hanke 2007 - 2008.
- Liukkonen, A. 1993. The content of nurse's oral shift reports in homes for elderly people. *Journal of Advanced Nursing* 18 (7), 1095 - 1100.
- Meissner, A., Hans-Martin Hasselhorn, H.-M., Estryn-Behar, M., Ne'zet, O., Pokorski, J. & Dinah Gould, D. 2007. Nurses perception of shift handovers in Europe - results from nurses early exit study. *Journal of advanced nursing* 57 (5), 535 - 542.
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Helsinki: International Methelp Ky.
- Meyer, J. 2006. Action research. Teoksessa Gerrish, K. & Lacey A. (toim.) *The Research Process in nursing*. Oxford: Blackwell Publishing, 274 - 288.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimuseetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Mäkitalo, I. 2010. Neurologinen akuuttiosasto 1 A:n hoitotyön toimintasuunnitelma v. 2010-2011. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.
- Mäkitalo, I. 2011. Osastonhoitaja. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Henkilökohtainen tiedonanto 6.1.2011.
- Newell, R. & Burnard, P. 2011. *Research for Evidence-Based Practice in Healthcare*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- O'Connell, B., Macdonald, K. & Kelly, C. 2008. Nursing handover: It's time for a change. *Contemporary Nurse* 30 (1), 2 - 11.
- Payne, S., Hardey, M. & Coleman, P. 2000. Interactions between nurses during handovers in elderly care. *Journal of Advanced Nursing* 32 (2), 277 - 285.
- Pelttari, O. 2010. Raportoinnin kehittäminen psykiatrisella osastolla. Vaasan ammattikorkeakoulu. Terveystieteen kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.) *Tutkijan eettiset valinnat*. Helsinki: Gaudeamus Kirja, 58 - 69.
- Puumalainen, A., Långstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen. *Tutkiva hoitotyö* 1(1), 4-6.
- Rautiainen, J., Wikström, J. ja Sivenius. 2008. Etenevät neurologiset sairaudet. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) *Kuntoutus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 235 - 250.
- Riesenberg, L.A., Leisch, J. & Gunningham, J. M. 2010. Nursing Handoffs: A systematic Review of the Literature. *The American Journal of Nursing* 110 (4), 24 - 34.
- Runne, T. 2000. Perioperatiivisen raportointipuheen diskurssit ja niiden funktiot. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.
- Ruuskanen, S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen – kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

- Sajama, S. 2010. Kirjattu tieto ei jää leijumaan. *Tehy- vuosikerta* 15, 34-35.
- Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. (toim.) 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Saranto, K. 2007. Tiedon merkitys hoitoprosessissa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 18 - 32.
- Saranto, K. & Ensio, A. 2006. Systemaattisen kirjaamisen kehittäminen osana toiminnan ohjausta ja hoitotyön johtamista. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja 2006*. Inhimilisten voimavarojen johtaminen. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 201 – 218.
- Saranto, K. & Ikonen, H. 2007. Hoitotiedon välittäminen toimintayksikössä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 157 - 166.
- Saranto, K. & Sonninen, A.L. 2007. Miksi systemaattista kirjaamista tarvitaan? Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 11 - 16
- Schroeder, S. J. 2006. Picking up the pace: A new template for shift report. *Medical – Surgical Nursing* 36 (10), 22 - 23.
- Sexton, A., Chan, C., Elliott, M., Stuart, J., Jayasuriya, R. & Crookes, P. 2004. Nursing handover: do we really need them? *Journal of Nursing Management* 12 (1), 37 - 42.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. *Opas terveydenhuollon henkilöstölle*. Oppaita 2001:3. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:38, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Työryhmämuistioita 2003: 38. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Opas sähköisen potilaskertomuksen rakenteesta. STM kansallinen terveyshanke. Versio 1.20.28.2.2006.
- Speas, J. 2006. Bolster staff relations with shift report. *Nursing Management* 37 (10), 82-84.
- Strople, B. & Ottani, P. 2006. Can technology improve intershift report? What the research reveals. *Journal of professional nursing report* 22 (3), 197 - 204.
- Tantt, K. & Ikonen, H. 2007. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 112 - 132.
- Tantt, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) *Hoitotyön kirjaaminen*. *Hoitotyön vuosikirja 2007*. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 113 - 122.
- Timonen, L. & Sihvonen, M. 2000. Patient Participation in Bedside Reporting on Surgical Wards. *Journal of Clinical Nursing* 9 (4), 542 -548.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino.



- Topping, A. 2006. The Quantitative – Qualitative Continuum. Teoksessa Gerrish, K. & Lacey A. (toim.) *The Research Process in nursing*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 157 - 172.
- Tucker, A., Brandling, J. & Fox, P. 2009. Improved record-keeping with reading handovers. *Nursing Management* 16 (8), 30 - 34.
- Tuomi, J. 2007. *Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen*. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuomikko, E. 2010. *Neurologinen kuntoutus- ja tutkimusosasto 1 B:n hoitotyön toimintasuunnitelma v. 2010-2011*. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.
- Turtiainen, T. 2005. *Hoitotyön kirjaamiseen perustuva raportointikäytäntö osastolla K 10 Helsingin lasten ja nuorten sairaalassa*. Teoksessa Hallila, L. (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Tammi, 126 - 131.

**Kirjaamista koskeva keskeinen lainsäädäntö**

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 785/1992

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä  
9.2.2007/159

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994

Henkilötietolaki 523/1999

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 621/1999

Hallintolaki 434/2003 (kielenkäytön vaatimus)

Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoja koskeva asetus ja Opas terveydenhuoltohenkilöstölle 2001:3

## Sähköinen kyselylomake

### Kysely vuorojen välisestä raportoinnista

Tervehdys!

Toimin sairaanhoitajana osasto 1B:llä. Työni ohessa opiskelen terveydenhuollon kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulussa. Opiskeluuni liittyy opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni käsittelee työvuorojen välisen raportoinnin kehittämistä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä. Aihevalintani perustuu henkilökohtaiseen mielenkiintoon ja Pohjois- Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän hoitohoitotyön toimintasuunnitelmaan vuosille 2010-2013. Raportointi on yksi toimintamallien kehittämisalue. Kehittämistyötä toteutetaan aluksi pilotoineina asiasta kiinnostuksensa ilmaiseilla osastoilla, joista sinun osastosi on yksi. Osastoltasi osallistuu prosessiin vastuuhenkilö, joka mielellään keskustelee aiheesta kanssasi.

Kehittämistyö lähtee käyntiin lähtötilanteen kartoituksella. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, mutta kehittämistyön onnistumisen kannalta olisi jokaisen hoitotyöntekijän panos erittäin tärkeä. Sähköisen lomakkeen voit täyttää työajalla. Vastaa 7.9.2010 mennessä. Kyselylomakkeiden käsittely on täysin luottamuksellisista ja tuloksia hyödynnetään vain tässä opinnäytetyössä. Työkokous osaston vastuuhenkilöiden kanssa lähtötilanteesta on 20.9.2010, minkä jälkeen asiasta pidetään osastoittain palautekeskustelu esim. osastotunnin yhteydessä.

Opinnäytetyöni ohjaajina toimivat PKSSK:stä ylihoitaja Marjatta Haapaniemi ja osastonhoitaja Eija Tuomikko. Oppilaitoksen puolelta ohjaajana on yliopettaja Erja Moore.

Vastaa mielelläni tätä kyselyä ja opinnäytetyötäni koskeviin kysymyksiin!

Vastauksestasi etukäteen kiittäen!

sh, sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen opiskelija

Tiina Sinkkonen  
p. 171 5200 (työ)

#### 1) Millä osastolla työskentelet?

Valitse

#### 2) Kuinka monta potilaspaikkaa osastolla on?

paikkaa

#### 3) Millainen työvuorojen välisen raportoinnin menetelmä osastolla on käytössä?

- Suullinen
- Kirjallinen
- Suullinen + Kirjallinen
- Muu, mikä

#### 4) Missä työvuorojen välinen raportointi tapahtuu?

#### 5) Kuka on vastuussa työvuorojen välisestä raportoinnista?

6) Mikä on mielestäsi työvuorojen välisen raportoinnin tehtävä?

7) Luettele viisi tärkeintä asiaa, jotka raportilla on ehdottomasti mainittava

1.

2.

3.

4.

5.

8) Kuinka kauan koko osastollanne käytetään aikaa raportointiin päivittäin? (jos useita tiimejä, niin yhteenlaskettu aika)

	alle 15 min.	15-29 min.	30-44 min.	45 - 60 min.	yli 1 h.
Yö-aamuvuoronvälinen raportti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aamu-iltavuoronvälinen raportti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ilta-yövuoronvälinen raportti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9) Raportointiin päivittäin käytetty aika yhteensä (minutteja)

10) Mahdolliset kommentit raportin kestoon vaikuttavista tekijöistä.

11) Jokainen alkavan työvuoron työntekijä osallistuu raporttiin.

- kyllä
- ei

12) Osallistuuko raportille muita kuin alkavan työvuoron työntekijät?

- Kyllä, keitä?
- ei

13) Raportin aikana on työntekijöitä huolehtimassa potilaista ja vastaamassa puhelimeen ja kutsukelloihin.

- kyllä
- ei

14) Raportointi tapahtuu häiriöttömässä paikassa.

- kyllä
- ei. Mikä aiheuttaa häiriötä

**15) Raportoinnin pohjana käytetään Mediatriin kirjattua hoitosuunnitelmaa.**

- kyllä
- ei

**16) Raportoinnin lähteinä käytetään muitakin kuin potilasasiakirjoja.**

- kyllä, mitä asiakirjoja
- ei

**17) Miten kehittäisit työvuorojen välistä raportointia osastollasi?**

Haluan lähettää vastaukset

**Hiljainen raportti- työryhmän tapaamiset**

Paikka	Ajankohta	Osallistujamäärä
Talo 13 4. kerros	17.5.2010 klo 13.30–15.00	8
Talo 13 4. kerros	20.9.2010 klo 13.00–14.30	8
Talo 7 6. kerros	1.12.2010 klo 13.30–14.30	8
Talo 7 6. kerros	16.2.2011 klo 13.30–14.40	7
Talo 13 3. kerros	20.4.2011 klo 13.30–15.00	8

**Osastokokousten ajankohdat**

Osasto	Ajankohta	Osallistujamäärä
Osasto B	28.9.2010 klo 14-15	12
Osasto B	7.12.2010 klo 14-15	8
Osasto A ja B	14.12.2010 klo 14-15	17
Osasto B	28.12.2010 klo 14-15	10
Osasto A	4.1.2011 klo 15-16	12
Osasto A	8.2.2011 klo 15-16	11
Osasto B	15.2.2011 klo 14-15	12
Osasto A	15.2.2011 klo 15-16	9
Osasto A	15.3.2011. klo 15-16	10

**Väliarvioinnin tiimikokoukset**

Tiimi	Ajankohta	Osallistujamäärä
Tiimi 2	21.4.2011 klo 14.00–15.30	6
Tiimi 1	28.4.2011 klo 14.00–15.30	6
Tiimi keltainen	2.5.2011 klo 14.00–15.00	6
Tiimi sininen	11.5.2011 klo 14.00–15.00	6



**Esimerkki kvantifioinnista: raportoinnin paikka**

Henkilökunnan kahvihuone:16

Kanslia: 37

Hoitotilanne ja asiakkaan huone: 10

Lääkevälikkö:

Lääkärin huone: 2

Osastonkeittiö: 13

Hiljainen huone:

Silmätutkimushuone: 2

muu tyhjä huone, rauhallinen huone: 7

päiväsali:

**Esimerkki luokittelusta: raportoinnin sisältö**

TULOSYY (DIAGNOOSI): 34 (tulotapa, vointi tullessa)

POTILAAN SAAMA HOITO: 7

VOINTI: 67 (yleiskunto, vitaalielintoiminnot, terveys, fyys. psyyk. ja sos. toimintakyky, myös potilaan oma kuvaus, kokemus hoidosta)

TAPAHTUMAT:11 (esim. pesut, mitä tehtävä vuorossa)

IKÄ:6

NIMI: 9

PERUSSAIRAUDET:21

LÄÄKITYS:42 (muutokset, tarv. lääkitys)

ERITTÄMISASIAT: 13

NUKKUMINEN, UNI: 3

KOMMUNIKOINTIKEINOT:2

RUOKA: 8 (ravinnotta olo, ongelmat, ruokahalu)

IHO-ONGELMAT: 4 (haavat, dreenit)

EPIKRIISI:

HOITOMÄÄRÄYKSET: 8 (sisältää lääkärin kierron)

AKUUTIT, POIKKEAVAT ASIAT, MUUTOKSET: 31 (esim. epikohtaukset, erityistä huomioitavaa, eristys)

RISKITIEDOT: 9 (allergiat, Ei elvytetä päätös, lepoliivilupa)

TAUSTAT: 9 (uudet potilaat, omaiset)

HOITOSUUNNITELMA 22 (hoitotyön diagnoosi. hoitotyön suunnitelma)

TUTKIMUKSET, NIIDEN TILAAMINEN JA NIIDEN TULOKSET; 16

POISTUMISET: 4

JATKOHOITO: 4

OSASTOLLA MUUTTUVAT TÄRKEÄT ASIAT:

YLEISET ASIAT: 7

YHTEISTYÖTAHOT

OMAISTEN OSALLISTUMINEN HOITON. omaisten toiveet esille tuomat asiat

UUDET POTILAAT

ASIAT, JOITA MEDIATRISTA EI TULE AUTOMAATISTI LUETTUA

**Esimerkki aineiston koodaamisesta teemoittelua varten**Hiljainen raportointi**Organisointi****Kirjaaminen****Tieto****Osastokokous 7.12.10 osasto 1B**

Läsnä: kahdeksan osallistujaa

**1. Raporttikäytännöt v.2011**

Strategiassa, hoitotyön toimintasuunnitelma v.2010-2013 on kirjattu hiljaisen raportointimallin kehittäminen. Lisäksi hiljainen raportointi-työryhmä on kokoonnut kolme kertaa.

Meiltä tässä ryhmässä on ollut oh ja Tiina. Tiina tekee ylempi Amk-tutkintoon liittyen opinnäytetyötä raporttimallien kehittämisestä. Alkukartoituksena Tiina teki kyselyn raportoinnista viime syksynä 1A:lla ja omalla osastollaan, meitähän kyselyyn vastasi noin puolet henkilökunnasta.

Tarkoituksena on, että yksiköissä aloitettaisiin pilotoida hiljaisen raporttimallin kehittämistä.

Tässä olisivat mukana seuraavat yksiköt: pilottiosastot

Kirjaamisen auditoinnin jälkeen on hyvä lähteä viemään asiaa eteenpäin. Osasto 2B on jo kokonaan siirtynyt hiljaiseen raportointiin kaikkien raporttien osalta. 2B osastonhoitaja Eira tulee 14.12.kertomaan meille ja 1A:n porukoille kokemuksia hiljaisesta raportoinnista. Samalla A:n oh Inkeri esittelee alkukartoituksen tuloksia.

Tarkoituksena on **3.1**.alkaen aloittaa hiljainen raportti päiväraportista. Jokainen kirjoittaessaan raporttia miettii, pystyisinkö hoitamaan potilasta näillä tiedoilla. Iltavuoroon tulijat saavat lukurauhan; aamuvuorolaiset hoitavat osaston ja ovat iltavuorolaisten käytettävissä, jos tarkennettavia asioita.

Mietittiin yhdessä mitkä lehdet ainakin on hyvä käydä **lukemassa:**

-ea-päiväseuranta (jos potilas tullut ea:sta)

-neu

-hoitotyön merkinnät

-laboratorio

- päiväseuranta
- lääkitys
- lääkärin määräykset
- erityistyöntekijöiden lehdet
- mitä muuta??

Tiina laittaa tiimeihin vihkot, joihin kerätään kokemuksia ja parannusehdotuksia jne sekä hän voi tarvittaessa tehdä vielä ohjeistuksen raportin lukemiseen.

## 2. Mediatri

**Työviestejä** tulee lähinnä sosiaalityöntekijältä ja kuntoutusohjaajalta. Nämä löytyvät yksikön kansio os.B:n hoitajien työlistat. Viestit olisi hyvä muistaa käydä kuittaamassa pois, koska niitä kertyy paljon—tieto ei häviä vaan on luettavissa erityistyöntekijöiden sivulta.

**Insuliinikorjaus** merkitään ainakin päiväseurantaa tarvittava lääkitys kohtaan sekä hoitotyön merkintöihin.

Marevan kortin kanssa jatkuu edelleen sama käytäntö.

## 3. Muut asiat:

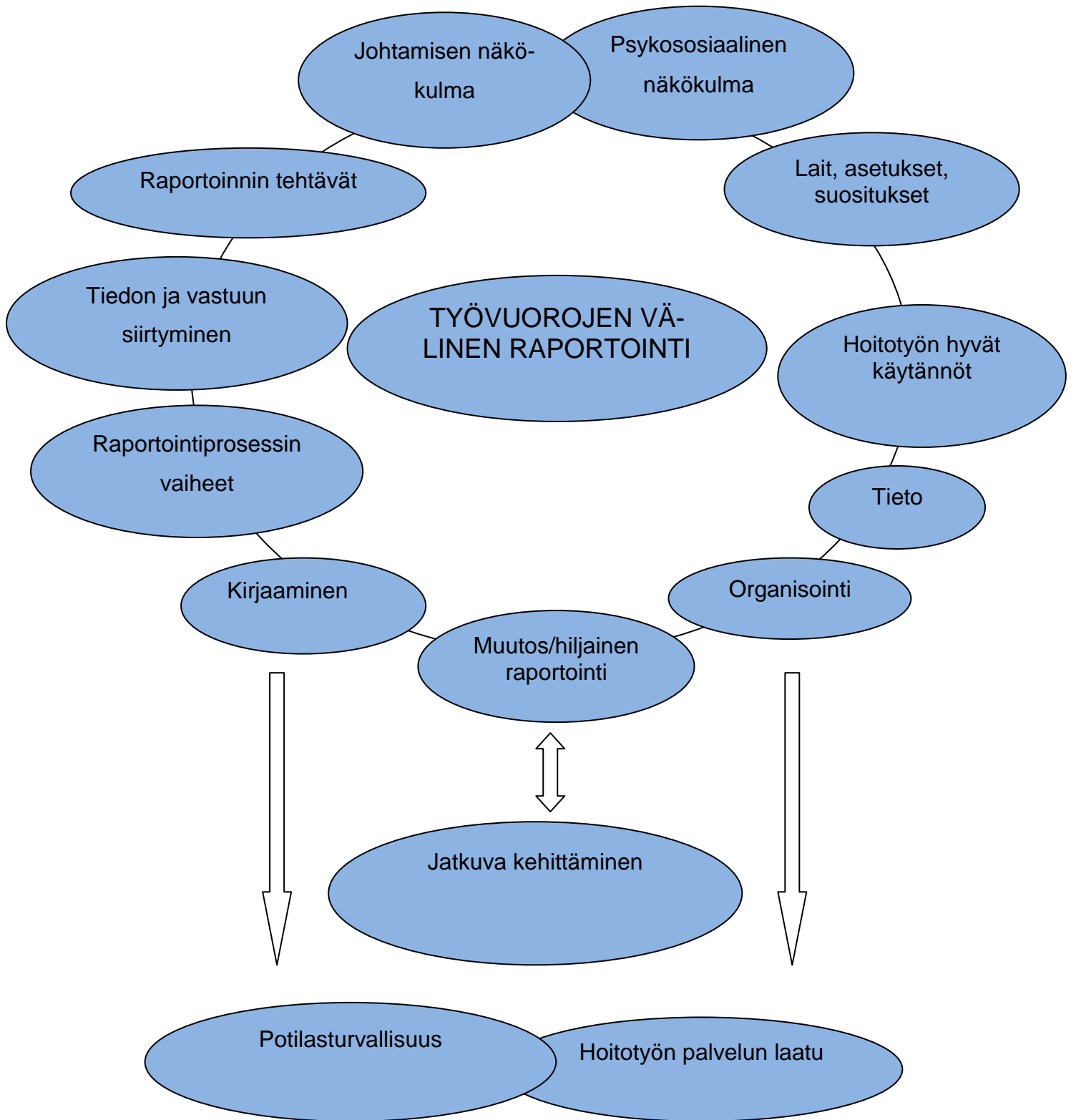
- Henkilö X on kiinnostunut kirjaamisvastaavan vastuualueesta
- Rafaelaan tarvitaan myös vastuuhenkilö, ketä kiinnostaisi....
- 9.2. kuntoutuksen merkitys koulutukseen tarvitaan ohjatun kävelyn demonstrointiin
- neljää hoitajaa, ketä kiinnostaisi.....

Muistion kirjasi 10.12.10 XX

**Esimerkki aineiston teemoittelusta (Kokemuspäiväkirjat, tieto)**

Alkuperäinen ilmaus	Alateema	Pääteema
<p>Iltapäivällä ei ole NEU tekstejä uusista potilaista eli määräykset, vointi puuttuu.”</p> <p>”Aamuvuorolaiset eivät ehdi kirjoittaa aamun raporttia.”</p> <p>Huom! Kirjaamista on helpottanut kun kirjaa potilaan liikkumista ja halvausoireita jo aamulla, heti pesujen jälkeen—ei jää kaikki iltapäivään --- Kannatan! ”</p> <p>”Viikonloppuna lääkärin määräykset (väliarviot, tulotekstit) eivät ole koneella! ”</p> <p>”Hoitotyön suunnitelma pitäisi päivittää aina kun tulee muutoksia. Esim. nyt vanhat liikkumisluvat, nesteytykset, ruokailut ym....Suunnitelman pitäisi olla ajan tasalla, muutoin hiljainen raportti ei onnistu.</p> <p>”Suunnitellut toiminnot ei ajan tasalla, joten tulee luettua ”vanhaa tietoa.”</p> <p>” Tietokatkoksia tullut ja paljon! --- POTILASTURVALLISUUS.</p>	<p>Tarpeellinen tieto ei käytössä</p> <p>Tieto on vanhaa</p> <p>Tietokatkokset</p>	<p>TIETO</p>

**Työvuorojen välisen raportoinnin mallin taustalla oleva tietorakenne.**



**Lukuohje hiljaiseen raporttiin**

Aloittaessasi hiljaisen raportin lukua neurologisella osastolla, ota osaston tiimi-kohtainen raporttitiivistelmä kanslian tietokoneelta. Varmista että Mediatri tunnuksesi ovat voimassa. Jos olet opiskelija, tutustu potilastietoihin yhdessä ohjaajasi kanssa ja hänen valvonnassaan. Potilastiedot löytyvät osaston osastokartalta. Saadaksesi kokonaisvaltaisen kuvan potilaan voinnista, sinun on hyvä tutustua ainakin seuraaviin kertomuslehtiin:

- ❖ Ea jaksoseuranta (päivystyspotilas), NEU erikoisalalehdeltä lähete(LP potilas)
- ❖ NEU erikoisalalehti
- ❖ RTG- lehti
- ❖ Hoito-ohjeet ja määräykset
- ❖ Laboratorio
- ❖ Päiväseuranta ESH
- ❖ HOKE ESH
- ❖ Hoitotyön merkinnät
- ❖ Perustiedot
- ❖ Lääkitys
- ❖ Ydintiedot
- ❖ konsultaatiopyynnöt ja vastaukset löytyvät vastaavan erikoisan kertomuslehdeltä kansioista Erikoissairaanhoito.
- ❖ tarvittaessa tutustu myös Erytyistyöntekijöiden ja kuntoutuksen kansioon, josta löytyvät tärkeimpien yhteistyökumppaneiden kertomuslehdet.
- ❖ Kaikki kertomuslehdet löytyvät Henkilön kansioista

Tarvittavat kertomuslehdet löydät kätevimmin asettamalla ne Mediatriin suosikkeihin. Tee tarvittavat merkinnät raporttitiivistelmään ja kysy epäselväksi jääneet asiat edellisen vuoron hoitajalta. Tutustu potilaisiin kiertämällä tiimiisi kuuluvat potilashuoneet. Työvuorossa ollessasi dokumentoi hoitotyösi osaston kirjaamisohjeen mukaan. Kirjaamisvastaavat ja osaston henkilökunta opastavat sinua mielellään hoitotyön kirjaamisessa.

## Toimeksiantosopimus


**SOPIMUS YAMK-OPINNÄYTETYÖN  
OHJAAMISESTA JA TOTEUTTAMISESTA**

Sivu 1/1

**OPISKELIJAN TIEDOT**

Opiskelijan nimi: (Sukunimi, Etunimi) <i>Sinkkonen Tiina</i>	Ryhmä: <i>TJY 507</i>
Koulutusohjelma: <i>Sosiadi- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen</i>	Opiskelijanro: [REDACTED]

**OPINNÄYTETYÖN TIEDOT**

Opinnäytetyön nimi: <i>Vuorokäytön väliin raportoinnin kehittämisen pilotointiasetoilla (7) P-KSSK:ssa</i>	
Opinnäytetyön tarkoitus ja menetelmät(t): <i>kehittää vuorokäytön väliin raportoinnin ja luoda sen perusteella raportoinnin mallia asastojen käyttöön P-KSSK:ssa</i>  <i>Muokelmä: Osallistava toimintatutkimus</i>	
Opinnäytetyön aloituspvm: <i>1.3.2010</i>	Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta: <i>31.5.2011</i>
Opinnäytetyön laajuus on 30 op, josta T&K -hankkeessa suoritettava osuus <i>30</i> op	
Hanke, johon opinnäytetyö liittyy (ja lisäksi projektin numero jos PKAMK:n projekti):	
Hankkeen vastuhenkilö kohdeorganisaatiossa tai PKAMK:ssa:	

**ALLEKIRJOITUKSET**

Hyväksymme opinnäytetyön tehtäväksi yllä mainittujen tavoitteiden mukaisesti:

Opiskelija	<i>Johanna 10.8.2010</i> Päivämäärä ja opiskelijan allekirjoitus <i>TINA SINKKONEN</i>
Ohjaaja (PKAMK)	<i>24.8.2010 Erja Lehto ERJA MOORE</i> Päivämäärä, ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys
Organisaation edustaja	<i>Johanna 16.8.2010</i> Päivämäärä, organisaation edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>HAARAJOKI HAARANEN</i>
PKAMK:n edustaja	<i>26.8.2010</i> Päivämäärä, kk-päällikön allekirjoitus ja nimenselvennys <b>Tuomas Lappalainen</b> Koulutus- ja kehittämispäällikkö



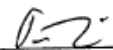
## LIITE TOIMEKSIANTOSOPIMUKSEEN

Olemme sopineet, että ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelija Tiina Sinkkonen

- saa käyttää työnantajan tietokonetta ja tulostuslaitteita opinnäytetyön tarkoituksiin.
- maksullista kirjallisuutta saa hankkia ylihoitaja Marjatta Haapaniemen hyväksynnällä, laskut kuntayhtymän laskutusosoitteeseen ja viite Sinkkonen/Marjatta Haapaniemi.
- työaikaa voi käyttää osaston työtilanteen niin salliessa esim. U-päivät. (sijaista ei saa tilalle palkata)
- kehittämistyöhön liittyvät kokoukset ovat työaikaa.
- opinnäytetyön painatuskustannukset opiskelija maksaa itse.

Joensuussa 10.8.2010

  
Marjatta Haapaniemi, ylihoitaja

  
Tiina Sinkkonen, opiskelija

## Tutkimuslupapäätös

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Kuntoutumisen klinikaryhmä Ylihoitaja kuntoutumisen hoitotyö	Päätöspöytäkirja Tutkimuslupapäätös  23.09.2010	1 (2)   1 §
---	--	----------------------

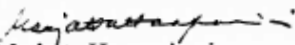
### Työvuorojen välisen raportoinnin kehittäminen pilotointina Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä -opinnäytetyö

<b>Selostus asiasta</b>	PKSSK:ssa kehitetään pilotointina työvuorojen välistä hoitotyön raportointia.  Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun opiskelija Tiina Sinkkonen pyytää lupaa tehdä opinnäytetyönään kirjallinen raportti pilotointihankkeen kulusta osastoilla 1A ja 1B. Tutkimus kohdistuu hoitohenkilökuntaan.
<b>Päätös</b>	Myönnän Tiina Sinkkoselle luvan tehdä opinnäytetyönään kirjallinen raportti pilotointihankkeen kulusta osastoilla 1A ja 1B.

#### Lain, asetuksen tai kunnallisen säännön kohta, johon päätös perustuu

Kuntayhtymän johtosääntö 12 §, 13a § tai 14 §

#### Allekirjoitus ja virka-asema

  
Marjatta Haapaniemi  
ylihoitaja kuntoutumisen hoitotyö

<b>Tiedoksianto</b>	Annettu postin kuljetettavaksi 15.10. 2010
<b>Tiedoksi</b>	Tiina Sinkkonen, Inkeri Mäkitalo, Eija Tuomikko, Asta Hiltunen
<b>Tiedoksiantaja</b>	Päivi Sotti, klinikksihteeri