

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / hoitotyö

Minna Ikonen – Katja Saarinen

HILJAINEN RAPORTOINTI HOITOTYÖSSÄ

Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 2014

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

IKONEN, MINNA

SAARINEN, KATJA

HILJAINEN RAPORTOINTI HOITOTYÖSSÄ

Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

41 sivua + 6 liitesivua

Työn ohjaaja

Elisa Marttila, lehtori

Toimeksiantaja

Kymenlaakson ammattikorkeakoulu

Marraskuu 2014

Avainsanat

kirjaaminen, hiljainen raportointi, suullinen raportointi

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hiljaisen raportoinnin vaikutusta kirjaamiseen ja potilasturvallisuuteen sekä selvittää miten hiljainen raportointi vaikuttaa tiedonkulkuun hoitajien välillä. Tavoitteena oli selvittää eri tutkimusten perusteella, miten hiljaisen raportoinnin on koettu toimivan terveydenhuollossa. Opinnäytetyö on tehty kirjallisuuskatsauksena. Työhön otetut tutkimukset ovat tieteellisiä artikkeleja, tutkimuksia ja julkaisuja. Valitut tutkimukset vuosille 2000–2012. Valitut tutkimukset analysoitiin sisällönanalyysin avulla.

Joissain yksiköissä terveydenhuoltoalalla on siirrytty perinteisestä suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen, jota kutsutaan hiljaiseksi raportoinniksi. Hiljaisessa raportoinnissa työvuoroon tuleva hoitaja perehtyy omatoimisesti hoidettaviin potilaisiin sekä potilasasiakirjoihin.

Tutkimuksessa on todettu, että hiljainen raportointi vaikuttaa henkilökunnan kommunikaatioon sekä tiedon kulkuun. Tutkimuksessa ilmeni, ettei potilastietojärjestelmä ole vielä niin kehittynyt, että hiljainen raportointi toimisi potilasturvallisesti. Kuitenkin raportointiin kuluva aika vähentyi jolloin välittömään potilastyöhön jäi enemmän aikaa.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of applied Sciences

Health care

IKONEN, MINNA

SAARINEN, KATJA

SILENT REPORTING ON NURSING

Literature review

Bachelor's Thesis

41 pages + 6 pages of appendices

Supervisor

Elisa Marttila, Senior lecturer Kyamk,

Commissioned by

University of applied Sciences

November 2014

Keywords

written report, silent change of, shift reporting

Some healthcare units have shifted in traditional verbal reporting system to written silent reporting. In silent reporting, the nurse on duty receives the report from the previous nurse on duty and independently familiarizes herself or himself with the patients and their patient records.

The aim of this thesis was to clarify what kind of effect silent reporting has on written shift report. This thesis examines also how silent reporting affects the communication among nurses. The aim was also to clarify how silent reporting works in health care. The thesis was made as a literary survey, and studies that are approved of this thesis are scientific articles, studies and publish between years 2000–2012. The chosen material was analyzed by means of content analysis.

Studies has shown that silent reporting influences in nurses communication and also in the transfer of knowledge. This thesis indicates that the patient information systems are not ready for that the silent reporting can work as it should, and so it would pe safe for the patients. This thesis also indicates that silent reporting will save nurses time for the direct patient care.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	HOITOTYÖN VIESTINNÄN KESKEISET KÄSITTEET	8
	2.1 Viestintä hoitotyössä	8
	2.1.1 Hiljainen raportointi	9
	2.1.2 Suullinen raportointi	10
	2.2 Hoitotyön kirjaaminen	11
	2.3 Sähköinen kirjaaminen	14
	2.4 Rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä	15
3	TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	17
	3.1 Hiljaisen raportoinnin vaikutus kirjaamiseen	18
	3.2 Hiljaisen raportoinnin vaikutus tiedonkulkuun hoitajien välillä	20
	3.3 Hiljaisen raportoinnin vaikutus potilasturvallisuuteen	20
4	TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITTEET	23
	4.1 Tavoitteet	23
	4.2 Tutkimuskysymykset	23
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	24
	5.1 Kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi	24
	5.2 Kvalitatiivinen tutkimus	25
	5.3 Alkuperäistutkimusten haku	26
	5.4 Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi	29
	5.5 Alkuperäistutkimusten sisällönanalysointi ja tulosten esittäminen	29
6	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TUTKIMUSTULOKSET	30
	6.1 Hiljainen raportointi ja kirjaaminen	30
	6.2 Hiljainen raportointi potilasturvallisuuden näkökulmasta	32
	6.3 Hiljaisen raportoinnin vaikutukset tiedonkulkuun hoitajien välillä	33

7 POHDINTA	34
7.1 Tulosten tarkastelu ja päätelmät	34
7.2 Työn luotettavuus ja eettisyyden arviointi	36
7.3 Jatkotutkimusehdotukset	36
8 LÄHTEET	38
LIITTEET	
Liite 1. Tutkimustaulukko	
Liite 2. Sisällönanalyysin prosessi	

1 JOHDANTO

Vuosina 1749–1943 piirilääkärin aikoina käytettiin kynää ja paperia tiedonhallinnan välineinä. Tuolloin kirjaamisen tarkoituksena oli pitää tilastoja tartuntatautien esiintyvyydestä. Tilastot esitettiin lääkintöhallitukselle. Lääkärit tekivät myös potilaasta muistiinpanoja, jotka olivat ainoastaan lääkärin omaan käyttöön. Vuosina 1882–1972 piirilääkärijärjestelmän rinnalle kehittyi kunnan lääkärijärjestelmä. Tuolloin oli edelleen tiedonhallinnan välineenä kynä ja paperi, mutta käyttöön otettiin myös sanelukoneet, kirjoituskoneet sekä ajanvarauskirjat. Myöhemmin potilasmäärien kasvaessa alettiin pitää potilaskortistoja sekä potilasluetteloita. Terveysjärjestelmää ruvettiin kehittämään jo kunnan lääkärijärjestelmän aikana, jolloin myös terveyskeskukset alkoivat kirjata potilastietoja kortistoihin. 1950-luvulla sairaanhoitajien kirjauksia on myös löydetty potilaspapereista. 1972 perustettiin terveyskeskuksia, jolloin myös syntyi tarve kirjaamisen kokoamiseen koska hoitoon osallistui useita ammattiryhmiä. (Saranto, Ensio, Tanttu & Sonninen 2008 67–68; Hallila 1999, 16.)

Kun tiedonhallinta muuttuu kynästä ja paperista tietokoneen välityksellä tapahtuvaan tiedon välitykseen, on se tuonut uusia haasteita kirjattavalle tiedolle, kirjaamistavoille sekä hoitotyön tekijälle. Sähköisen kirjaamisen ja perinteisen paperille tapahtuvan kirjaamisen suurimmat erot ovat tiedon varastointi, tiedon hakeminen, tiedon uudelleen hyödyntäminen sekä tiedon siirtäminen. Yhtenä hoitotyön tavoitemäärittelyä on käytetty ajatusta ”näkymätön - näkyväksi”, joka korostaa kirjaamisen tärkeyttä. Vuonna 1982 perusterveydenhuollolle valmistui terveyskertomusjärjestelmän ohjekirja, jonka tavoitteena oli tuottaa palveleva asiakirjakokonaisuus. Ohjekirja korosti, että kertomus lähtee potilaan ongelmista. (Saranto ym. 2008 68, 181, 189.)

Sosiaali- ja terveystieteen kirjaaminen siirtyi 2000-luvun vaihteessa hyvin laajasti sähköiseen kirjaamismuotoon, jonka keskeinen sisältö perustui hyvin pitkälti sairauskertomukseen. Tällä haluttiin saada aikaan mahdollisimman tehokas tietojen siirtyminen yli organisaatioarajojen. Vuonna 2002 valtioneuvosto teki päätöksen, että Suomessa otettaisiin käyttöön yhteinen sähköinen sairauskertomusjärjestelmä, jonka oli tarkoitus olla käytössä vuoteen 2007 mennessä. Vuonna 2011 arviolta 20 000 hoitotyön ammattilaista kirjasi sähköisiin potilaskertomuksiin kansallista kirjaamismallia käyttäen. (STM 2002, 6–7; Iivanainen & Syväoja 2012, 13.)

Joissain terveydenhuollon yksiköissä on alettu siirtyä suullisesta tiedonvälityksestä hiljaiseen raportointiin eli kirjalliseen tiedonvälitykseen, jossa työvuoroon tullut hoitaja lukee potilaan tiedot potilastietojärjestelmästä itsenäisesti. Tällä raportointikäytännöllä on tutkimuksien mukaan säästetty aikaa. Toisaalta tutkimuksissa on osoitettu, että hiljainen raportointi voi vaarantaa potilasturvallisuuden, koska tietojärjestelmiä ei ole vielä saatu sille tasolle, että hiljaista raportointi voitaisiin käyttää hoitotyössä. (Tuukkanen 2010, 43; Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003, 4–9.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä relevantteja tutkimuksia hiljaisesta raportoinnista, jotta voidaan selvittää miten hiljainen raportointi vaikuttaa hoitotyön kirjaamiseen, tiedonkulkuun ja potilasturvallisuuteen.

2 HOITOTYÖN VIESTINNÄN KESKEISET KÄSITTEET

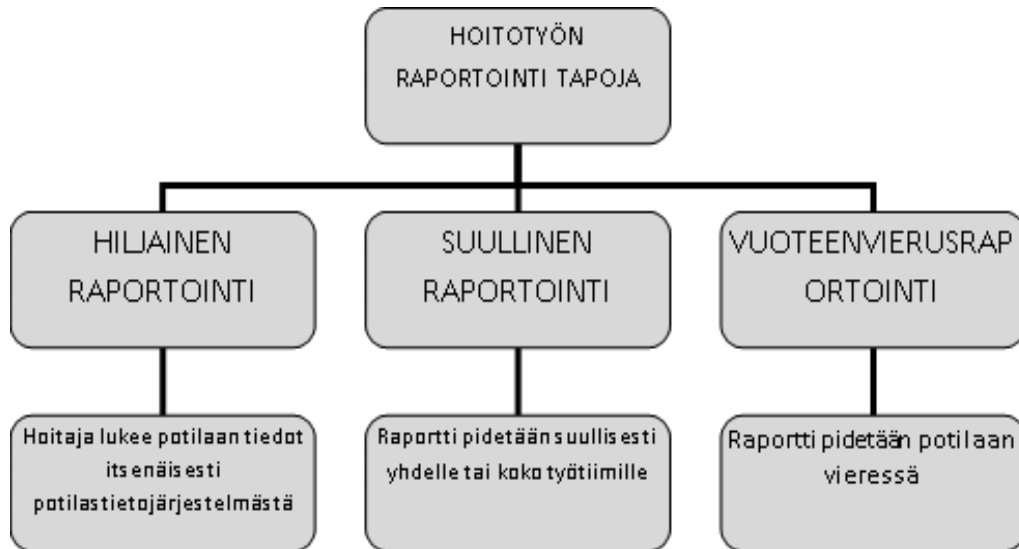
Käsitlemme työssämme raportointia isompana kokonaisuutena ja avaamme käsitettä raportoinnista, koska se on pohja myös hiljaiselle raportoinnille. Avaamme käsitteen kirjaamisesta, koska se on tärkeässä roolissa puhuttaessa hiljaisesta raportoinnista. Halusimme opinnäytetyöhömmme myös turvallisuutta koskevan näkökulman. Tutkimuksista nimittäin käy ilmi, että siirryttäessä hiljaisen raportoinnin käyttöön on mahdollista, että myös potilasturvallisuus on vaarassa. Työmme keskeiset käsitteet nousevat hiljaisen raportoinnin turvallisuutta koskevista käsitteistä.

2.1 Viestintä hoitotyössä

Eri työvuorojen välissä tapahtuvaa kahden hoitajan välistä kommunikointia, tiedonsiirtoa, sanotaan raportoinniksi eli tiedotustilaisuudeksi. Tällä informoidaan juuri työvuoroon tulevalle hoitajalle potilaan vointiin ja hoitoon liittyviä asioita. Tämä turvaa hoidon jatkuvuuden sekä turvallisuuden. On monia tapoja kuinka raportti voidaan pitää. Raportointi voidaan pitää esimerkiksi niin, että jokainen hoitaja poimii tarvitsemansa tiedon potilastiedoista tai tieto jaetaan koko tiimin kesken. Raportointien sisältö perustuu hoitosuunnitelmiin ja sairaskertomuksiin. Asiakkaan hoidon kannalta on tärkeää tunnistaa se tieto, jota todella tarvitaan hänen hoidossaan. Potilasturvallisuuden näkökulmasta raportointitilanteissa tulisi ottaa huomioon tiedonkulku. Tiedonkululla tarkoitetaan tässä yhteydessä niin kirjallista viestintää kuin suullistakin viestintää. Hoidon haittojen määrästä tai -laadusta ei ole kansallisesti sellaista tilastotietoa, joka olisi kansainvälisesti vertailukelpoista. (Koivukoski & Palomäki 2009, 59–60; Lamond 2000, 1; THL 2014.)

Hoitovastuussa olevalle terveydenhuollon ammattihenkilölle riittävä tiedonsaanti on erittäin tärkeää. Tällöin voidaan turvata potilasturvallisuus ja laadukas hoito. Terveydenhuollossa on yhtenä keskeisenä asiana ajantasainen ja oikeanlainen tiedonsiirto vuorojen vaihduttua. Potilaan hyvään ja laadukkaaseen hoitoon sisältyy paljon viestintää, joka edellyttää onnistuneen ja katkeamattoman tiedonsiirron. Perinteisenä tiedonsiirtona on pidetty suullista raportointia, mutta käyttöön on myös otettu hiljainen tiedonsiirto eli hiljainen raportointi. Siinä tieto siirtyy yhdelle ihmiselle potilastietojärjestelmän kautta. Suullisessa raportoinnissa taas tiedonsiirto tapahtuu hoitajien kansliassa, toimistossa tai potilaan vuoteen vierellä, jolloin tieto potilaan hoitoon liittyvistä

asioista jaetaan suullisesti. (Puumalainen ym. 2003, 4; Saranto ym. 2008, 33, 157–158.) Kuvassa 1 on esitetty eri raportointikäytännöt.



Kuva 1. Raportointikäytännöt

2.1.1 Hiljainen raportointi

Hiljainen raportointi jota toisinaan sanotaan myös kirjalliseksi tiedonvälitykseksi, on sitä, kun vuoroon tuleva hoitaja perehtyy omatoimisesti hoidettaviin potilaisiin sekä heidän potilasasiakirjoihin. Tällöin perinteinen suullinen raportointi korvataan kirjallisella tai elektronisella tiedonsiirrolla. Hiljaisella raportoinnilla tarkoitetaan tilannetta jossa ei käytetä suullista raportointia, vaan jokainen lukee työvuoronsa alussa esim. sähköisestä potilastietojärjestelmästä kunkin potilaan raportin edellisestä vuorosta. Hiljaisesta raportoinnista huolimatta sanallistakin viestintää tulee käyttää. Hiljainen raportointi voidaan toteuttaa joka vuoron vaihtuessa tai ainoastaan yhden vuoron vaihtuessa. Yhtenä haasteena hiljaiselle raportille nähdään myös kansliatilan rauhoittaminen raportointien ajaksi, jotta keskittyminen säilyisi. (Alila 2009, 33; Hurri 2006, 6–7.)

Hiljaisen raportoinnin hyväksi puoleksi on mainittu se, että raportointi ei ole pelkästään muistin varassa, eikä hoitajan omat asenteet ja tulkinnat vaikuta raportointiin. Kirjattu tieto ei jätä arvailuille varaa, jos tieto on kirjattu oikein ja oikeisiin paikkoihin. Tosin kirjaaminen on aina valintojen tekemistä, koska kaikkea keskusteluissa tulleita asioita ei voi koskaan kirjata täydellisesti. Oman vastuun ymmärtäminen asiakir-

joja luodessa on erityisen tärkeää. (Laukkanen, Lehti, Hassinen & Hupli 2012, 14; Roivas & Karjalainen 2013, 151.)

HUS:n kehittämisprojektissa vuonna 2003 oli tavoitteena luopua suullisesta raportoinnista ja siirtyä kirjalliseen tiedonsiirtoon. Yhtenä osallistujana projektiin oli Lohjan sairaalan kirurginen osasto. Osastolla haluttiin kokeilla uutta raportointikäytäntöä, koska raportteihin tuntui kuluvan runsaasti työaikaa. Hiljainen raportointi muokattiin osastolle sopivaksi. Osa henkilökunnasta koki, että suullisen raportoinnin pois jättäminen saattoi vaikuttaa sosiaaliseen vuorovaikutukseen muun henkilökunnan kanssa. Tarkoituksena ei kuitenkaan ollut, että vuoronvaihdot pysyisivät kokonaan ilman yhdessä suunnittelua potilaan hoidosta, vaan kollegaa sai konsultoida. Aluksi pidettiin erittäin tärkeänä osastotunteja, joissa muutosprosessia voitiin käydä läpi ja asioista keskustella sekä saada tietoa uudesta käytännöstä. (Hurri 2006, 6–7.)

2.1.2 Suullinen raportointi

Suullinen raportointi tapahtuu yleensä hoitajien kansliassa, toimistossa tai potilaan vuoteen vierellä. Suullisen raportin voi antaa osastonhoitaja, työryhmän vastaava hoitaja tai potilaan vastuuhoitaja. Raportointitilaisuuksia on myös pidetty tärkeänä hoitajien sosiaalisen kanssakäymisen kannalta. Näissä tiedotustilaisuuksissa hoitajat voivat myös purkaa stressiä sekä saada tukea toisilta hoitajilta. Suullisen raportoinnin kesto vaihtelee muutamasta minuutista tuntiin. Raportoinnin keston vaikuttaa tietysti potilasvaihtuvuus, osaston potilasmäärä sekä raportinpitäjän persoonallisuus. Suullista raportointia on nykyään mahdollista vähentää, koska kirjaaminen on kehittynyt. Suullisessa raportoinnissa hoitotyö perustuu muistinvaraiseen tietoon, joka vaarantaa potilasturvallisuutta. Yleisemmin käytetty raportoinnin muoto on suullinen raportointi. Raportointitilaisuudet ovat herkkiä keskeytyksille, jolloin virheiden määrä kasvaa. (Hallila 2005, 125; Saranto ym. 2008, 158–160.)

Eri organisaatioissa on alettu tarkastella kriittisesti perinteistä suullista raportointikäytäntöä, koska siihen kuluu runsaasti aikaa. Pyrkimyksenä olisi, että välittömään potilastyöhön jäisi hoitohenkilökunnalla enemmän aikaa. Sanallinen viestintä ei ole tehokkain tapa tiedottaa, koska se perustuu hyvin pitkälti muistiin. (Puumalainen ym. 2003, 4; Saranto ym. 2008, 33, 157–158; Hallila 2005, 125; Dowding, 844.)

Ammattikielen oikea käyttö luo raportoinnista laadukkaan ja mielekkään työvälteen. Suullisen raportoinnin tulee olla selkeää ja ymmärrettävää. Ammattislangia ei tule käyttää, koska se on kieliassultaan karkeaa ja voi loukata potilasta. On tärkeää, että hoitotyössä käytettävät slangisanat, esimerkiksi ”rapso” (= raportti) tai ”serppi” (= CRP), sanotaan suullista raportointia käytettäessä ammattikielellä. Suullista raportointia pidettäessä on hyvä muistaa, että raportointi tulisi antaa rauhallisessa paikassa jossa ei ole hälinää ja melua. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 124–125.)

Suullinen raportointi on sekä tiedon siirtoa, että vastuun siirtämistä toiselle hoitajalle. Määräaikaisille työntekijöille sekä sijaisille suullinen raportointi on tuonut haasteita, koska eri toimipisteissä on omanlaisensa raportointikäytännöt jotka tulee hallita nopeasti. (Roivas & Karjalainen 2013, 148.)

Vuoteenvierusraportoinnilla tarkoitetaan raportointimuotoa, jossa potilas on itse läsnä. Potilas pystyy näin ollen vaikuttamaan oman hoitonsa suunnitteluun, sekä potilas pystytään sitouttamaan hoitoonsa. Potilas pystyy vuoteenvierusraportoinnissa saamaan oikea-aikaista tietoa omasta hoidostaan ja hoidon toteutuksesta. Näin vältetään väärinkäsityksiltä, hoidon mahdollisilta haittavaikutuksilta sekä päällekkäisyyksiltä. Vuoteenvierusraportointi lisää potilastyytyväisyyttä koska potilas kokee olevansa hoidossaan aktiivisena vaikuttajana mukana. (McMurray, Chaboyer & Wallis 2009, 2.)

Vuoteenvierusraportoinnin haasteina ovat potilaan yksityisyyden säilyttäminen sekä sosiaalisen tilanteen mukanaan tuomat haasteet. Jotta potilas ymmärtää, mistä hoitohenkilökunta puhuu, olisi vuoteenvierusraportoinnissa otettava huomioon myös tilanteessa käytettävä terminologia. Potilaan ollessa läsnä ja osallistuessa raportointiin omasta voinnistaan on varmistettava, että potilas ymmärtää, mistä puhutaan, jotta vältetään väärinkäsityksiltä. Yksityisyyden säilyttäminen vuoteenvierusraportoinnissa on sairaaloissa vaikeaa. Tilan löytäminen ko. käytännölle on haasteellista, koska usein potilashuoneissa on enemmän kuin yksi potilas. Näin ollen yksityisyyden suojaa rikotaan, jos raportointikäytäntöä käytetään toisen potilaan ollessa läsnä samassa tilassa. (Chaboyer 2011.)

2.2 Hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamista toteutetaan jatkuvasti koko potilaan hoidon ajan. Potilasasiakirjojen tehtävänä on turvata potilaan hoidon suunnittelu, toteutus ja hoidon jatkuvuus.

Jokaisesta potilaasta tulee pitää aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Potilasasiakirjoiksi katsotaan kuuluvan potilaskertomus sekä siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat sekä muut hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. Näihin asiakirjoihin saa tehdä merkintöjä vain potilaan hoitoon liittyvät ammattihenkilöt. Potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjamerkinnöistä tulee ilmetä tietojen lähde jos tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin tai jos potilasasiakirjoihin merkitään muita kuin potilasta itseään koskevia tietoja. (Nykänen & Junttila 2013, 3; STM 2009.)

Hoitoprosessin eri vaiheet:

Tulotilanne:

Potilaan taustatiedot: Potilaan ilmoittama tulosyy, hoidonsyyn esitiedot, ongelmat, nykytila, lääkehoito, apuvälineet, toimintakyky, terveyteen vaikuttavat tekijät, riskitiedot.

Hoidon suunnittelu:

Terveyden- ja sairaanhoitoon osallistuvien henkilöiden, potilaan ja tarvittaessa myös omaisten kanssa yhteistyössä suunnittelema potilaan hoito: hoidon tarve, hoidon tavoitteet, lääkärin määräämät tutkimukset, toimenpiteet, konsultaatiot, lääkemääräykset ja suunnitellut hoitotyön toiminnot.

Hoidon toteutus:

Hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi valitut keinot ja menetelmät. Kuten tutkimukset, toimenpiteet, hoitotyön toiminnot, lääkehoito ja rokotukset. Lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen antama ohjaus muun muassa ravitsemuksesta ja liikunnasta.

Hoidon arviointi:

Potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset ja toteutuneen hoidon arviointi suhteessa hoidon suunnitelmassa asetettuihin päätavoitteisiin: tutkimuksiin, toimenpiteisiin, lääkehoitoon, toimintakykyyn ja hoitotyön toimintoihin liittyvät muutokset.

Kuva 2. Hoitoprosessin eri vaiheet (Lehtovirta & Vuokko 2014)

Kuvassa 2 tehtyjen prosessien aikana hoitoon osallistuva ammattihenkilö tekee jatkuvaa hoidon suunnittelua ja arviointia. Hoitoprosessin aikana tehtyjen kirjausten perusteella voidaan seurata kuinka potilaan hoito on toteutunut. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 30–31.)

Kun kyseessä on hoitotyön kirjaaminen, tulee noudattaa sille asetettuja lakeja ja asetuksia. Tämä tarkoittaa sitä, että tietoa saavat ainoastaan oikeat henkilöt, riittävän laaja-alaisesti, juuri oikealla hetkellä, sekä tieto jonka henkilö saa, on ajankohtaista. (Saranto ym. 2008, 18.)

Kirjaaminen on osa hoitajien päivittäistä toimintaa. Kirjaamisen tulee olla selkeää ja sisällöltään sellaista, että lukija sen ymmärtää, riippumatta lukijan lähtökohdista. Hiljaisen raportoinnin kohdalla tämä osa-alue korostuu, vaikkakin edelleen voidaan käyttää myös puheviestintää hiljaisen raportoinnin rinnalla. Kirjallinen viestintä hiljaisen raportoinnin osalta on tietojen tiedottamista kirjaamalla. Näin ollen kirjoitusviestintätaidot korostuvat raportoitaessa vain kirjaamalla potilaan tietoja potilasasiakirjoihin. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2005, 99).

Tehyn lehtiartikkelissa 3/2012 otettiin esille ulkomaalaistaustaisten hoitajien suomen kielen hallinta. Siinä pohdittiin hoito-slangin vaikutusta kirjaamiseen ja kirjaamisen ymmärtämiseen. Potilastietoihin ei voida kirjoittaa slangikielellä vaan kirjaamisen tulee olla oikeilla sanoilla kirjoitettua tekstiä.

Jokainen potilaan palvelutapahtuma tulee merkitä potilasasiakirjoihin. Tiedoissa tulee käydä ilmi tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudin määrittäminen, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, -toteutus, sekä -seuranta, sairauden kulku ja loppulausunto. Hoidon toteutuksen eri vaiheet, hoitoon koskevat ratkaisut sekä hoitoon osallistuneet henkilöt tulee näkyä potilasasiakirjoissa. Jos potilas on osastohoidossa, potilaasta tulee tehdä riittävän usein aikajärjestyksessä merkintöjä tilan muutoksista sekä myös tutkimuksista ja hänelle annetusta hoidosta. Huomiot, hoitotoimet sekä vastaavat seikat tulee merkitä potilaan potilaskertomukseen. Sairaalahoidossa olevien pitkäaikaispotilaiden potilasasiakirjoihin tulee lääkärin tehdä vähintään kolmen kuukauden välein hoitojakson alkamisesta seurantayhteenveto. (Finlex 298/2009.)

2.3 Sähköinen kirjaaminen

Vuonna 1982 otettiin käyttöön ensimmäinen sähköinen potilaskertomus Varkauden terveyskeskuksessa. 2000-luvulla valmistui ensimmäinen sähköinen potilaskertomuksen tietosisältömäärittäminen. Potilaskertomukset määriteltiin ydinkertomukseksi sekä perustason kertomukseksi. **Ydinkertomus** piti sisällään potilaan henkilö- ja yhteystiedot sekä terveyden- ja sairaanhoitoon liittyviä merkintöjä. **Perustason** kertomukseen taas sisältyi terveydenhuollon ammattihenkilön tekemiä merkintöjä. Perustason kirjaaminen liittyi terveyden- ja sairaanhoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Saranto ym. 2008, 98–99.)

Sähköinen kirjaaminen tuo terveydenhuollon ammattilaisille potilastietojen etsimiseen sekä kirjaamiseen helpotusta, koska työntekijöiden ei tarvitse tilata ja pyöritellä potilaspapereita eikä potilaskansioita. Sähköisessä muodossa oleva tieto on saatavilla heti kun sitä tarvitaan. Sähköisen kirjaamisen etuja on myös se että jokainen ammattiryhmä kuten esimerkiksi lääkärit, terveydenhoitajat, fysioterapeutit sekä sosiaalityöntekijät keräävät ja kirjaavat oman alansa tiedot. Näin ollen riittää kun yksi kerää tiedon niin niitä koskevia tietoja ei tarvitse uudelleen kerätä ja tallentaa. (Helavuo ym. 2011, 72–73; Saranto ym. 2008, 77.)

On erittäin paljon merkitystä sillä miten ja mitä kirjataan. Hoitotyön toiminnoissa keskeistä on potilaan tilan seuranta ja -tarkkailu. Hoitaja kerää tärkeitä tietoja potilaan hoidon suunnitteluun. Kun hoitotyönkirjaaminen on yhdenmukaista kaikkialla, tämä takaa potilaan hoidon jatkuvuuden sekä tiedon siirtymisen organisaatiosta toiseen.

(Koivukoski & Palomäki 2009, 59; Saranto ym.2008 12; Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 55.)

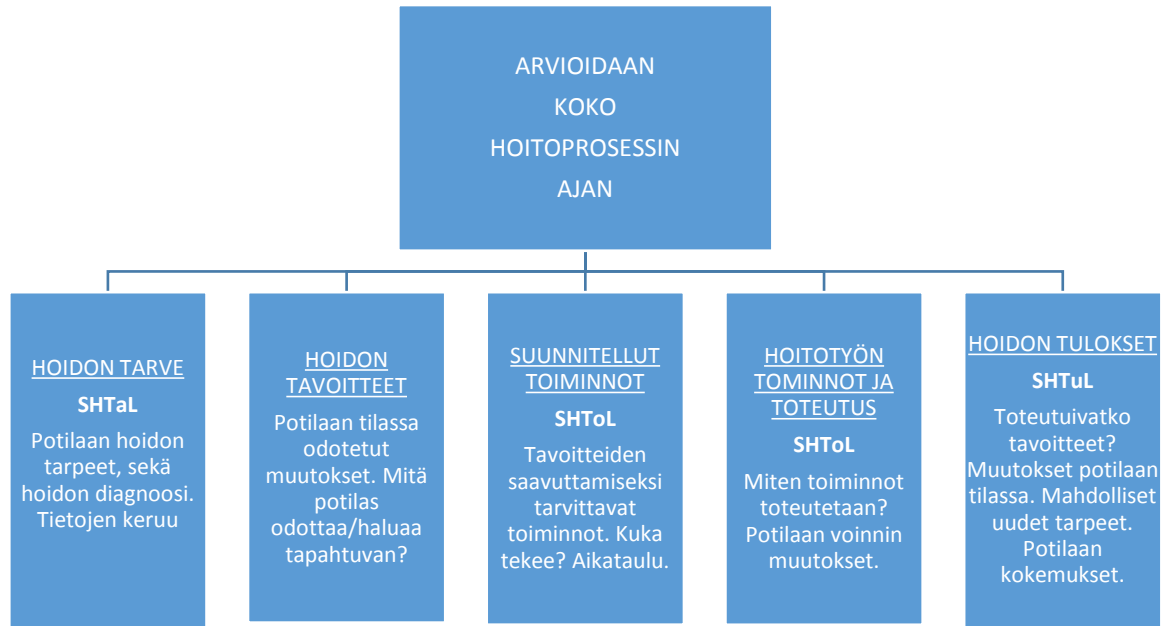
2.4 Rakenteinen kirjaaminen hoitotyössä

Hoitotyössä korostuu erityisesti kirjaamisen tärkeys, sillä hoitohenkilökunnan päätöksenteko perustuu suurelta osin kirjattuun tietoon. Kirjaamisen tulee olla yhdenmukainen ja rakenteinen.

Terveystieteiden eri ammattiryhmien dokumentaatiolla on suuri merkitys. Kaikkien ammattiryhmien edustajien jotka hoitavat potilaan asioita on saatava tarpeellinen tieto potilaan asioista. Tiedon tulee olla ajantasaista, luotettavaa ja tieto tulee olla kirjattu yhteisesti sovitulla tavalla. Ongelmia on havaittu usein lääkehoitoon liittyvissä kirjaamisissa. On erittäin tärkeää, että työyhteisössä noudatetaan yhteisesti sovittuja kirjaamiskäytäntöjä, täsmällisiä termejä kirjaamisrakenteita ja -malleja. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 312.)

Potilastiedon rakenteilla tarkoitetaan tietoa, joka kirjataan ja tallennetaan etukäteen sovitun rakenteen avulla. Laki velvoittaa potilasasiakirjoihin tarpeelliset merkinnät ja merkintöjen tulee olla selkeästi kirjattu. Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Hoitoprosessin eri vaiheet kirjataan valitsemalla luokitukselta sopiva pää- tai alaluokka. Kirjaamisessa tulee käyttää yleisesti käytettyjä ja tunnettuja lyhenteitä. Rakenteisen kirjaamisen perustana on FinCC (Finnish Care Classification), joka muodostuu suomalaisen hoidon tarveluokitukselta (SHTaL), suomalaisesta toimintoluokitukselta (SHToL) sekä suomalaisesta hoidon tulosluokitukselta (SHTuL). Näillä luokituksilla on yhtenevä rakenne johon kuuluu komponentti-, pääluokka- ja alaluokkataso. (Liljamo ym. 2012, 11; Lehtovirta & Vuokko 2014, 4; Iivaninen & Syväoja 2012, 15.)

Kuva 3 selventää, mitä asioita hoitoprosessin aikana arvioidaan ja mitä nämä eri hoidon luokitukset pitää sisällään.



Kuva 3. Rakenteisen kirjaamisen luokitukset (mukaillen Iivanainen ym. 2012)

Hoitotyön tarve- ja toimintoluokituksia käytetään potilaan päivittäisen hoidon rakenteiseen kirjaamiseen. SHTaL-luokitusta käytetään hoidon suunnitteluvaiheessa kun kirjataan hoidon tavoitteet. Tässä kuvataan potilaan terveydentilaan liittyviä jo olemassa olevia tai tulevaisuudessa tulevia mahdollisia ongelmia. Näitä ongelmia voidaan hoitaa erilaisten hoitotoimien avulla. Hoitaja yhdessä potilaan kanssa määrittelee potilaan hoidon tarpeen. Tarpeet voivat olla psyykkisiä, fyysisiä tai sosiaalisia. SHToL-luokitusta käytetään hoidon suunnittelu- ja toteutusvaiheessa. Kädentaitojen hallinta ja -tieto korostuu hoitotyön toiminnassa. Toiminnot ovat joko lääkärin määräämiä tai hoitajan asiantuntemukseen perustuvia toimia. Hoidon kannalta merkittävät hoitotyön toiminnot tulee kirjata. Potilaan tilan ja oireiden seuranta ja tarkkailu ovat keskeistä hoitotyössä. SHTuL-luokituksessa kuvataan miten potilaan hoidon tarpeeseen on vastattu. Kuvataan myös, minkälaisia muutoksia potilaan tilassa on tapahtunut, sekä saavutettiin tavoitteet. Tämä luokitus on kolmiportainen: parantunut, ennallaan tai huonontunut. (Liljamo ym. 2012, 14; Iivanainen ym. 2012, 15–18.)

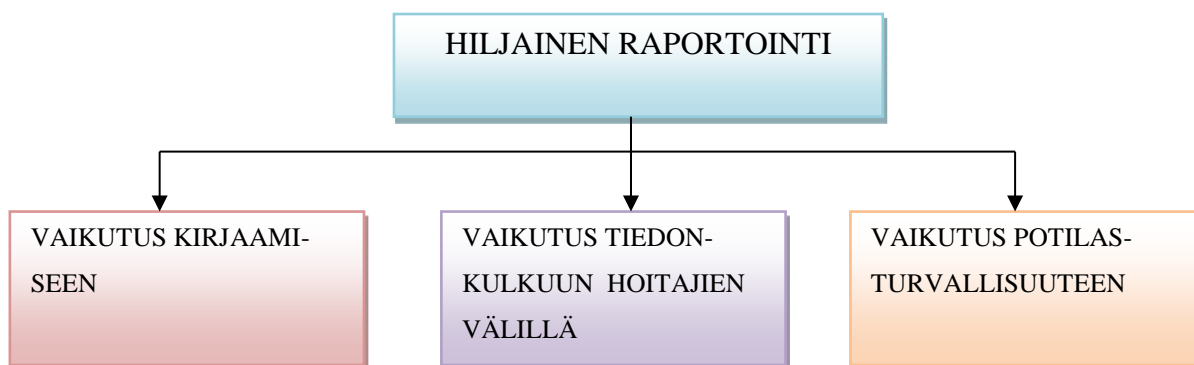
Toimintoluokitus jakautuu 17 komponenttiin, 127 pääluokkaan ja 180 alaluokkaan. Nämä 17 komponenttia on lueteltu alla olevassa taulukossa 1. (Liljamo ym. 2012, 10; Iivanainen ym. 2012, 11.)

Taulukko 1. Taulukossa on esitetty toimintaluokituksen 17 komponenttia (Iivanainen ym. 2012, 3–9.)

AINEENVAIHDUNTA	AISTI- JA NEUROLOGISET TOIMINNOT	AKTIVITEETTI
ELÄMÄNKAARI	ERITTÄMINEN	HENGITYS
HOIDON JA JATKOHOIDON KOORDINOINTI	KUDOSEHEYS	LÄÄKEHOITO
NESTETASAPAINO	PSYKKINEN TASAPAINO	PÄIVITTÄISET TOIMINNOT
RAVITSEMUS	SELVIYTYMINEN	TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN
TURVALLISUUS	VERENKIERTO	

3 TUTKIMUKSEN TOUREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämän opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat rakentuvat hiljaisen raportoinnin vaikuttavuuteen erilaisissa hoitotyön konteksteissa (Kuva 4). Pyrimme selvittämään miten hiljainen raportointi vaikuttaa kirjaamiseen. Pyrimme selvittämään myös, vaikuttaako hiljainen raportointi tiedonkulkuun ja onko hiljaisella raportoinnilla vaikutuksia potilasturvallisuuteen. Nämä luovat yhdessä kokonaisuuden jolla rajaamme opinnäytetyössämme käytettävää aineistoa.



Kuva 4. Teoreettinen viitekehys rakentuu hiljaisen raportoinnin vaikuttavuuden tutkimisesta.

Päätimme edelleen rajata viitekehystä ja tutkimme vuoden 2000 jälkeen tehtyjä tutkimuksia tähän päivään, jotta saisimme mahdollisimman uutta ja luotettavaa tietoa opinnäytetyöhömmme. Tutkimusaineistona käytettiin tutkimuksia, julkaisuja ja artikkeleita.

3.1 Hiljaisen raportoinnin vaikutus kirjaamiseen

Hoitotyössä kirjaaminen on olennainen osa hoitoa. Kirjaaminen on myös olennainen osa hiljaista raportointia, sillä kaikki tarvittava informaatio potilaan hoitamiseen tulee löytyä kirjatusta raportista. Jokaisella tiimin jäsenellä on vastuu tiedonkulusta. Turvallisen ja laadukkaan hoidon yksi perustekijä on katkeamaton tiedonkulku. Yleisimpiä haittatapahtumien syitä ovat tiedon katkeaminen tai tiedon väärin ymmärtäminen. (Koivukoski & Palomäki 2009, 59.)

Hiljaista raportointia on tutkittu hyvin vähän, mutta tehdyissä tutkimuksissa on ilmennyt, että hoitotyön kirjaaminen ei ole vielä sillä tasolla, että hiljaista raportointia voisi potilasturvallisesti hoitotyössä käyttää. Kirjattu tieto ei löydy tarpeeksi selkeästi ja helposti tietojärjestelmästä. Työyhteisön huoli uusien työntekijöiden sekä opiskelijoiden perehdyttämisestä, sekä oleellisen tiedon löytämisestä huolettaa. Kuitenkin on todettu, että hiljaiseen raportointiin siirryttäessä kirjaaminen parantui sekä potilasasia-kirjoihin käytettiin enemmän aikaa. (Puumalainen ym. 2003, 4–9; Laukkanen ym. 2012, 24–26.)

Hoitotyön kirjaamista pyritään jatkuvasti kehittämään. Potilastietojen arkisto KANTA-arkisto helpottaa tiedon kulkua organisaatiolta toiselle. Näin potilaat voivat itseään katsomaan omia potilastietojaan tietokoneeltaan vaivattomasti ajasta ja paikasta riippumatta. Potilastiedot ovat käytettävissä kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä joissa potilas niitä tarvitsee. (KANTA 2014)

Sosiaali- ja terveysministeriön tekemän raportin mukaan, kirjaaminen erilaisissa terveydenhuollon ympäristöissä on vaikeuttanut yhtenäisen kirjaamismallin kehittämistä. Vaikka FinCC-luokitusta käytetään useimmissa terveydenhuollon organisaatioissa, sen ongelmana on kirjaamiskäytäntöjen erilaisuus, riippuen yksikön luonteesta. Akuuttiosastolla ja esim. vuodeosastolla erilaiset hoitotyön kokonaisuudet painottuvat eri lailla. Hiljaisen raportoinnin kannalta tämä näyttäytyy vaikeutena löytää nopeasti ajantasainen tieto potilaan senhetkisestä voinnista. Kyseisessä tutkimuksessa onkin kriittisesti arvioitu, onko erilaisissa terveydenhuollon organisaatioissa ja toimintaympäristöissä mahdollista kirjata saman mallin mukaisesti. Tutkimuksessa todetaan, että tällä hetkellä kirjaamisen eroja tasoittaa runsas vapaan tekstin kirjoittamisen mahdollisuus. Näin mahdollistetaan kuvailevampi ja yksilöllisempi kirjaamisen muoto. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010, 1; STM 2009, 25–26.)

Hiljaisessa raportoinnissa kuitenkin painottuu kirjattu viestintä ja näin ollen myös näkemuserot esim. erilaisten komponenttien valinnan suhteen ovat erilaisia riippuen toimintaympäristöittäin. Vaikka ylempien komponenttien valinta onkin helppoa ja näkemysten eroja tässä on vähän, on alaluokkien ja komponenttien valinta hyvin pitkälti yksilöllisten näkemysten mukaista. Jokainen terveydenhuollon yksikkö kirjaa itselleen hyväksi havaitulla tavalla. Tapoja tähän on luotu monia, ja se vaikeuttaa esim. eri toimintaympäristöön siirtyvän potilaan tietojen hakua ja näin ollen on mahdollista että oleellisia tietoja jää puuttumaan tai niitä kirjataan useita kertoja ns. päällekkäin. Myös kirjaamiseen käytettävä aika lisääntyy hiljaiseen raportointiin siirryttäessä. Hoitajat kokevat, että nykyisessä kirjaamismallissa hoitotyö pilkotaan liian pieniin osiin ja näin ollen hoidon kokonaisuus hämärtyy. (Nykänen ym. 2010; STM 2009 1, 25–26.)

Tietojärjestelmiin kirjattaessa siihen kuluva aika lisääntyy etenkin hiljaista raportointia käytettäessä, sillä kirjausten tulisi olla yhdenmukaisia, selkeitä ja helppolukuisia sekä helposti ymmärrettävissä olevia. Näiden asioiden miettimiseen kuluu runsaasti aikaa. Koska kirjaamismallin luokitus ei ole yksikäsitteinen aikaa kuluu myös luokitusten pohtimiseen: Mikä asia tai kokonaisuus kuuluu minkäkin komponentin alle? Hoitajat kokivat juuri käsitteistön olevan pirstaleinen, eivätkä kaikki vaihtoehdot ole ymmärrettäviä tai loogisissa paikoissa. Tällöin oikean komponentin etsimiseen kuluu runsaasti aikaa. Tämä aika on pois potilaan hoidosta. (Nykänen ym. 2010; STM 2009, 1, 25–26.)

Hiljainen raportointi perustuu kirjattuun tietoon ja usein hiljaisen raportoinnin käyttöönotto parantaa kirjaamisen laatua. Kirjaaminen erilaisiin tietojärjestelmiin kuten edellä on mainittu, saattaa vaikuttaa kuitenkin potilasturvallisuuteen. Kaikki kirjaavat samat asiat samojen komponenttien ja alaluokkien alle. Hoitajien mukaan hoidosta tulee usein suunnitelmallisempaa ja laadullisempaa. Hoitajat kokivat, että kirjaamisesta oli tullut tarkempaa, tosin käytäntö vaihtelee toimipaikoittain runsaastikin. Osassa kirjataan vähemmän kuin ennen ja osassa kirjataan enemmän. Tietojen reaaliaikaisuudesta todettiin, etteivät ne ole aina reaaliajassa. Raportit kirjataan usein vasta työvuoron lopussa jolloin tieto ei ole hyödynnettävissä kyseisen vuoron aikana. (Nykänen ym. 2010; STM 2009, 25–26.)

3.2 Hiljaisen raportoinnin vaikutus tiedonkulkuun hoitajien välillä

STM:n (2009) mukaan potilasturvallisuus kattaa hoito- lääkitys- sekä laiteturvallisuu- den. Perusteellinen dokumentointi luo tukevan pohjan riskienhallinnalle. 65 % haitta- tapahtumista liittyy kommunikaatio-ongelmiin. Vaikka tämän päivän teknologia tarjo- aa uusia mahdollisuuksia potilasturvallisuuden edistämiseen, tuo se myös mukanaan monimuotoisuuden takia uusia riskejä ja vaaratapahtumia. Esimerkiksi sähköisen poti- lastietojärjestelmän kaatumisen, jolloin on oltava suunnitelma, miten kriittiset potilas- tiedot esimerkiksi lääkitys saadaan selville. (Helavuo, Kinnunen, Peltomaa & Penna- nen 2011, 13, 72–73.)

Hiljaisen raportoinnin on koettu vaikuttavan työyhteisön vuorovaikutustilanteisiin epäedullisesti. Heikkoudeksi on koettu vertaistuen sekä yhteisenpohdinnan vähenemi- nen. Kokeneiden hoitajien hiljaisen tiedon välittämisen koetaan vähentyneen. Tiimi- työskentelyn on koettu vähenevän. Hiljaisen raportoinnin huonona puolena on koettu opiskelijoiden oppiminen, sillä erilaiset työtavat ja hoitokokonaisuudet hahmottaa suullisen raportoinnin kautta paremmin. (Laukka ym. 2012, 26.)

Dawn Dowdingin tekemän tutkimuksen mukaan (tutkimus käsitteli tiedon siirtoa ra- portoinnissa, erilaisilla tavoilla annettuna) Dowding toteaa, että hoitajan kyky omak- sua asioita pelkästään puheesta on heikkoa. Kirjatusta tiedosta hoitaja voi omaksua hoidon kannalta oleellisia asioita mutta sekin on puutteellista. Hoitaja omaksuu kirjat- tua tietoa paremmin siksi, että voi omaksua sieltä juuri sen hetkisen tiedon ja käyttää sitä hoidon suunnitteluun työvuoronsa aikana. Tämä kuitenkin vaikuttaa siten, että pitkäkestoiseen muistiin ei juurikaan jää tietoa, mikä taas vaikuttaa potilaan kokonais- hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. (Dowding 2000, 836–837.)

Hiljainen raportointi perustuu kirjattuun tietoon, mutta myös suullista tietoa voidaan antaa. Dowdingin mukaan n. 50 % raportoinnista jää siis kirjaamatta, koska se anne- taan suullisen raportoinnin muodossa kirjallisen tiedon lisänä. Tämä tieto jää siis pois potilaan kirjatusta raportoinnista. (Dowding 2000, 844.)

3.3 Hiljaisen raportoinnin vaikutus potilasturvallisuuteen

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian vuosiksi 2009 – 2013. Sen pääasiallisena tehtävänä on ohjata ja edistää yhtenäistä po-

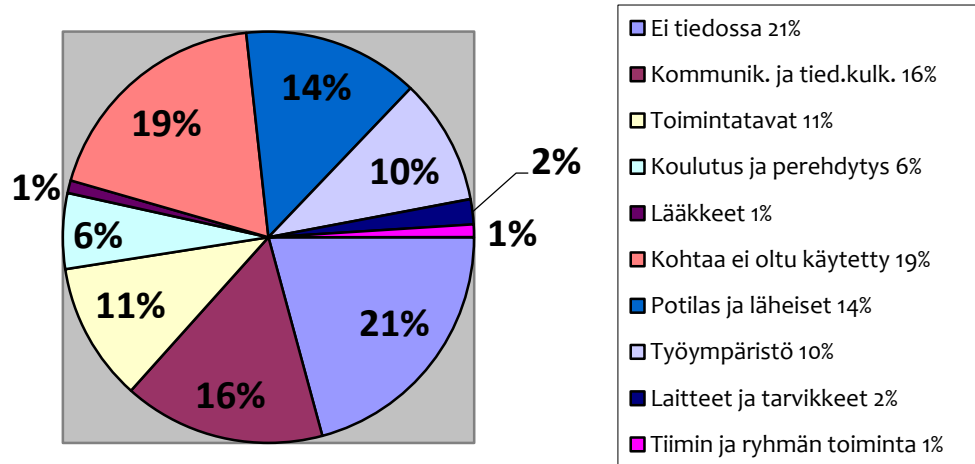
tilasturvallisuuskulttuuria Suomessa. Yhtenä kansallisena tavoitteena strategiassa on, että vaaratapahtumista ja poikkeamista raportoidaan ja se että niistä opittaisiin. Strategialla tavoiteltiin tilaa, jossa vuonna 2013 kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioilla olisivat selkeät menettelytavat vaaratapahtumien ja poikkeamien raportointia, käsittelyä ja seuranta varten. (STM 2009.)

Vuonna 2011 julkaistussa tutkimuksessa kävi ilmi, että 12 % kaikista HaiPro-järjestelmään tehdyistä ilmoituksista vuosina 2007–2009 johtui joiltakin osin tiedon kulkuun tai -hallintaan liittyvistä asioista. Se oli kolmanneksi suurin tapahtumatyyppejä. Vaikkakin tutkimuksessa suurin haittatapahtumatyyppejä oli lääkkeisiin ja lääkitykseen liittyvä haittatapahtuma oli silti ko. tapahtumissa ilmoitettu kirjaamis-, jako- ja antovirheitä. Myös puutteita kirjallisessa ja suullisessa tiedonvälittämisessä oli raportoitu neljäsosassa kaikista ilmoitetuista haittatapahtumista. (Ruuhilehto, Kaila, Keistinen, Kinnunen, Vuorenkoski & Wallenius, 2011, 1036.)

Haittatapahtumariskiä lisäsivät myös usein toimintatapojen, kommunikoinnin sekä tiedonkulun ongelmat. Potilastietojärjestelmästä ei ollut löytynyt riittävän kattavasti potilaan hoidon onnistumisen kannalta välttämätöntä tietoa, eikä henkilö ollut saanut riittävää suullista tai kirjallista tietoa. Kuvassa 5. esitetään haittatapahtuman syntyyn myötävaikuttaneet tekijät. (Ruuhilehto ym. 2011, 1036–1037.)

Potilasturvallisuuden parantaminen toimintaa kehittämällä on vaaratapahtumien raportoinnin tavoite. Vaaratapahtumien raportointiin käytetään vaaratapahtumien raportointi- ja oppimisjärjestelmiä. Näistä esimerkkinä HaiPro-haittatapahtumien raportointiprosessin kehittäminen terveydenhuollon organisaatioissa. Järjestelmää alettiin kehittää 2000-luvun puolivälissä Lääkelaitoksen ja Valtion Teknillisen Tutkimuskeskuksen yhteistyönä. Vaaratapahtumien raportoinnissa edetään vaiheittain. Ensimmäinen tunnistetaan vaaratilanne minkä jälkeen tehdään ilmoitus vaaratilanteesta. Ilmoitus tehdään sähköisenä valmiille lomakepohjalle, ja se lähtee automaattisesti yksikössä olevalle käsittelijälle. Vaaratapahtuma ilmoituksen vastaanottaa yksikössä työskentelevä käsittelijä joka analysoi ja luokittelee ilmoitetun tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät ja tallentaa ilmoituksen tietokantaan. Jatkokäsittely tapahtuu tiimeissä sekä mahdollisesti organisaatiotasolla. HaiPro-järjestelmästä tietoja saa haittatapahtumien luonteesta ja lukumäärästä ohjelman raportointityökaluilla. Tämä antaa mahdollisuuden tilanteen tarkasteluun ja kehittämistyöhön niin yksikötasolla kuin organisaatiotasolla.

Kuvassa 5 on esitetty haittatapahtuman syntyyn myötävaikuttaneet tekijät prosentteina. (Kinnunen, Aaltonen & Malmström 2013, 259–261.)



Kuva 5. Haittatapahtuman syntyyn myötävaikuttaneet tekijät

Terveystieteiden näkökulmista ja suurempia haasteita ovat tietojärjestelmien yhteentoimivuus. Yhteentoimivuudella taataan potilaan tietojen saatavuus sekä tietojen kokonaisuus. Terveystieteiden tutkimuksen mukaan sairaanhoitopiireissä tulisi olla samat tietojärjestelmät käytössä. Silloin potilaan tiedot olisivat muidenkin yksiköiden saatavilla. Tämän tutkimuksen mukaan tiedon siirto eri organisaatioiden välillä on heikkoa ja saattaa vaarantaa potilaan hoitoa sekä aiheuttaa potilaissa turhautumista, koska hoitajat eivät näe kaikkia potilaita koskevia tietoja. Tähän Heleniuksen tekemään tutkimukseen osallistui 32 lääkäriä sekä 102 hoitajaa. (Saranto ym. 2008, 211; Helenius 2011, 46.)

Hoitotyössä on erittäin tärkeää muistaa lainsäädäntö ja viranomaisten sekä oman toimintayksikön antamat ohjeet ja suositukset. Henkilökunnan tulee ylläpitää ammattitaitoaan sekä tuntea potilaan oikeudet. Tähän kuuluu myös kirjaamisen kehittäminen. Johtajien tulisi kannustaa ja motivoida henkilökuntaa muutoksiin jotta mielekkyys säilyisi. (Saranto ym. 2008, 33, 243.)

4 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITTEET

Tutkimusongelmat tulee harkita tarkkaan ja muotoilla selkeästi. Tutkimuskysymyksi- en tarkoituksena on ratkaista jokin ongelma joka liittyy tutkittavaan ilmiöön. Tutki- muskysymyksen yhtenä perustutkimuskysymyksenä on ”mitä” eli mikä on kyseessä. Toisin sanoen tutkimuskysymyksillä saadaan vastaukset tutkimusongelmaan. (Hirs- järvi 2010, 126; Kananen 2010, 18–19.)

4.1 Tavoitteet

Opinnäytetyömme tavoitteena on saada vastauksia asettamiimme tutkimuskysymyk- siin. Tavoitteenamme on selvittää jo tehtyjen tutkimusten avulla hiljaisen raportoinnin vaikutuksia erilaisissa hoitotyön konteksteissa.

Hiljaisen raportoinnin käyttöä ja sen toimivuutta on tutkittu todella vähän, joten tut- kimustietoa aiheesta Suomessa ei ole paljon. Joidenkin tutkimusten mukaan hiljainen raportointi toimii hyvin ja tuo lisää aikaa välittömään potilastyöhön. Joidenkin tutki- musten mukaan tiedon on todettu olevan luotettavampaa kuin suullisesti välitetty in- formaatio. Hiljaisella raportoinnilla on todettu olevan myös epäedullisia vaikutuksia kuten se, että potilaan sairaskertomuksien sekä hoitosuunnitelmien tutustuminen vie enemmän aikaa. Oleellinen tieto ei välttämättä välity potilasasiakirjoista, koska kaik- kia asioita ei ole kirjattu tarpeeksi tarkasti. Jotkut kokevat, että hoitokertomusten poh- jalta on vaikea ja työlästä saada potilaan tilasta kokonaiskuva. Raportointikäytännöt jakavat paljon mielipiteitä.

4.2 Tutkimuskysymykset

Otimme huomioon, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuskysymykset saattavat muuttua ja näin päädyimme lukemaan tarkasti aiheemme jotta pinnalle nousisi oikeat relevantit tutkimuskysymykset. Päädyimme seuraaviin tutkimuskysymyksiin, koska ko. kysymykset nousivat tutkimusaineistosta esille selkeimpinä.

Hiljaista raportointia tarkastellaan seuraavien tutkimuskysymyksiä kautta:

Miten hiljainen raportointi vaikuttaa kirjaamiseen?

Miten hiljainen raportointi vaikuttaa potilasturvallisuuteen?

Miten hiljainen raportointi vaikuttaa tiedonkulkuun hoitajien välillä?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on keskittyä tutkimuksen kannalta olennaiseen kirjallisuuteen, kuten aikakauslehtien artikkeleihin tutkimusjulkaisuissa ja muihin julkaisuihin. Katsauksen tarkoituksena on selvittää, miten tutkimus liittyy aikaisempiin tutkimuksiin sekä kertoa mistä näkökulmista ja miten aihetta on aiemmin tutkittu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 121.)

Yhtenä kirjallisuuskatsauksen perustyyppinä pidetään meta-analyysia. Kvalitatiivinen meta-analyysi sisältää kaksi orientaatiota metasyntheseen ja metayhteenvetoon. Metasynthese on kuvailevampi ja tulkitsevampi. Metasyntheseen valittuja tekstejä tiivistetään ja laitetaan entistä tiiviimpään pakettiin. Tarkoituksena on löytää tutkimusten tuloksista yhtäläisyyksiä. Vastavuoroisessa käänöksessä etsitään yhtenäisiä piirteitä tutkimus tutkimukselta. (Salminen 2011, 12–13.)

Metasynthese etenee seuraavalla tavalla. Tutkittava alue rajataan esimerkiksi tutkimuskysymyksiin ja -ongelmiin ja tavoitteisiin, jonka jälkeen etsitään olennainen teksti. Seuraavaksi tehdään päätös siitä, mitä aineistoa otetaan mukaan. Tämän jälkeen seuraa tutkimusten arviointi sekä yhtäläisyyksien ja erojen etsiminen. Lopuksi tutkittava tieto yhdistetään. Yhdistäminen tarkoittaa, että tutkimuksessa löydetyt käsitteet käännetään yhdeksi samaa tarkoittavaksi käsitteeksi. (Salminen 2011, 12.) Päädyimme meta-analyysiin, koska työmme sisältää tutkimuksia joita yhteen vertaamalla ja yhteiseksi yhdistämällä saadaan tutkimus nivottua selkeäksi ja tiiviiksi kirjallisuuskatsaukseksi.

5.2 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa tarkastellaan aineistoa usein kokonaisuutena. Kvalitatiivisia tutkimuksia on tehty jo 1800-luvun lopulta alkaen. 1900-luvulla kvalitatiivisen tutkimuksen on nähty olevan oleellinen vaihe hoitotieteen teoriassa. Kvalitatiivisen tutkimuksen määrittelyssä korostuu ihmisten kokemusten, käsitysten, tulkintojen tai motivaatioiden tutkiminen sekä näkemysten kuvaus. Uudet tutkimusalueet, joista tietoa ei juuri vielä ole, ovat laadullisen tutkimuksen käyttöalueita. Yhtäläisenä tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. Esimerkiksi ihmisten omien kuvauksien tarpeellisuus on tärkeää ilmiöiden ymmärtämiseksi, ja siksi määrällinen tutkimus ei voi olla ainut tutkimusmenetelmä. (Alasuutari 2011, 38; Janhonen & Nikkonen 2001, 7; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–66.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on lähtökohtana todellisen elämän kuvaaminen. Laadullisessa tutkimuksessa pyritäänkin tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita tekstin tai toiminnan merkityksen ymmärtämisestä. (Hirsjärvi ym. 2010, 160–165.)

Parhaana vaihtoehtona pidetään kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, jos tavoitteena on lisätä ymmärrystä sekä saada syvällisempi kuva tutkimusilmiöstä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tarkoitus saada vastaus kysymyksiin, jotka pohjautuvat tutkimusongelmiin. Kun puhutaan määrällisestä ja laadullisesta tutkimusmetodologiasta, on hyvä muistaa, että laatu tulee ennen määrää. Laadullisen tutkimuksen perusprosessina voidaan pitää sisällönanalyysiprosessia. Sillä voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota. Sisällönanalyysin tarkoitus on kerätyn tiedon tiivistämistä. Olennaista on, että erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen ym. 2001, 11–23; Heikkilä 2005, 13.)

Kvalitatiivinen tutkimus alkaa tutkimusongelmista sekä ongelmien määrittämisestä, jonka jälkeen tulee tutkimuskysymykset. Näihin hankitaan vastaus aineistolla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusobjekteja on yksi tai muutama. Laadullinen tutkimus tulee kysymykseen, kun ilmiöstä tiedetään vähän. Kvalitatiivista tutkimusta käytetään uusien ilmiöiden ymmärtämiseen. (Kananen 2010, 36–41.)

Aineiston litterointi eli tallennettu laadullinen aineisto kirjoitetaan puhtaaksi sanasanelmalta. Tarkkuutta ei ole määritelty, mutta täytyy tietää, millaista analyysiä on tekemässä. Tieto tarvitaan, koska tekijän tulee ottaa huomioon, tehdäänkö analyysi tietokoneella jollain analyysiohjelmalla. (Hirsjärvi ym. 2010, 222.)

5.3 Alkuperäistutkimusten haku

Oikeiden tutkimusaineistojen haku on tärkeää, että saadaan ratkaistua tutkimusongelmat. Hiljaista raportointia on tutkittu todella vähän Suomessa, joten etsimme myös ulkomaisia tutkimuksia. Rajasimme tutkittavan aineiston vuosille 2001–2014. Aikaväli on laaja, koska tutkimuksia tästä aiheesta ei ole lähivuosina juurikaan tehty.

Käytimme tutkimuksia etsiessämme elektronisia tietokantoja nimeltä Melinda ja Medic. Käytimme myös internetissä vapaata hakua, koska aineistoa ei löytynyt näistä elektronisista tietokannoista.

Yhtenä relevanttina tulosten löytäjänä pidetään **Googlea**. Google näyttää vain ne sivut jotka sisältävät haetut hakusanat. Haimme Google-hakurobotilla www-sivuja ja linkkejä. Käytimme myös yhtenä Scholar-palvelua. Tämä tutkijoille kehitetty **Google Scholar** hakee ainoastaan tieteelliseen materiaaliin perustuvaa aineistoa. Tätä kautta voi tehdä monihaun yhdellä kertaa. (Hirsjärvi ym. 2010, 94.)

Medic on terveysalan tietokanta josta löytyy artikkeliviitteitä Suomalaisista lääke- ja hoitotieteellisestä julkaisuista. Sieltä löytyy myös kyseessä olevien tieteenalojen väitöskirjat sekä kokousjulkaisut. Medic-tietokannasta löytyy myös kirjoja sekä yliopistojen ja tutkimuslaitosten raportteja. (Hirsjärvi ym. 2010, 105.)

Melinda on Suomalaisten kirjojen yhteistietokanta. Melinda sisältää yliopistokirjaston, Eduskunnan kirjaston, Varastokirjaston ja tilastokirjaston tietokannat. Valitsimme Melindan, koska se on luotettava tietokanta. Käytimme Melinda-tietokannassa sanankatkaisumenetelmää ja paikkasimme puuttuvat kirjaimet kysymysmerkillä. Käytimme samoja hakusanoja kuin Medic-tietokannan haussa.

Taulukko 2. kertoo ensimmäisen tutkimuskysymyksen ” Miten hiljainen raportointi vaikuttaa kirjaamiseen” hakusanat. Rajaus: 2000–2014, gradut, alkuperäistutkimukset ja väitöskirjat.

HAKUSANAT	TIETOKANNAT	YHTEENSÄ	HYVÄKSYTYT	HYLÄTYT
Hiljainen raportointi, raportointi käytännöt, hiljainen raportointi AND kirjaaminen, hoitoyön kirjaaminen AND hiljainen raportointi	Melinda	13	1	12
Hiljainen raportointi, hiljainen raportointi AND kirjaamisen tärkeys	Medic	26	2	24
Hiljainen raportointi ja kirjaaminen	Google Scholar	11	1	10

Taulukko 2. Hakusanat ensimmäiseen tutkimuskysymykseen tietokannoittain

Taulukko 3. kertoo toisen tutkimuskysymyksen ”miten hiljainen raportointi vaikuttaa potilasturvallisuuteen” hakusanat. Rajaus: 2000–2014, gradut, alkuperäistutkimukset ja väitöskirjat.

HAKUSANAT	TIETOKANNAT	YHTEENSÄ	HYVÄKSYTYT	HYLÄTYT
Hiljainen raportointi, raportointi käytännöt AND potilasturvallisuus, hiljainen raportointi AND potilasturvallisuus	Melinda	1	0	1
Potilasturvallisuus AND hiljainen raportti, potilasturvallisuus AND raportti	Medic	32	0	32
Hiljainen raportointi ja potilasturvallisuus	Google Scholar	79	2	77

Taulukko 3. Hakusanat toisen tutkimuskysymyksen tietokannoittain

Taulukko 4. kertoo kolmannen tutkimuskysymyksen ” Miten hiljainen raportointi vaikuttaa tiedonkulkuun hoitajien välillä” hakusanat. Rajaus: 2000–2014, gradut, alkupe-
räistutkimukset ja väitöskirjat.

HAKUSANAT	TIETOKANNAT	YHTEENSÄ	HYVÄKSYTYT	HYLÄTYT
Hoitotyön tiedonkulku, hiljainen raportointi ja tiedonkulku	Melinda	26	0	26
hiljainen raportointi ja tiedonkulku	Medic	18	0	18
hoitajien kokemukset hiljaisesta raportoinnista, nurse change of shift report	Google Scholar	181	2	179

Taulukko 4 Hakusanat kolmannen tutkimuskysymyksen tietokantoihin

5.4 Alkuperäistutkimusten valinta ja laadun arviointi

Kirjallisuuskatsaukseen valittaviin tutkimuksiin määritellään sisään- ja ulosottokriteerit. Taulukossa 5 kerromme meidän opinnäytetyön kriteerit.

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT:
Vuodet 2000–2014	—
Suomenkielinen Englanninkielinen	Muut kielet
Tutkimukset, julkaisut, artikkelit	AMK- opinnäytetyöt
Aineisto joka on saatavilla internetistä sähköisesti tai kirjastoista	Aineisto joka ei ole saatavilla sähköisessä muodossa tai lähikirjastosta

Taulukko 5. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

5.5 Alkuperäistutkimusten sisällönanalysointi ja tulosten esittäminen

Sisällönanalyysillä pyritään luomaan sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisältöanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn. Tutkimusilmiöt pystytään kuvaamaan tällä menetelmällä tiiviisti ja yleisessä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–109.)

Sisältöanalyysiin kuuluu aineiston redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmitely jossa käydään tarkasti läpi ja etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, sekä abstrahointi eli tutkimuksen kannalta oleellisen tiedon erottaminen. (Hiltunen Jyväskylän yliopiston.)

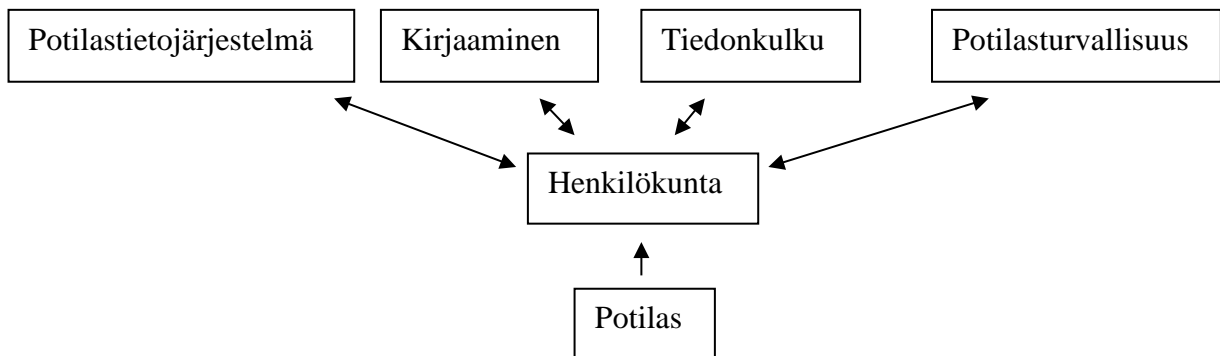
Sisällönanalyysi on työväline, jolla voidaan tuottaa uutta tietoa sekä uusia näkemyksiä. Tutkittavana aineistona voi olla mitä tahansa, jos sitä voidaan koota, analysoida ja

havainnoida. Tutkittava ja analysoitava materiaali voi olla esimerkiksi sanoma- ja aikakauslehdet, elokuvat, radio- ja televisio-ohjelmat. Sisällönanalyysin tulee olla systemaattista toimintaa. Sen tulee myös tukeutua teoriaan. (Anttila 1998.)

6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen tuloksissa yhdistyy kolme tutkimuksenteon keskeistä asiaa: 1) Aikaisemmasta tutkimuksesta rakennettu tutkimustehtävä eli tutkimusongelmat. 2) Uuden tutkimuksen tulokset eli vastaukset kysymyksiin ja ratkaisut ongelmiin. 3) Tutkijan kokonaisnäkemys tutkimuksesta. Tutkimus kirjallisessa muodossa esitettynä ei ole vain tutkimuksen eri vaiheiden mekaanista kirjaamista, tulosten luettelemista tai tilastomenetelmien soveltamista. Julkaisussa on peruseriaatteet, joita tulee noudattaa jotta lukija ymmärtää mistä on kysymys. (Hirsjärvi ym. 2010, 263, 240.)

Pyrimme saamaan vastauksia asetettuihin tutkimusongelmiin. Opinnäytetyömme tutkimusongelmat ovat: Kuinka hiljainen raportointi vaikuttaa kirjaamiseen, raportoinnin luotettavuuteen sekä tiedonkulkuun hoitajien välillä? Analysoimme kuuden tutkimuksen tulokset. Alkuperäistutkimukset ovat Puumalaisen ym. (2003), Laukkasen ym. (2012), Tuukkasen (2010), Dowdingin (2000), Nykänen ym. (2010) ja Ruuhilehto ym. (2011) tekemiä. Nämä tutkimukset olivat laajuudeltaan niin kattavia, että päädyimme analysoimaan juuri näitä tutkimuksia.



Kuva 6. Tutkimustulosten keskeiset käsitteet

6.1 Hiljainen raportointi ja kirjaaminen

Tutkimusten mukaan hiljaiseen raportointiin siirryttäessä hyviä puolia ovat ne että hoitotyön kirjaamiseen ja sairauskertomuksien tutkimiseen kuluva aika lisääntyi. Kir-

jaaminen sekä hoitajien itsenäinen päätöstenteko parantui. Hoitajat huomioivat potilaan näkökulman paremmin hoitoyössä. Yksilöllinen tiedon saanti parantui eli hoitaja voi potilastietojärjestelmästä valita ne tiedot, jotka katsoo potilaan kannalta oleellisiksi. Hoitajat kokivat että raportoitava tieto ei ole muistin varassa ja asenteet ja ennakkoluulot jäävät pois. Puumalaisen ym. (2003) tutkimuksessa ilmeni, että hiljaiseen raportointiin siirryttäessä raportointiin käytetty aika väheni 3,5 tuntia. (Puumalainen, ym. 2003, 4–9; Laukkanen ym. 2012, 19–22)

Hoitajien mukaan hiljainen raportointi mahdollisti enemmän aikaa välittömään potilastyöhön. Hoitajien mukaan kirjaamista tulisi yhdenmukaistaa, jotta tiedot löytyisivät potilastietojärjestelmästä helpommin. Samojen asioiden kirjaaminen useaan lomakkeeseen kertoo vielä sen, etteivät tietojärjestelmät tue hoitotyön kirjaamista. (Puumalainen ym. 2003, 4–9.)

Tutkimuksissa todettiin epäedullisina puolina kirjaamisen tason riittämättömyys sekä halu parantaa kirjaamista ennen hiljaiseen raportointiin siirtymistä. Potilastietojärjestelmä on myös koettu uhkaksi hiljaiselle raportoinnille. Etenkin potilastietojärjestelmien toimimattomuus sekä vaikeaselkoisuus on koettu uhkana. Potilastietojärjestelmien kehittäminen onkin todella tärkeää. Haasteina on vielä tietokoneiden riittämättömyys sekä se, löytääkö uusi henkilökunta potilaan keskeiset tiedot potilastietojärjestelmästä. (Laukkanen ym. 2012, 19 – 27.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tekemässä tutkimuksessa tutkittiin hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyyttä. Tutkimuksesta käy ilmi, että hoitotyön kirjauksessa käytettävä prosessimalli on toimiva, mutta FinCC -luokituskokonaisuus on aivan liian laaja, hienojakoinen ja monitasoinen. Kirjaamismalli on kaikille sama, vaikka tarpeet kirjaamiselle vaihtelevat suurestikin riippuen toimipaikasta ja sen erityispiirteistä. (Nykänen ym. 2010, 56–57.)

Tutkimuksesta käy myös ilmi, että sekä lääkärit että hoitajat kokevat kirjaamisen tärkeäksi osaksi kokonaishoitoa ja hoidon jatkuvuutta. Kuitenkaan hoitotyön tämänhetkinen kirjaamismalli ei tutkimuksen mukaan ole vielä siinä pisteessä, että sitä voitaisiin käyttää moniammatillisesti niin, että se antaisi kaikille potilaan hoitoon osallistuville hoitotyön ammattilaisille riittävästi ajantasaista ja riittävää informaatiota potilaan voinnista ja hoidosta. Moni asia vaikuttaa kirjaamiseen, ja vaikka kaikissa tutkimuksessa mukana olleissa potilastietojärjestelmissä pohjana on kansallinen hoitotyön pro-

sessi malli, eivät kuitenkaan komponentit välttämättä kaikissa vastaa toisiaan. Järjestelmissä on puutteita eivätkä ne kommunikoi keskenään riittävästi johtuen juuri ko. ongelmista eri komponenttien erilaisuuksien vuoksi. (Nykänen ym. 2010, 57.)

Tutkimuksessa käy myös ilmi inhimilliset puutteet erilaisissa tietoteknisissä potilastietojärjestelmissä. Hoitajat joutuvat kirjatessaan miettimään enemmän sitä minkä komponentin alle kirjataan mitäkin potilaan tietoja. Tässä inhimillisyys näyttäytyy siinä, että kirjataan joko samoja asioita useisiin eri kohtiin tai vastaavasti jokin asia saateetaan jättää kirjaamatta puutteellisten komponenttien vuoksi. Hiljaisesta raportoinnista puhuttaessa kirjaamisen tärkeys korostuu ja näin ollen voi olla hankalaa ja aikaa vievää hakea tarvitsemiaan tietoja isoista kokonaisuuksista. (Nykänen ym. 2010, 57–58.)

6.2 Hiljainen raportointi potilasturvallisuuden näkökulmasta

Tuukkasen (2010) mukaan parhainkaan tietojärjestelmä ei korvaa ihmisten vuorovaikutusta. Hänen mielestään hiljainen raportointi vaarantaa potilasturvallisuuden. Hän myös toteaa, että perinteisessä suullisen raportoinnin toteuttamisessakin on parannettavaa, mutta siitä ei tulisi luopua kevein perustein. Hänen mukaansa pahimmat ongelmat ovat päivystysluontoisissa osastoissa joissa potilaat vaihtuvat useasti. Esille nousi myös potilastietojärjestelmien huono kommunikointi keskenään.

HaiPro-tietokantaan tulleiden haittatapahtumien yksi tyypillinen myötävaikuttava tekijä liittyi kommunikointiin ja tiedonkulkuun. Nämä haittatapahtumat ovat jollain tavalla vaikuttaneet potilasturvallisuuteen ja näin ollen niistä on ollut haittaa potilaan hoidossa. Vaikkakaan HaiPro-ilmoituksissa vakavia haittoja potilaalle ei ole aiheutunut kuin noin 1 %:lle, on hoito kuitenkin viivästynyt haittatapahtuman vuoksi, ja näin ollen kustannukset potilaan hoidosta kasvaneet. (Ruuhilehto ym. 2011, 1037.)

Dawn Dowdingin tutkimuksessa todetaan, että n. 50 % hoitajien sanallisesta raportoinnista on sellaista, mikä ei ole kirjattuna potilastiedoissa. Tämä tarkasteltuna hiljaisen raportoinnin kannalta, tarkoittaisi sitä että 50 % potilaan tilan informoinnista jäisi antamatta kun hiljaista raportointia käytetään. Samassa tutkimuksessa Dowding toteaa, että hoitajien on vaikea omaksua kirjattua tietoa ja tallentaa sitä pitkäkestoiseen muistiin. Tämä vaikeuttaa potilaan kokonaihoidon suunnittelua ja toteutusta. Dowding toteaa myös, että vaikka näin onkin, on hoitajien helpompi suunnitella vuoroon tullessaan potilaan hoito omassa vuorossa toimiessaan, koska kirjattu tieto jää parem-

min lyhytaikaiseen muistiin ja näin ollen hoitaja voi poimia kirjatusta tiedosta sen informaation, jota potilaan hoito juuri ko. vuorossa vaatii. Potilasturvallisuuden kannalta tämä taas tarkoittaa, että koska kokonaishoidon suunnittelu ja toteutus jäävät pirstaleiksi, on potilaan hoitoa vaikea arvioida kokonaisvaltaisesti. (Dowding 2000, 844.)

6.3 Hiljaisen raportoinnin vaikutukset tiedonkulkuun hoitajien välillä

Tutkimuksissa ilmeni, että hiljaisella raportoinnilla saavutetaan ajansäästöä. Raportointitilanteita pidettiin rauhallisempina, mikä paransi keskittymistä potilaan asioihin. Tutkimukseen vastanneet kokivat myös turhan puheen jäävän pois, jolloin keskittymisen parantui. Hoitajat kaipasivat suullista raportointia kun palataan töihin pitkiltä vapailta. (Puumalainen ym. 2003, 4–9.)

Heikkoutena pidettiin vuorovaikutuksen, vertaistuen ja yhteisen pohdinnan vähentymistä. Uusien työntekijöiden sekä opiskelijoiden perehdytys potilastietojärjestelmään nousi yhtenä huolenaiheena tutkimuksissa. Tutkimuksissa ilmeni myös, että tiedonkulun katkot sekä puhumattomuus voivat vähentää tiimihenkeä. Kokoneiden hoitajien hiljaisen tiedonkulun siirtymisen pelätään loppuvan kirjalliseen tiedonvälitykseen eli hiljaiseen raportointiin siirryttäessä. Oleellisen tiedon välittyminen suuresta tietotulvasta tuottaa myös ongelmia. (Laukkanen ym. 2012, 24–26; Puumalainen 2003, 4–9.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tekemässä tutkimuksessa käy ilmi myös se, että nykyisellään potilastietojärjestelmät eivät anna riittävää tietoa esim. moniammatillisuuden hyödyntämiseen. Haastatellut lääkärit kokivat, ettei kirjatusta komponenteista ole heille juurikaan hyötyä, vaan kokivat hoitajien kirjoittamat ns. vapaan tekstin osuudet huomattavasti paljon hyödyllisemmiksi. Vaikka tieto olisi lääkäreiden hyödynnettävissä ns. paketteina, tietyn komponentin kirjaukset eivät anna lääkäreille kokonaiskuva potilaan sen hetkisestä voinnista. Lääkärit kokivat mielekkäämpinä ja informatiivisempina hoitajien tekemät yhteenvedot joista selkeästi käyvät ilmi potilaan kokonaisvoinnin kannalta oleelliset tiedot. Haastatellut lääkärit totesivat myös, että hoitajien ajantasainen tieto ei välttämättä kirjauksista tule esille, ja kokivat sen uhkana potilaan hoidolle. Lääkärit toivoivat myös enemmän hoitajan näkökulman kuulluksi tulevista niin kirjauksissa kuin esim. osastoilla olevien potilaiden kohtaamisen yhteydessä. (Nykänen ym. 2010, 57–58.)

Vaikkakin tutkimuksessa todetaan kirjaamisen helpottuneen kirjaamismallien sekä erilaisten potilastietojärjestelmien käyttöönoton myötä sekä antaneen mahdollisuuden hiljaiseen raportointiin vain kirjatun tiedon perusteella, tutkimuksessa todetaan sen myös vaarantavan potilaan kokonaishoitoa. (Nykänen ym. 2010. 58–60.)

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu ja päätelmät

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten hiljainen raportointi vaikuttaa terveydenhuollossa potilasturvallisuuteen, hoitotyön kirjaamiseen sekä tiedonkulkuun hoitajien välillä. Kirjallisuuskatsauksella saatiin vastaus tutkimuskysymyksiin eli siihen, mitkä asiat vaikuttavat hiljaisessa raportoinnissa edellä mainittuihin tutkimuskysymyksiin.

Suullinen raportointi on ollut pitkään käytössä terveydenhuollossa, joten hiljainen raportointi jakaa kovasti mielipiteitä hoitohenkilökunnan keskuudessa. Uudet asiat saavat usein aikaan vastarintaa ja hiljaisen raportoinnin osalla varmasti näin on tapahtunut. Kyse voi olla epävarmuudesta kirjaamiseen ja oleellisen tiedon puuttumiseen kirjauksista. Voisikin olla hyvä miettiä oman yksikön tai toimipisteen käytäntöjä. Jokainen työyksikkö voi soveltaa hiljaista raportointia kunkin yksikön tarpeiden mukaisesti, joten ei ole yhtä ja oikeaa tapaa käyttää hiljaista raportointia.

Hiljaisella raportoinnilla on todettu olevan vaikutuksia kirjaamiseen. Kirjaaminen ei ole vielä sillä tasolla, että hiljaista raportointi voitaisiin käyttää täysin potilasturvallisesti, koska tiedot eivät löydy vielä oikeista paikoista helposti. Näyttää siltä, että henkilökunta tarvitsee paljon lisäkoulutusta kirjaamisessa sekä tietojärjestelmien käytössä. Työorganisaation tulisi motivoida sekä mahdollistaa henkilökunnan koulutusta.

Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen on vaikea käsite, joten hoitohenkilökunta tarvitsee jatkuvaa koulutusta, että se hallitsee hyvin rakenteista kirjaamista. Työorganisaatiolla tulisi olla hyvä perehdytys kirjaamiseen sekä selvät organisaatiokohtaiset ohjeet kirjaamisesta. Näin hoitohenkilökunta saa tarvittavaa tukea oikeaan kirjaamiseen.

Tutkimuksissa oli todettu, että hiljainen raportointi tuo enemmän aikaa välittömään potilastyöhön, koska monesti perinteinen suullinen raportointitilaisuus venyy liian pit-

käksi ja sisältää epäoleellista tietoa (Puumalainen ym. 2003, 4–9; Laukkanen ym. 2012, 26). Toisaalta tutkimuksissa ilmeni, että tärkeiden potilastietojen tulisi olla selkeästi löydettävissä potilastietojärjestelmistä, sillä potilastietojen etsiminen vie myös aikaa.

Potilasturvallisuuden näkökulmasta kirjaaminen tulee olla selkeää, ymmärrettävää ja oikeisiin paikkoihin merkittyjä tietoja. Näin taataan potilaan tietojen löydettävyys oikeista paikoista ja silloin pidetään huoli potilasturvallisuudesta. Esille nousi myös tietojärjestelmien huono kommunikointi keskenään, jolloin potilaan tiedot eivät vielä tavoita kaikkia terveydenhuollon toimipistettä. Tämä vaarantaa potilasturvallisuuden, koska potilaan tarvittavat tiedot eivät välttämättä löydy potilasta hoitavasta yksiköstä.

KANTA-arkisto eli valtakunnallinen potilastietoarkisto mahdollistaa tulevaisuudessa potilastietojen saamisen ympäri Suomea. Tämä helpottaa potilaan hoitoa. (KANTA.) Tämä on yksi askel siihen, että tiedon kulku on varmempaa ja potilaan tietoja saa jokaisessa terveydenhuoltoyksikössä. Onkin hyvä muistaa, että potilaat näkevät näin ollen helpommin omat potilastietonsa ja tulevaisuudessa varmasti lukevat tarkemmin potilastekstejä, joten kirjaamiseen tulee ehdottomasti kiinnittää huomiota.

Tutkimusten mukaan näyttää siltä, että hoitohenkilökunta on epävarma, miten suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin siirtyminen vaikuttaa vuorovaikutukseen ja vertaistuen saamiseen työkaverilta. Hiljaisen tiedon välittyminen kokoneelta hoitajalta on pelätty väistyvän. On kuitenkin mahdollista soveltaa hiljainen raportointikäytäntö jokaisen yksikön tarpeiden mukaan. Hiljaista ja suullista raportointia voidaan käyttää yhdessä tai erikseen.

Hiljainen raportointi ei mielestämme kuvaa raportointikäytäntöä oikein. Nimi *hiljainen raportointi* antaa väärän kuvan raportointikäytännöstä. Hiljainen raportointi antaa kuvan, että raportointitilaisuudet ovat hyvin yksityisiä tilaisuuksia, joissa potilaan tiedot luetaan itsenäisesti ja tilaa tarkentaville kysymyksille ei ole. Nimi on harhaanjohtava, sillä vaikka potilastiedot luetaan itsenäisesti potilastietojärjestelmästä, niin tarkentavat ja hoitajan mielestä tärkeät asiat voidaan käydä läpi suullisestikin.

Kirjaamisen laadun parantumiseen hiljaisen raportoinnin käyttöönoton jälkeen voi myös vaikuttaa se, että toimintayksiköissä joudutaan luomaan yhteiset kirjaamisen käytännöt, mitkä vaikuttavat suoraan kirjaamisen laatuun.

Hiljaiseen raportointiin siirryttäessä tulisi miettiä, millä tasolla kirjaaminen on. Onko työntekijöille annettu tarpeeksi koulutusta ja myös niissä velvoitettu käymään? Kirjaamisen tärkeyttä ei koskaan painoteta liikaa eikä etenäkään silloin kun on kyse potilasturvallisuudesta.

Yhdeksi suureksi haasteeksi koimme tätä työtä tehdessä tuoreiden tutkimusten saatavuuden. Hiljaista raportointia ei juuri ole aikaisemmin tutkittu, joten opinnäytetyömme otanta on siksi hyvin niukka. Kuitenkin saatavilla olevista relevanteista tutkimuksista nousi esille ne tiedot, jotka ovat mielestämme hyvin keskeisiä asioita hiljaisessa raportoinnissa. Pohdimme myös, miksi hiljaisesta raportoinnista on hyvin vähän tietoa, vaikka tämä raportointi käytäntö on jo käytössä monessa terveydenhuoltoyksikössä.

7.2 Työn luotettavuus ja eettisyyden arviointi

Tutkimuksen **reliaabelius** tarkoittaa kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksi. Jos kaksi tutkimuksen arviointia tekevää on päässyt samaan tulokseen, voidaan tulosta pitää reliaabelina. **Validius** eli pätevyys tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on hyvä pohtia, miten tulisi kertoa lukijalle tarkoin, mitä ovat tutkimuksessa tehneet sekä miten on päädytty tulokseen. Luotettavuutta kohentaa laadullisessa tutkimuksessa se, että selostetaan tarkasti tutkimuksen toteuttaminen. (Hirsjärvi ym. 2010, 231–232.)

Opinnäytetyötä on tehty hyvien eettisten periaatteiden mukaisesti, joten olemme ottaneet huomioon seuraavat asiat: työtämme ei ole plagioitu, tuloksia ei ole sepitetty eikä niitä ole kaunisteltu. Raportointi ei ole harhaanjohtavaa eikä puutteellista. Olemme arvioineet opinnäytetyömme luotettavuutta koko tutkimusprosessin ajan. Työn luotettavuutta parantaa se, että tutkimusta on tehnyt kaksi henkilöä. Lisäksi alkuperäistutkimukset ovat olleet laadukkaita.

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Hiljaista raportointia käytetään jo hyvinkin laajasti monessa terveydenhuolto yksikössä. Mielestämme tärkeää olisi tutkia hiljaisen raportoinnin toimivuutta paljon enemmän. Potilasturvallisuuden ja katkeamattoman tiedon välityksen kannalta on tärkeää saada selville, miten hiljainen raportointi oikeastaan toimii. Koska kyseinen raportoin-

tikäytäntö on jo monessa paikkaa käytössä, on siitä mahdollista tehdä kattavampia tutkimuksia.

Potilastietojärjestelmien toimivuus ja oikeiden tietojen löytyminen oikeista paikoista nousi esille tutkimuksista. Yhtenä jatkotutkimusehdotuksena onkin, miten potilastietojärjestelmät toimivat ja palvelevatko ne hiljaista raportointia niin, että kaikki tieto löytyy oikeista paikoista. Miten sijaiset perehdytetään käyttämään hiljaista raportointia, sekä onko toimipaikalla selkeät kirjaamisohjeet joista työntekijä pystyy katsomaan toimipaikan tavan kirjata? Pitäisikö olla selkeämmät yhtenäiset kirjaamiskäytännöt, ettei sijaisten tarvitse jokaisessa paikassa opetella ”talon tapoja”.

8 LÄHTEET

Aaltonen, L.-M. & Rosenberg, P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Tampere: Tammerprint Oy

Anttila, P. 1998. Tutkimuksen ja tiedonhankinta. Sisällönanalyysi. Saatavissa: http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimistaito_ja_tiedon_hankinta/09_tutkimusmenetelmat/30_sisallanalyysi [viitattu 19.9.2014]

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino.

Chaboyer, W. 2011. Clinical Handover. Luentosarja. 17.3.2011. NHMRC Centre of Research Excellence in Nursing Care for Hospitalized Patients

Dowding, D. 2001. Examining the effects that manipulating information given in the change of shift. *Journal of Advanced Nursing* 33(6), s. 836–846.

Finlex 1999. Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523> [viitattu 16.3.2014]

Finlex 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> [viitattu 14.3.2014]

Finlex 2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159#a21.12.2010-1227> [viitattu 19.3.2014]

Finlex 1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. [viitattu 13.3.2014]

Finlex 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009/298. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298> [viitattu 14.2.2014].

Hallila, L. 1999. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. 2. painos. Tampere: Tammerpaino Oy.

- Hallila, L. (Toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.
- Hiltunen, L. Graduaineiston analysointi. Jyväskylän yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2010. 15.–16. painos. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. 5. – 6. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hurri, S. 2006. Tieto kulkee hiljaakin. Sairaanhoidaja-lehti Nro 8/2006. s. 5-8.
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7. painos. Helsinki: Pro sanoma
- Isola, A. & Laitinen, P. 1995. Hoitotyön sisältö ja hoitohenkilöstön työajan käyttö geriatriisella osastolla. Hoitotiede 5, 249–255.
- Janhonen, S., Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Jyväskylä: WSOY
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampereen Yliopistopaino oy.
- Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kilpeläinen, L. 1993. Työvuorojen vaihtuessa pidettävien suullisten tiedotustilaisuuksien tehtävät terveyskeskuksen vuodeosastolla. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos.
- KANTA 2014. Potilastiedon arkisto. Saatavissa: <http://www.kanta.fi/earkisto-esittely> [viitattu 10.10.2014]
- Kinnunen, M., Aaltonen, L.-M., Malmström, R. 2013, Potilasturvallisuuden perusteet. 3.03 Vaaratapahtumien raportointi. 1. painos. Tampere: Kustannus Oy Duodecim.

Koivukoski, S., Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry

Lehtovirta, J., Vuokko, R. 2014. Terveystieteiden rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Helsinki: Suomen yliopistopaino Oy

Liljamo, P., Kinnunen, U-M., Ensio, A. 2012. FinCC -luokituskokonaisuuden Käyttöopas. Helsinki. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Lukkari, L., Kinnunen, T., Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma pro Oy

McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M. 2009. Implementing Bedside Handover: Strategies from Change Management. Journal of Clinical Nursing. Saatavissa: http://www98.griffith.edu.au/dspace/bitstream/handle/10072/34146/64540_1.pdf;jsessionid=DFDD9E37D91BE5F289E9837E87E2AA67?sequence=1 [viitattu 9.4.2014]

Niemi, T., Nietosvuori, L., Virikko, H. 2005. Hyvinvointialan viestintä. 1. painos. Helsinki: Edita Prima

Nykänen, P., Junttila, K. 2012. Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Helsinki: THL

Nykänen, P., Viitanen, J., Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Loppuraportti. Saatavissa: <http://www.sis.uta.fi/cs/reports/dsarja/D-2010-7.pdf> [viitattu 13.10.2014]

Puumalainen, A., Långsted, K., Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedon välitykseen. Tutkiva hoitotyö Vol. 1. s. 4–9.

Roivas, M., Karjalainen, A. 2013. Sosiaali- ja terveysalan viestintä. Helsinki: Edita

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K., Sonninen, A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen 2. painos. Porvoo: WSOY

STM. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 – 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf [viitattu 13.4.2014].

Tehy. 2012. Kielitaito puntarissa. Saatavissa: <http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2012/3-2012/kielitaito-puntarissa/> [viitattu 30.6.2014]

Tuukkanen, J. 2010. Hiljainen raportointi vaarantaa potilasturvallisuuden. Finnanest-lehtileike.

THL. 2014. Tilastotietoa potilasturvallisuudesta. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivut. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/tilastotieto [viitattu 12.4.2014]

Tuomi, P. 1994. Hoitajien käsityksiä vuodeosastojen raportointitilaisuuksista. Opinnäytetutkielma. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos.

Hoitotyön raportointia ja sähköistä kirjaamista käsittelevät tutkimukset terveydenhuollossa vuosilta 2003–2012

TEKIJÄ, VUOSI JA TUTKIMUKSEN NIMI	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	TUTKIMUSMENETELMÄT/OTOS	TULOKSET
Kaarin Ruuhilehto, Minna Kaila, Timo Keistinen, Marina Kinnunen, Lauri Vuorenkoski ja Jarkko Wallenius; 2011; HaiPro – millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007 – 2009.	Tutkimuksessa kuvataan HaiPro - raportointijärjestelmän ilmoituksia ja pohditaan yksiköiden sisäiseen kehittämiseen tähtävään raportointimenettelyn roolia ja mahdollisuuksia potilasturvallisuuden kansallisessa kehittämisessä ja seurannassa.	Tutkimusaineiston muodostavat HaiPro – tietokantaan 36 käyttäjäorganisaatiosta 5.5.2007–31.12.2009 kertyneet 64 405 ilmoitusta potilasturvallisuuden vaarantumisesta.	Useimmat (51 %) ilmoitettua tapahtumista liittyivät lääkkeisiin ja lääkitysprosessiin. Yleisimmät lääkitystapahtumat olivat kirjaamis-, jako- ja antovirheitä. Tapaturmien ja tiedonvälityksen puutteiden osuus oli yhteensä neljäsosa kaikista ilmoitetuista tapahtumista. Yleensä potilaalle ei aiheutunut haittaa. Vakavia haittoja on liittynyt 1 %:iin kaikista ilmoitetuista tapahtumista.
Jaakko Helenius 2011 Terveydenhuollon tietojärjestelmien uhat potilaille ja henkilökunnalle	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaisia uhkia perusterveydenhuollon tietojärjestelmät voivat aiheuttaa potilaille ja hoitohenkilöstölle.	Internetin välityksellä lähetetyt kyselykaavakkeet johon osallistui 32 Lääkäreitä sekä 102 hoitajaa.	Eniten potilaan turvallisuutta uhkaavia tilanteita olivat: eri organisaatioiden välillä tieto ei kulje, käyttökatkokset, verkkoyhteyksien hitaus sekä yleensä lääkitykseen liittyvät asiat. Tiedon laatu ja virheet olivat myös yhtenä ongelmana.
Pirkko Nykänen Johanna Viitanen Anne Kuusisto 2010 Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys	Tavoitteena oli arvioida kansallisen kirjaamismallin käytettävyyttä, hoitokertomusten käytettävyyttä valituissa potilastietojärjestelmissä sekä hoitotyön prosessimallin, luokitusten ja hoitokertomusten soveltuvuutta ja käytettävyyttä moniammatillisessa hoitotyössä, erityisesti tiedonvälityksessä lääkärin ja hoitohenkilökunnan kesken	Tutkimus oli luonteeltaan käytännöllinen käytettävyyden arviointitutkimus, ja se suoritettiin 4-vaiheisena; 1. arvioitiin, 2. tutkittiin 3. haastattelu 4. aineiston analysointi. käytettävyydetutkimus toteutettiin terveydenhuollon yksiköissä; perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido ja yksityinen terveydenhuolto. Yhteensä hoitajia 24, lääkärit 8, Hoitokertomuksen osalta yhteensä 18 hoitajaa.	Tutkimuksen tulokset osoittavat ongelmia sekä kirjaamismallissa, moniammatillisuuden mahdollisuuksissa että hoitokertomuksissa. Kirjaamismalli on liian yksityiskohtainen ja hienojakoinen ja mallin mukaan kirjattaessa potilaan hoitoprosessi pilkkoutuu pieniin osiin ja tietojen hyödynnettävyys ja saatavuus on heikkoa.
Ruuskanen Susanna 2007 Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen – kehitystyöhön osallistu-	Tutkimuksen tarkoitus on arvioida raportoinnin kehittämistoiminnan tuloksen syntyneitä raportointikäytäntöä.	Laadullinen tutkimus. Haastattelu tehtiin 4-6 hengen ryhmissä. 6 osastoa johon kuului osastojen hoitohenkilökunta sekä näiden osastojen osastonhoitajat.	Suullisen raportoinnin sisältö sekä ajankäyttö olivat muuttuneet. Raportointitavat olivat myös muokautuneet erilaisiksi. Hoitotyön kirjaaminen, suunnittelu ja toteutus vastasi-

neiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta Pro gradu - tutkielma			vat paremmin hoitotyön tarpeita. Muutoksia oli jokaisella osastolla.
Tiina Turtiainen 2005 Tutkimusraportti Hoitotyön kirjaamiseen perustuva raportointikäytäntö osastolla K10	Ajankäytön mittaaminen. Tavoitteena oli korvata perinteinen raportointi käytäntö kirjallisella tiedonsiirrolla työvuorojen vaihtuessa	40 hoitajaa. Käytännöllinen lähestymistapa. (työaikoja mittaamalla ennen muutosta, sekä muutoksen jälkeen) Hyksin Lasten syöpä- ja veritautiosasto K10	Kirjaaminen oli parantunut sekä päivittäisten hoitotöiden toteutus oli monelta osalta parantunut. Hiljainen raportointi vähensi tutkimuksen mukaan raportointi aikaa noin 3,5 h vrk.
Puumalainen Anne Långstedt Karin Eriksson Elina 2003 Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen Tutkiva hoitotyö Vol.1	Tutkimuksen tarkoitus on kuvata HUS:n Meilahden sairaalassa sisätautien toimialalla toteutettu kehittämissuunnitelma. Tavoitteena oli korvata totuttu raportointikäytäntö, kirjallisella tiedonsiirrolla työvuoron vaihtuessa.	Toteutettu toimintatutkimusena eli projektiin osallistuvat määrittelevät yhdessä mahdollisia ongelmia. Osastoja oli 6 ja tutkimusajankohtana osastolla työskenteli 177 hoitajaa	Hoitotyönkirjaamiseen aikaa kului tutkimuksen mukaan enemmän sekä sairaskertomusten tutustamiseen käytettiin enemmän aikaa. Suorapotilastyö lisääntyi. Suulliseen tiedottamiseen käytettiin vähemmän aikaa. Tutustuminen potilaspapereihin lisääntyi. Kirjaaminen osastolla oli parantunut. Perushoitajat käyttivät enemmän aikaa suoraan potilastyöhön, kuin sairaanhoitajat. Hiljaista raportointia ei katsottu parantavan hoidon jatkuvuutta tai osaston yhteishenkeä. 95 % hoitajista halusi jatkaa raportointikäytäntöä.
Dawn Dowding 2000 Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses' care planning ability	Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia raportin sisällön ja tyylin muutosta vuorojen vaihtuessa ja kuinka se vaikuttaa yksilön kykyyn suunnitella potilaan hoitoa.	48 sairaanhoitajaa akuutilta kirurgiselta vuodeosastolta sekä akuutilta osastolta.	Tulokset osoittivat, että raportoinnin tyyppillä oli merkittävä vaikutus yksilön kykyyn suunnitella potilaan hoitoa sekä kuulun informaation sisällön tarkkaan tallentamiseen ja muistamiseen.
Dawn Lamond; 2000 The information content of the nurse change of shift report: a comparative study	Tutkimuksessa tarkastellaan vuororaportin muutosta ja sen roolia sairaanhoitajan tietojen käsittelyssä sekä hoidon suunnittelussa. Siinä pyritään myös tunnistamaan onko jokin tieto raportissa ”avainominaisuksiltaan” sellainen jonka avulla yksilö varmistaa tiedon tallentumisen pitkän aikavälin muistiin	Tutkimus tehtiin potilas tiedoilla sekä raportoinneilla 60 potilaasta jotka oli valittu kahdesta kansallisesta terveyspalvelujen sairaalasta säätiöistä Koillis- Englannista. Informaation määrää ja tyyppiä tutkittiin jokaisesta lähteestä, sekä informaation järjestystä vuororaportissa jokaisessa lähteessä.	Tulokset viittaavat siihen, että muutos vuororaportoinnissa sisältää ”avainominaisuuksia”. Kyseisten ”avainominaisuuksien” olemassaolo saattaa helpottaa potilastietojen käsittelyä vuororaportin viestinnässä, joka johtaa tehokkaampaan hoidon suunnitteluun.

TUTKIMUS	ALKUPERÄINEN ILMAISU	PELKISTETTY ILMAISU	YLÄKATEGORIA
<p>Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurse's care planning ability</p> <p>2000</p> <p>Dawn Dowding</p>	<p>Tutkittaessa hoitajien kirjoittamia potilastietoja, alle puolessa niistä informaatio ei ole kirjattu tarkasti. Tästä voidaan päätellä, että raportointi tilaisuudessa kommunikoidessa suullisesti, informaatio lisääntyy n. 50 % ja tieto ei ole ns. tarpeellista, koska sitä ei ole kirjattu potilastietojärjestelmiin.</p> <p>Henkilö ei pysty omaksumaan tai muistamaan kuulemaansa tarkasti, näin ollen potilaan hoidon suunnittelu pelkästään kuullun raportin perusteella on vaikeampaa. Tämä voi viitata siihen, että suullinen raportointi ei ehkä olekaan paras tapa välittää tärkeää tietoa potilaista vuoron vaihtuessa. Tästä johtuen on pyritty kehittämään uusia tapoja raportoida.</p>	<p>Hoitajien suullinen raportti on 50 % enemmän hoidosta kertomista, kuin mitä potilastietojärjestelmiin on kirjattuna.</p> <p>Suullinen raportointi muoto ei ole ehkä paras mahdollinen raportointi muoto. Tämän vuoksi on pyritty kehittämään uusia tapoja raportointiin, esim. hiljainen raportointi.</p>	<p>Kirjaaminen potilastietojärjestelmiin on puutteellista.</p> <p>Hiljainen raportointi on kehitetty raportoinnin tarkkuutta lisääväksi raportointimuodoksi.</p>
<p>Haipro – millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007–2009</p> <p>2011</p> <p>Ruuhilehto K. Kaila M. Keistinen T. Kinnunen M. Vuorenkoski L. Wallenius J.</p>	<p>Kommunikoinnissa ja tiedonkulussa sekä toimintatavoissa todettiin varsin usein ongelmia, jotka lisäsivät haittatapahtumariskiä. Esimerkiksi henkilö ei ollut saanut tehtävänsä onnistumisen kannalta välttämätöntä tietoa tai sitä ei ollut löytynyt potilaskertomusjärjestelmästä. Saatutkin tiedot saattoivat olla puutteellisia tai epäselviä.</p>	<p>Kommunikoinnin ja tiedonkulun ongelmat aiheuttavat usein haittatapahtumia. Usein ongelmat olivat potilaskertomusjärjestelmän kirjauksissa.</p>	<p>Kommunikoinnin ja tiedonkulun ongelmat lisäävät haittatapahtumariskiä ja vaikuttavat näin potilasturvallisuuteen.</p>

<p>Suullisesta raportoinnista kirjallisen tiedon välitykseen</p> <p>2003</p> <p>Puumalainen A.</p> <p>Långsted K.</p> <p>Eriksson E.</p>	<p>Välillisessä potilastyössä eniten aikaa kului ennen muutosta raportointi tilaisuuksiin (19 %) ja muutoksen jälkeen hoitotyön kirjaamiseen (21 %).</p> <p>Valtaosa hoitajista koki käyttäneensä muutoksen jälkeen enemmän aikaa hoitotyön kirjaamiseen, sairauskertomuksiin tutustumiseen ja suoraan potilastyöhön.</p> <p>Raportointi käytännön muutoksen myötä lähes kolme neljäsosaa hoitajista koki kirjaamisen parantuneen ja potilaille jäävän enemmän aikaa. Sen sijaan muutoksen ei katsottu parantavan hoidon jatkuvuutta tai osaston yhteishenkeä.</p> <p>Monet vastaajat esittivät, että kirjaaminen hoitosuunnitelmiin ei vielä ole riittävän hyvällä tasolla.</p>	<p>Raportointi tilaisuudet vievät hoitajien työaikaa.</p> <p>Hoitajilla oli enemmän aikaa kirjata potilastietoja sekä tutustua potilaan sairauskertomuksiin.</p> <p>Siirryttäessä hiljaiseen raportointiin hoitajat kokivat kirjaamisen laadun parantuneen sekä potilaalle jääneen enemmän aikaa. Kuitenkin hoidon jatkuvuutta ja osaston yhteishenkeä sen ei koettu parantavan.</p> <p>Kirjaaminen hoitosuunnitelmiin ei ole riittävän hyvällä tasolla jotta hiljaiseen raportointiin voitaisiin siirtyä.</p>	<p>Hoitotyön kirjaamisen kehittämisen kannalta hiljainen raportointi on hyvä tapa toimia.</p> <p>Hoitajien tieto potilaasta lisääntyi sekä kirjaaminen parantui hiljaiseen raportointiin siirryttäessä.</p> <p>Riittävästi aikaa saatuaan hoitajat kokivat että kirjaaminen parantui ja potilastyöhön jäi enemmän aikaa.</p> <p>Hoidon jatkuvuus ja osaston yhteishenki kuitenkin kärsivät hiljaiseen raportointiin siirryttäessä</p> <p>Kirjaaminen hoitosuunnitelmiin on puutteellista mikä ei edistä hiljaisen raportoinnin käyttöön ottamista.</p>
<p>Hiljainen raportointi vaarantaa potilasturvallisuuden</p> <p>2010</p>	<p>Sairaalamaailmaan on tullut hoitotyön tietojärjestelmien myötä uudenlaisia uhkakuvia, kun monissa paikoissa on luovuttu hoitohenkilökunnan perinteisistä suullisista raporteista ja siirrytty toiminnan tehostamisen nimissä ns.</p>	<p>Siirtyminen tietojärjestelmien kautta tapahtuvaan hiljaiseen raportointiin luo uudenlaisia uhkakuvia.</p>	<p>Hiljaiseen raportointiin siirryttäessä uhkakat kasvatavat.</p>

<p>Tuukkanen J.</p>	<p>hiljaiseen raportointiin.</p> <p>Hoitotieteilijöiden tehokkaasti markkinoima, erillinen hoitotyön tietojärjestelmä ja siihen liittyvä hiljainen raportointi vaarantavat potilasturvallisuuden.</p> <p>Parhainkaan tietojärjestelmä ei korvaa ihmisten välistä vuorovaikutusta, joka on aina samalla oppimis- ja tarkistus-tilanne.</p>	<p>Hoitotyön tietojärjestelmien käyttö raportoinnissa vaarantaa potilasturvallisuuden</p> <p>Tietojärjestelmät terveydenhuollossa eivät korvaa vuorojen vaihtuessa tapahtuvaa vuorovaikutusta.</p>	<p>Potilasturvallisuus vaarantuu.</p> <p>Vuorovaikutuksella vuorojen vaihtuessa on iso merkitys oppimisen ja tarkistamisenkin kannalta.</p>
<p>Hiljainen raportointi Turun yliopistollisessa keskussairaalassa</p> <p>2012</p> <p>Laukkanen L.</p> <p>Lehti T.</p> <p>Hassinen T.</p> <p>Hupli M.</p>	<p>Jos kirjaaminen on huonoa, keskeisen tiedon välittyminen ja potilasturvallisuus vaarantuvat.</p> <p>Erityisesti potilastietojärjestelmien toimimattomuus ja lokeroisuus muodostavat uhan potilasturvallisuudelle samoin kuin hoitajien riittämättömät atk-taidot.</p>	<p>Kirjaamisen laatu vaikuttaa potilasturvallisuuteen.</p> <p>Potilastietojärjestelmien toimimattomuus ja hoitajien huonot atk taidot ovat uhka potilasturvallisuudelle.</p>	<p>Kirjaamisen laatu vaikuttaa potilasturvallisuuteen</p> <p>Uhka potilasturvallisuudelle.</p>
<p>Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys</p> <p>2010</p> <p>Nykänen P.</p> <p>Viitanen J.</p>	<p>Tässä hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyystutkimuksessa nousi esiin tarve huomioida sekä kirjaamismallin sekä hoitokertomuksen kehittämistyössä erilaiset hoitotyön toimintaympäristöt ja niiden ominaispiirteet.</p>	<p>Hoitajilla on erilaisia kirjaamiseen liittyviä tarpeita ja myös lääkäreillä on eri ympäristöissä erilaisia tarpeita kirjatun tiedon hyödyntämiseen.</p>	<p>Kirjaaminen on puutteellista, tietojärjestelmien käytettävyydenkin takia.</p>

Kuusisto A.	Hoitotyön prosessimalli on toimiva mutta FinCC-luokituskokonaisuus on liian laaja, monitasoinen ja hienojakoinen ja sen käyttö on aikaa vievää ja vaatii oppimista ja muistamista.	Kirjaamismallin käyttö vaatii vielä kehittämistä jotta siitä saadaan toimiva malli terveydenhuollon käyttöön, riippumatta toimipaikasta.	Hiljaisen raportoinnin toimivuuden kannalta kirjaaminen ei vielä ole sillä tasolla millä sen tulisi olla jotta tällainen raportointi muoto voisi toimia.
--------------------	--	--	--