



**TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
ÅBO YRKESHÖGSKOLA**

Opinnäytetyö

**KIRJALLISEN ELI HILJAISEN
RAPORTOINNIN KEHITTÄMINEN
SALON TERVEYSKESKUSSAIRAALA
OSASTO 3:LLA**

Heli Asklöf

**Tutkintoon johtava aikuiskoulutus
Hoitotyön koulutusohjelma
2010**

OPINNÄYTETYÖ (AMK) / TIIVISTELMÄ
TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma / Tutkintoon johtava aikuiskoulutus
Marraskuu 2010 / 28 sivua
Ohjaaja: Camilla Strandell-Laine

Heli Asklöf

KIRJALLISEN ELI HILJAISEN RAPORTOINNIN KEHITTÄMINEN SALON TERVEYSKESKUSSAIRAALA OSASTO 3:LLA

Suullinen raportointi on perinteinen osa hoitotyötä ja huolimatta muutostarpeesta se toteutetaan edelleen samalla tavalla kuin se on toteutettu vuosikymmenten ajan. Raportointitilaisuus kuluttaa työaika ja työvoimaresursseja, mikä vähentää välittömään potilastyöhön käytettävää aikaa. Työn sisällön ja työajan käytön tutkimuksessa käy ilmi, että hoitotyön kirjaamiseen käytetään huomattavasti vähemmän aikaa kuin raportointitilaisuuteen osallistumiseen.

Opinnäytetyössä kehitetään kirjaamisen malli Salon terveyskeskussairaala osasto 3:lle. Kirjaamisen malli tukee siirtymistä kirjalliseen eli hiljaiseen raportointiin. Opinnäytetyön menetelmänä käytetään tutkivaa kehittämistä eli tutkimus- ja kirjatieta välitetään ja siirretään käytännön toimintaan.

Raportointikulttuurin muutosta kehitettiin vaiheittain eteenpäin mutta pysyväksi käytänneeksi se ei muodostunut. Muutoksen toteutuminen olisi vaatinut koko hoitohenkilökunnan yhteistä tahtoa kehittää ja kehittyä. Suullinen raportointi on kehittynyt positiiviseen suuntaan, sisältö on tiiviimpää ja ajankäyttö vähentynyt.

ASIASANAT:

Hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön raportointi, hoitotyön kehittäminen

BACHELOR`S THESIS / ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing / Bachelor`s degrees for adults

November 2010 / 28 pages

Instructor: Camilla Strandell-Laine

Heli Asklöf

DEVELOPING WRITTEN OR SILENT REPORTING AT DEPARTMENT 3 IN SALO HEALTHCARE HOSPITAL

Spoken reporting is a traditional part of nursing in spite of modification. Reporting effectuates still on the same way as it has done a decade. Reporting occasion spends working hours and labour resources which decreases time for use instantly patient work. Research of works content and working time finds out that nursing booking used less time as sitting in reporting occasion.

In this bachelor`s thesis developing booking model at department 3 in Salo healthcare hospital. Booking model supports proceed to written or silent reporting. Thesis method is used investigative developing. Research and book knowledge are transferring in to practice.

Changes of reporting culture developed by pieces but it never became to permanent practice. If changes has came true it would necessitate that employees will develop together. Spoken reporting has developed positive way cause content is more effective and used time is decreased.

KEYWORDS:

Nursing booking, nursing reporting, nursing developing

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 KIRJAAMISKÄSITTEITÄ JA LAINSÄÄDÄNTÖÄ	6
2.1 Kirjaamisen keskeisiä käsitteitä	6
2.2 Kirjaamisen oikeudellinen perusta	6
3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	7
3.1 Hoitotyön luokitukset	8
3.2 Sähköinen kirjaaminen	9
3.2.1 Effica-potilastietojärjestelmä	10
3.2.2 Aurora Osasto-ohjelmisto	11
4 HOITOTYÖN RAPORTOINTI	11
4.1 Suullinen raportointi	13
4.2 Kirjallinen eli hiljainen raportointi	14
4.3 Vuoteenvierusraportointi	14
5 HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN TYÖYHTEISÖSSÄ	15
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA MENETELMÄ	16
7 HILJAISEN RAPORTOINNIN KEHITTÄMINEN	17
7.1 Kehittämisympäristön kuvaus	17
7.2 Kehittämistarpeen kuvaus	18
7.2.1 Hiljaisen raportoinnin hyödyt ja haitat	19
7.3 Kehittämistyön toteutus	20
7.4 Raportoinnin kehittämisen toimintamalli osasto 3:lla	21
7.4.1 Hoitotyön kirjaaminen	21

7.4.2 Hiljainen raportointi	22
8 POHDINTA	23
LÄHTEET	26

1 JOHDANTO

Suomessa ikääntyvien pitkäaikaishoidossa on hoitohenkilökunnasta potilaiden määrään nähden pulaa. Hoitohenkilökunnan vähyys vaikuttaa hoitotyön laatuun heikentävästi. Suomessa henkilöstömäärien kehitys ei ole vastannut sosiaali- ja terveystaloudellisia tavoitteita, joissa korostetaan varautumista ikääntyneiden määrän ja palvelutarpeen kasvuun. (Voutilainen, Backman & Isola 2005, 166–170.) Hoitohenkilökunnan vähyys ja laadun vaatimustason nousu ovat aiheuttaneet tarpeen tutkia, miten hoitotyötä voitaisiin kehittää ja suunnitella niin, että hoitotyön laatu ei heikkenisi tehokkuuden kustannuksella. Hyödyllinen menetelmä hoitotyön kehittämiseen on työn sisällön ja työajan käytön tutkimus. (Harrison & Nixon 2002, 158–160.)

Salon seudun kansanterveystyön kuntaliiton Perniön vuodeosastolla (1.1.2009 Salon terveyskeskussairaala osasto 3) toteutettiin huhtikuussa 2007 hoitohenkilökunnan työn sisällön ja työajankäytön tutkimus. Heinosen (2007) tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa kokonaiskuva vuodeosaston hoitohenkilökunnan työn sisällöstä, kuvata työhön sisältyvät tehtävät, luokitella eri tehtävien osuus kokonaistyöajasta sekä kuvata, miten eri tehtävät jakautuvat eri ammattiryhmissä ja eri työvuoroissa. Tutkimus toteutettiin täyttämällä työajan seurantalomaketta viikon ajan jokaisessa työvuorossa. Tutkimustuloksissa ilmeni eniten työaikaan käytettävän raportille osallistumiseen 8,91 %, kun taas raporttien kirjoittamiseen käytettiin vain 3,19 % työajasta.

Tässä opinnäytetyössä kehitetään Salon terveyskeskussairaalan osasto 3:n raportointikäytäntöä suullisesta raportoinnista kirjalliseen eli hiljaiseen raportointiin, laatimalla osastolle toimintamalli kirjaamisesta potilaan hoitoprosessin aikana vuodeosastolla. Kirjaamisen toimintamalli tukee kirjalliseen eli hiljaiseen raportointiin siirtymistä. Laadukkaaseen hiljaiseen raportointiin siirtyminen edellyttää myös hyvää jäsenneltyä kirjaamisesta (Telaranta 1997, 225).

2 KIRJAAMISEN KÄSITTEITÄ JA LAINSÄÄDÄNTÖÄ

2.1 Kirjaamisen keskeisiä käsitteitä

Hoitotyön suunnitelma on potilaskohtaisesti laadittu, yksilöllinen suunnitelma potilaan hoidon toteuttamiseksi ja kokonaiskuvaus potilaan saamasta hoitotyön palvelusta. Suunnitelma perustuu potilaan tilan ja voinnin analysointiin ja hoidollisten ongelmien määrittelyyn hoidon alkuvaiheessa. Hoitotyön suunnitelmassa ilmenevät potilaan esitiedot, tarpeet, ongelmat ja niiden tärkeysjärjestys, voimavarat, tavoitteet, toiminnot ja menetelmät hoidollisten ongelmien ratkaisemiseksi sekä hoidon seuranta ja arviointi. Hoitotyön suunnitelmaan sisältyy myös hoitojakson loppuarviointi. Hoitosuunnitelma ohjaa hoitotyön toimintaa. (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 54–55; Hallila 1998, 14.)

Hoitotyön kirjaaminen on hoitotyön suunnitelman kirjaamista, sekä potilaan tilan seurannan kirjaamista arvioivasti, kuvaillen myös hänen kokemuksiaan. Kirjaamiseen liittyy myös muiden hoitotyön kokonaisuuteen vaikuttavien olennaisten asioiden kirjaaminen. (Eriksson, Koivukoski & Riukka 1999a, 27.) Hoitokertomus on sähköisessä kirjaamisessa käyttöön otettu käsite, jonka tarkoituksena on hoitosuunnitelman yhdistäminen päivittäisten hoitotyön kirjausten kanssa (Ensio & Saranto 2004, 33).

2.2 Kirjaamisen oikeudellinen perusta

Potilaslain 12§:n säännös velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön ja kunkin toimintayksikön laatimaan ja säilyttämään potilasasiakirjat siten kuin sosiaali- ja terveysministeriö tarkemmin määrää (Laki Potilaan asemasta ja oikeudesta 785/92). Terveydenhuollon ammattihenkilöiden velvollisuudesta laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä pitää salassa niihin sisältyvät tiedot säädetään myös terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/94) 16§:ssä, joka sisältää viittauksen potilaslakiin.

Keskeinen kirjaamista koskeva laki on potilasvahinkolaki (585/96), jonka mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Potilasvakuutuskeskuksella on oikeus saada tar-

peellisiä tietoja terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittavilta. Täsmällisen kirjaamistiedon merkitys on oleellista potilasturvallisuudelle ja hoitajien oikeusturvalle.

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet (2001) edellyttävät, että terveydenhuollon palveluja saavan potilaan hoidon aikaiset tiedot ovat virheettömiä ja asianmukaisia. Perusperiaatteena on, mikä on kirjattu, on tehty. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden velvollisuus on merkitä potilasasiakirjoihin tarpeelliset tiedot, joiden avulla voidaan suunnitella ja toteuttaa potilaan hoitoa sekä edistää hoidon jatkuvuutta. (Hallila 2005, 111; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 1-2.)

3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Hoitotyössä kirjaaminen tulee tapahtua hoitosuunnitelman avulla. Hoitotyön kirjaamisella luodaan edellytykset potilaan hoitoprosessin etenemiselle ja jatkuvuudelle. Hoitosuunnitelman laatiminen yhteisesti sovitun rakenteen mukaan helpottaa potilaan kannalta olennaisen ja yksilöllisen tiedon kirjaamista. Kirjaamisesta tulee ilmetä, miten potilasta on hoidettu sekä hoidon lopputulos. (Nissilä 2005, 56–57; Hallila 1998, 17–18.)

Näyttöön perustuva hoitotyö on prosessi, joka jäsentää kirjaamista korostaen menettelyä, jossa tehdään oikeita asioita oikealla tavalla oikealle potilaalle oikeaan aikaan. Näyttöön perustuvassa kirjaamisessa tulee näkyä minkälaiseen tietoon päätökset perustuvat ja mitä hoitotyön keinoin saatiin aikaan. Kirjaamisen tavoitteena on, että potilaat saavat asiakirjoistaan luotettavaa tietoa hoitoon ja terveyteen liittyvistä vaihtoehdoista, hoitotyön tehottomat auttamiskeinot karsiutuvat, voimavarat kohdistetaan oikein ja taloudellisesti sekä suullisesta, epätarkasta ja muistinvaraiseen tietoon perustuvasta tiedottamisesta päästään eroon. (Hallila 2005, 12–13.)

Hoitotyön prosessiin kuuluu viisi vaihetta: hoitotyön tarpeen arviointi, hoitotyön diagnoosi, hoitotyön suunnittelu, hoitotyön toteutus ja hoitotyön arviointi. Painopisteenä tulisi erityisesti olla hoitotyön tulosten näkyväksi tekeminen ja niiden arviointi. Prosessi myös tehostaa tiedonsiirtoa ammattiryhmältä toiselle, toisaalta prosessia pidetään vie-

raana tapana jäsentää työtä ja sitä ei koeta tarpeelliseksi. Hoitotyön prosessia pidetään myös käytännön työssä liian kankeana, siksi hoitotyön menetelmät ja niihin liittyvät perustelut kirjataan vielä puutteellisesti. (Hopia & Koponen 2007, 6-7; Ensio & Saranto 2004, 36,39.)

Hoitotyössä, ja erityisesti vanhustenhuollossa on tutkimusten mukaan havaittavissa, etteivät hoitajat useinkaan osaa nähdä kirjaamisen tarkoitusta ja arvoa. Bjorvell, Wredling & Thorell-Ekstrand (2003) ovat tutkimuksessaan havainneet kirjaamisen laatua heikentäneen hoitajien omat negatiiviset asenteet kirjaamisesta ja sen merkitystä kohtaan. Lehikoinen (2000) ja Voutilainen (2004) näkevät kirjaamisen yleisinä ongelmina olevan sairaus- ja ongelmakeskeisyyden, kirjaamisen satunnaisuuden sekä hoitotyöntekijäkeskeisyyden. Hoitotyön kirjallisessa suunnitelmassa näkyvät hoitotyöntekijöiden arvo maailma, ihmiskäsitys sekä ammattitaidon eri osa-alueet, kuten päätöksentekokyky, esimerkiksi erilaisten hoitotyön auttamismenetelmien valinnassa (Hallila 1998, 6).

3.1 Hoitotyön luokitukset

Hoitotyön luokituksia on laadittu kuvaamaan hoitotyön tarpeita, ongelmia tai diagnooseja sekä toimintoja ja tuloksia. Hoitoisuusluokitukset puolestaan ryhmittelevät potilaita heidän hoitotyön tarpeiden mukaan. Potilaan hoitoisuusluokka kuvaa potilasryhmän tarvitsemaa hoitotyön määrää ja vaativuutta. (Ensio & Saranto 2004, 44; Jokinen 2005, 26.)

Kirjaamisessa käytetään Suomalaista hoitotyön toimintoluokitusta (SHToL), joka on kehitetty yhdysvaltalaisesta Home Health Care (HHC) luokituksesta, ja Suomalaista hoitotyön tarveluokitusta (SHTaL). HHC-luokitus kehitettiin 1990-luvun puolivälissä laajassa tutkimushankkeessa. Tavoitteena oli kehittää hoitotyön mittari hoitotarpeen arvioimiseen, joka on riippumaton lääketieteellisistä diagnooseista. Luokitus muodostuu 21 osatekijästä, jotka kuvaavat potilaan terveydentilaa, toimintakykyä, selviytymistä ja käyttäytymistä. (Ensio & Saranto 2004, 46; Jokinen 2005, 27.) Suomalaisen hoitotyön toiminto- ja tarveluokitus sisältää 19 komponenttia, jotka ovat taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Suomalainen hoitotyön toiminto- ja tarveluokitusten komponentit (Tanttu 2008, 29).

A Aktiviteetti	H Ravitseminen	P Kudoseheys
B Erittäminen	I Hengitys	Q Jatkoahoito
C Selviytyminen	K Kanssakäyminen	R Elämäankaari
D Nesteytys	L Turvallisuus	S Verenkierto
E Terveyskäyttäytyminen	M Päivittäiset toiminnot	T Aineenvaihdunta
F Terveyspalvelujen käyttö	N Psyykinen tasapaino	
G Lääkehoito	O Aistitoiminta	

3.2 Sähköinen kirjaaminen

Sähköinen kirjaaminen on syrjäyttämässä manuaalisen kirjaamisen valtakunnallisesti. Kansallisella tasolla tehty päätös siirtyä yhtenäiseen, rakenteiseen kirjaamisjärjestelmään koko terveydenhuollossa, muuttaa eniten tiedon jäsentämistä ja ilmaisua. Hoitotyön ydin kuitenkin säilyy, sillä sähköisiä lomakkeita ja luokituksia on kehitetty ja jäsennelty hoitotyön prosessin mukaisesti. (Hopia ym. 2007, 6.) Sähköinen kirjaaminen mahdollistaa tiedon hyödyntämisen eri tarkoituksiin hoitotyön dokumentoinnin näkökulmasta, koska kirjaamista ohjataan kansallisesti hyväksytyjen ydintietojen mukaisella rakenteella. Kansallisesti määritetyt hoitotyön ydintiedot ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitotyön yhteenveto sekä hoitoisuus. (Tanttu & Rusi 2007, 113; Lundgren-Laine & Salanterä 2007, 30.)

Sähköinen hoitokertomus on hoitohenkilökunnan laatima asiakirja, jossa ilmaistaan potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta, seurantaa ja arviointia koskevat tiedot (Ensio & Saranto 2004, 9). Sähköisen hoitotyön kirjaamisen lähtökohtana on saman tiedon kirjaaminen vain sovittuun kohtaan hoitokertomusta. Tietojen yhtenäisyys helpottaa potilaan hoitoa koskevien tietojen hakua potilaskertomusjärjestelmästä ja takaa yhtenäisen tiedon saamisen. (Tanttu ym. 2007, 116)

Rakenteinen eli strukturoitu kirjaaminen yhtenäistää hoitotyössä käytettäviä käsitteitä, tukee hoitotyön kirjaamisen ohjausta ja perehdytystä sekä parantaa hoidon ja kirjaamisen laatua. Potilaan hoitotiedoista voidaan koota erilaisia tietokokonaisuuksia, ja niitä voidaan hyödyntää esimerkiksi hoitopalautteissa ja yhteenvedoissa sekä tiivistelmissä. Rakenteisiin hoitotyön tietoihin voidaan myös liittää hoitotyön laadun ja vaikuttavuuden mittaamiseksi arviointimittareita. (Tanttu ym. 2007, 116.)

Sähköisen kirjaamisen myötä kirjaamisen laadun on todettu parantuneen. Itsestäänselvyyksien kirjaaminen sekä päällekkäisyys kirjaamisessa ovat vähentyneet. Kirjaamisen on todettu olevan reaaliaikaista ja selkeämpää, merkintöjen luettavuus ja ymmärrettävyys ovat parantuneet. (Leino 2004, 45.)

3.2.1 Effica-potilastietojärjestelmä

Effica-potilastietojärjestelmä on TietoEnatorin kehittämä perusterveydenhuollon ohjelmisto, joka sisältää sähköisen potilaskertomuksen. Perusterveydenhuollon yksiköissä hoitohenkilökunta käyttää Effica Kertomus – ja Effica Osastonhallinta-järjestelmiä. (TietoEnator 2009.)

Effica Osastonhallinta on hoitopalveluyksikköjen käyttöön suunniteltu järjestelmä, jolla hoidetaan osastojen toimintaan liittyviä hallinnollisia ja operatiivisia tehtäviä. Osastonhallinnan kautta hallitaan asiakastietoja, tehdään osastojen sisään – ja uloskirjaukset ja hoidetaan asiakkaiden laskutus. (TietoEnator 2009.)

Kertomus-järjestelmällä käsitellään ja ylläpidetään varsinaisia asiakkaan hoitotietoja. Kertomus-järjestelmässä asiakkaan kertomustiedot esitetään käyttäjälle lomakemuodossa ja käyttäjälle näkyvät ainoastaan lomakkeet, joihin hänellä on käyttöoikeudet. Osasto – ja laitoslomakkeet on jaettu osiin, jossa esimerkiksi hoitotyön lomakkeista löytyvät HOISU-lehti (hoitosuunnitelma) ja HOI-lehti (hoidon päivittäinen toteutus). (TietoEnator 2009.)

3.2.2 Aurora Osasto –ohjelmisto

Aurora Osasto – ohjelmisto on Miratelin kehittämä verkossa toimiva sairaalajärjestelmä, jonka avulla hallitaan potilaskutsuja ja hälytyksiä. Auroralla ylläpidetään potilastietoja, päivitetään muutoksia ja laskutetaan tarvittaessa potilaiden puhelut. Aurora Osasto on helppokäyttöinen osaston graafiseen pohjakuvaan perustuva tietokoneen näyttö. Jokainen potilaspaikka ja laite on sijoitettu pohjakuvaan oikean osaston mukaisesti. Hoitaja näkee yhdellä silmäyksellä koko osaston sen hetkisen tilan. (Miratel 2009.)

Aurora Osasto sisältää monipuoliset raportointiominaisuudet kuten yksityiskohtaiset raportit potilaiden, paikkatietojen ja toiminnan seuraamiseksi. Raportit nopeuttavat hoitajien vuoronvaihtoa ja tukevat osaston sisäisen toiminnan kehittämistä. (Miratel 2009.)

4 HOITOTYÖN RAPORTOINTI

Raportoinnin tarkoituksena on potilaan hoidon kannalta tarvittavien tietojen välittyminen eteenpäin. Yleisimpiä raportointikäytäntöjä ovat suullinen ja kirjallinen raportointi. Raportoinnilla turvataan hoidon jatkuvuus. Raportit ovat osa välillistä hoitotyötä ja niihin kuluu lähes puolet hoitohenkilökunnan kokonaistyöajasta. Osaston potilasmäärä, potilaiden vaihtuvuus ja hoitoisuus ovat muun muassa vaikuttamassa raportointiin kuluvaan aikaan. (Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003, 4.)

Puumalainen ym. (2003) toteuttivat kehittämisprojektin raporttikäytännön muutoksesta HUS:n Meilahden sairaalassa. Kehittämisprojektin tavoitteena oli korvata perinteinen suullinen raportointikäytäntö pääsääntöisesti kirjallisella tiedon siirrolla työvuorojen vaihtuessa ja vähentää näin suulliseen tiedottamisen käytettävää aikaa sekä tehostaa kirjaamista ja kirjatun tiedon hyväksikäyttöä. Kehittämisprojektiin liittyi kyselytutkimus ennen raportointikäytännön muutosta ja puolen vuoden kuluttua muutoksesta, jolla karotettiin uuden toimintatavan vaikutusta hoitajien työajan käyttöön, työhön ja osaston toimintaan sekä hoitajien kokemuksia uudesta toimintatavasta.

Kyselytutkimuksesta saamien tutkimustulosten mukaan hoitajat kokivat kirjaamisen parantuneen ja potilaiden hoitoon käytetyn ajan lisääntyneen. Myös kirjallisen raportointikäytännön muutoksen jälkeen hoitotyön kirjaamiseen käytetty aika lisääntyi ja suulliseen tiedottamiseen kulunut aika vähentyi. Suurimman osan mielestä muutoksesta tiedotettiin hyvin ja siitä keskusteltiin avoimesti. Hoitajat olivat erityisen tyytyväisiä esimiehiltä saamaansa tukeen raportointikäytännön muutokseen liittyvissä asioissa. (Puumalainen ym. 2003, 4-8.)

Hoitajat kokivat negatiivisena sen, että potilaspapereiden lukemiseen kului paljon aikaa ja kaikki tarpeellinen tieto ei löydy sairauskertomuksista, eivätkä kaikkien kirjaamistaidot olleet riittävän hyvät. Suullista raportointia kaivattiin etenkin pitkien vapaiden jälkeen työhön palattaessa ja silloin kun potilaat ovat uusia tai kun potilas on vakavasti sairas. Lähes kaikki halusivat jatkaa uutta raportointikäytäntöä. (Puumalainen ym. 2003, 8.)

Raportoinnin kehittämishanke on toteutettu myös muissa HUS-piirin sairaaloissa, joissa työajan käytön mittauksella todettiin suoraan potilastyön vievän eniten aikaa. Ennen raportointikäytännön muutosta kirjaamiseen ja raportointitilaisuuksiin kului keskimäärin 17 tuntia vuorokaudessa, joista 7 tuntia kului pelkästään raportilla istumiseen. Toimintatavan muutos vähensi kyseistä aikaa noin kolmeen ja puoleen tuntiin vuorokaudessa. Vastaavasti kirjaamiseen ja sairauskertomuksiin tutustumiseen käytetty aika lisääntyi. (Hallila 2005, 127; Puumalainen ym. 2003, 6.)

Raportointi kuuluu hoitotyön toimintoihin, joissa työajan käyttöä on kyseenalaistettu. Ollessaan raportilla hoitohenkilökunnan on sanottu käyttävän aikaansa vaihtelevan tehokkaasti. Raporttitilanteet venyvät helposti ja niihin käytetty aika on usein rutiininomaista ja juontaa juurensa yksikön historiaan. Jos osa raportilla jaettavista tiedoista käytäisiin läpi potilaspapereiden perusteella, vapautettaisiin aikaa kehittäväille keskustelulle tai suoraan potilaiden hoitamiseen. (Upenieks 1998, 27–29.)

Willman (2005) tutki Pro-gradu-työssään millaista tietoa hoitajien suullisissa tiedostustilaisuuksissa välittyi. Tutkimusaineisto muodostui yhden terveyskeskusvuodeosaston

videokuvatuista raportointitilaisuuksista. Tutkimus toi esille tiedottamisen olevan kaa-
vamaista niin rakenteeltaan kuin sisällöltäänkin. Välittyvä tieto painottui potilaan fyysi-
sen voinnin kerrontaan, psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi sai vain vähän huomiota.
Suullista raportointia ohjasi pääasiallisesti lääketieteellinen hoidon suunnittelu. Vuoro-
vaikutus raportointitilaisuudessa oli lähinnä tiedotuksen antajan ja seuraavaan vuoroon
tulevien hoitajien välistä keskustelua. Keskustelut sisälsivät potilaan hoitoon liittyviä
tarkistuksia sekä tiedotuksen antajan hakemaa tukea potilaan hoidossa tehtyihin päätel-
miin.

4.1 Suullinen raportointi

Hoitotyössä sana raportti kuvaa tilaisuutta, jossa tiedotetaan juuri päättyneen tai päätty-
mässä olevan työvuoron aikana tapahtuneita asioita potilaiden hoitamisessa ja voinnissa
(Ruuskanen 2007, 13). Suullinen tiedottaminen eli raportointi on käytetyin tapa välittää
tietoa. Käytäntöä on totuttu pitämään itsestään selvänä toimintatapana, joka varmistaa
potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden. (Puumalainen ym.2003, 4.)

Suullisen raportoinnin aikana hoitaja siirtää tietoa potilaan voinnista ja hoidosta sekä
siirtää vastuun potilaan hoidosta seuraavaan työvuoroon tulevalle hoitohenkilökunnalle.
Perinteinen kansliaraportointi toimii myös työntekijöiden välisenä sosiaalisena tapah-
tumana sekä koko työyhteisöä koskevan tiedon informointipaikkana. (Puumalainen ym.
2003, 4-5.)

Suullista tiedottamista voi tapahtua myös potilaan vierellä, tällöin puhutaan potilaan-
vierusraportista. Raportin vastaanottajat saavat näin välittömän kuvan potilaan voinnista
ja samalla voivat kysyä potilaalta hänen tuntemuksiaan. Potilaanvierusraportointi on
potilaskeskeisempi toimintatapa. (Kassara ym. 2005, 63.)

4.2 Kirjallinen eli hiljainen raportointi

Kirjallinen eli hiljainen raportointi perustuu huolelliseen kirjaamiseen. Taustalla tulee olla hyvin suunniteltu rakenne potilastietojen kirjaamiseksi. Silloin kirjaaminen ja raportointi ovat kiinteitä osia tiedon välityksessä. (Telaranta 1997, 225.)

Hiljaisessa tiedonsiirrossa kirjatun tiedon tulee olla loogista ja selkeää sekä potilaan hoidon kannalta oleellisten asioiden esiintuomista ja hoidollisen vaikuttavuuden seurantaa (Lauri & Lehti 2000, 20). Työvuoron vaihtuessa työvuoroon tulevat hoitajat lukevat kirjalliset raportit ja saavat siten itselleen oleellisen tiedon edellisten työvuorojen tapahtumista. Tieto on samalla tavalla kaikkien ammattihenkilöiden luettavissa ja hyödynnettävissä. Hoitotyön kirjaamisen kehittyminen on mahdollistanut sen, että suullisia raportteja on voitu vähentää. (Hallila 2005, 125.)

Hoitotyön elektroninen kirjaaminen luo edellytykset siirtyä vapaasta, kertovasta kirjaamisesta luokituksia hyödyntävään kirjaamiseen. Tämä edellyttää uuden oppimista ja yhtenäistä tapaa kirjata hoitotietoja. Luokituksia hyödyntävä kirjaaminen vähentää suullisen raportoinnin tarvetta ja muuttaa täten raportointikäytäntöjä eri työyksiköissä. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2007, 149.)

4.3 Vuoteenvierusraportointi

Vuoteenvierusraportin antaa vastuu- tai omahoitaja potilaan vuoteen vierellä, yhdelle alkavan vuoron hoitajalle (Sherlock 1995, 34). Raportin aikana potilas saa omaa hoitoaan koskevaa tietoa sekä mahdollistaa hänen osallistumisensa siihen. Raportointi voidaan toteuttaa myös potilashuoneen ulkopuolella, jos potilas ei kykene tai halua osallistua siihen. Vuoteenvierusraportointi on yksilövastuisen hoitotyön raportointimuoto, joka mahdollistaa potilaslähtöisen raportoinnin. (Ruuskanen, 2007, 11,13.)

Timosen(1996,79) kahdeksalle kirurgisille vuodeosastoille tekemän tutkimuksen mukaan noin puolet potilaista koki, ettei vuoteenvierusraportointiin ollut riittävästi aikaa.

Hoitajista vain 25 % piti varattua aikaa liian vähäisenä, loput pitivät yhtä potilasta kohden varattua aikaa, noin kolme minuuttia, riittävänä.

5 HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN TYÖYHTEISÖSSÄ

Henkilöstön kehittämisellä tarkoitetaan keinoja, joilla ylläpidetään ja parannetaan henkilöstön toimintavalmiutta ja suoritustasoa. Tavoitteena ovat henkilökunnan kyvykkyys hoitamaan hyvin nykyiset työtehtävät ja lisäämään valmiuksiaan suoriutua myös tulevista tehtävistä ja haasteista. Kehittämistarpeen arviointi voi perustua henkilöstön itsensä tai esimiehen objektiivisiin kriteereihin toteamiin puutteisiin. (Piironen ym. 2002, 10–11.)

Onnistuneen kehittämistyön perustana on koko henkilöstön tahto kehittää ja kehittyä. Kehittäminen vaatii jokaisen henkilökohtaista motivaatiota ja sitoutumista yhteiseen kehittämistyöhön. Riittävä tieto kehittämistyön päämääristä mahdollistaa henkilökunnan osallistumisen kehitystoimintaan tavoitteiden mukaisesti. Yksistään henkilökunnan motivoituneisuus kehittämistyöhön ei riitä ellei tiedottaminen, toimintaympäristö ja olosuhteet ole luotu tavoitteita mahdollistaviksi. (Piironen ym. 2002, 11.)

Työyhteisön kehittäminen tarkoittaa aina muutosta, jonka tarkoituksena on parantaa työn kohdistamista oikeisiin asioihin sekä parantaa työn tuottavuutta ja tulosten laatua. Muutokset voivat olla suuria ja vaikuttaa moneen asiaan. Toiminnan muutoksen suunnittelu tarkoittaa uuden toimintatavan konkreettista ja yksityiskohtaista selventämistä muutoksen aikaansaamiseksi. Onnistunut toiminnan muutos on tavoitteellista, joka edellyttää koordinoitua, sitoutumista ja osaamista. Toimintatavat ja rutiinit ovat usein kaikkein vaikeinta muuttaa, mutta kuitenkin uusien toimintatapojen tehokkuuden kannalta erittäin tärkeitä. Näiden asioiden huomiotta jättäminen voi estää uusien toimintatapojen kehittymisen ja vakiintumisen. (Piironen ym. 2002, 13–14.)

Ihmisen tarve muuttaa olosuhteitaan, kyllästyminen vanhaan ja tarve luoda uutta ovat ristiriidassa rutiinien tuoman turvallisuuden tunteen kanssa. Muutos voidaan kokea

mahdollisuutena tai uhkana, huonona kehityksenä tai toivottuna asiana kokijasta riippuen. Muutoshalukkuudessa on huomattavia yksilöllisiä eroja. Muutoksen suunta on erityisen tärkeä elementti. Yleensä muutoksen kohteeksi joutumista vastustetaan, etenkin jos koetaan että muutoksesta koituu hyötyä jollekin muulle. Ovatko asiat menossa toivottuun suuntaan, ovatko yksilön näkemykset ja muutos yhdensuuntaisia? Silloin kun näin ei ole, seurauksena usein on haluttomuus tukea muutosta, tätä ilmiötä kutsutaan muutosvastarinnaksi. (Viitala 2004, 89.)

Työyhteisön on huomioitava myös muutoksen aiheuttamat negatiiviset vaikutukset henkilöstössä. Muutoksessa eniten vastustetaan niihin liittyviä menetyksiä. Muutos aiheuttaa toisille stressiä, uupumista ja asioiden hallinnan menetyksiä. Lisäksi pelko omien voimavarojen riittävyydestä luo esteen muutokselle. Työyhteisön tulee kehittää johtamista, parantaa yhteistyötä, tehostaa viestintää ja turvata osaamista koulutuksella sekä lisätä henkilöstölle mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhönsä ja työn uudistamiseen. (Piiroinen ym. 2002, 14; Viitala 2004, 90.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA MENETELMÄ

Opinnäytetyön aiheen lähtökohtana on tarve kehittää työyhteisön raportointikäytäntöä, koska yksikön osastonhoitaja kokee suullisen raportoinnin sitovan kohtuuttoman paljon työaika ja työvoimaa päivän aikana. Työyhteisössä toteutettu Pro-gradu-tutkielma työn sisällöstä ja työajan käytöstä tukevat osastonhoitajan näkemyksiä raportointikäytännön muutos tarpeesta.

Opinnäytetyön menetelmänä on tutkiva kehittäminen. Sana tutkiva viittaa tutkimukseen, toimintaan ja tietynlaiseen tapaan tai asennoitumiseen. Kehittäminen taas viittaa aktiiviseen toimintaan, jolla tavoitellaan kehittymistä. Tutkiva kehittäminen yhdistää nämä kaksi käsitettä ja kytkeytyy yksilölliseen tai yleiseen tapaan tarkastella ja toimia. Tutkiva kehittäminen voidaan ymmärtää työskentelytavaksi, jossa tutkimuksella, tutkimustiedolla tai tiedon tavoittelulla kehittämisen yhteydessä on merkittävä rooli. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 22–23.) Tässä opinnäytetyössä tutkimustietoa ja kirjatieta

välitetään ja siirretään käytännön toimintaa. Lähdekirjallisuutta ja – tutkimuksia on haettu sähköisesti Auran, Medicin, Ovid Medlinen ja Google Scholarin kautta. Hakusanoina käytettiin hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön raportointi ja työyhteisön kehittäminen

Tutkimustehtävät ovat:

1. Mitkä ovat kirjallisen eli hiljaisen raportoinnin hyödyt ja haitat?
2. Miten sähköistä kirjaamista ja hiljaista raportointia voitaisiin osasto 3:lla kehittää?

7 HILJAISEN RAPORTOINNIN KEHITTÄMINEN

7.1 Kehittämisympäristön kuvaus

Salon terveyskeskussairaalan osasto 3 on 31-paikkainen lähinnä iäkkäille lyhyt- ja pitkäaikaishoitoa tarjoava vuodeosasto. Hoito on toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää. Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen Kuntaliiton (2008) laatiman laatusuosituksen mukaan myös Salon kaupunki on tehostanut iäkkäiden ihmisten avo- ja laitoshoidtoa, joten vuodeosastoilla hoidetaan enenevässä määrin lyhytaikaista hoitoa vaativia potilaita. Valtakunnallisena tavoitteena on vuoteen 2012 mennessä että vain 3 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä on hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaishoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, 2008, 30).

Osastolla hoitohenkilökunta tekee kolmivuorotyötä. Periodityöstä johtuen raportointitilaisuuksia pidetään joka päivä, neljä kertaa päivässä ja suullinen raportti kestää keskimäärin 10 minuuttia – 60 minuuttia. Yhden raportin kesto vaihtelee riippuen ajankohdasta, potilasmäärästä ja potilaiden hoitoisuudesta. Aloittelevan vuoron hoitajat osallistuvat kaikki yhtä aikaa raportointitilaisuuteen. Usein myös hoitajien työajan alkaminen ja päättyminen on riippuvainen raportoinnista. Raportointi vastuu on pääsääntöisesti osaston sairaanhoitajilla.

Salon terveyskeskussairaalassa on käytössä Effica-potilastietojärjestelmä. Hoitotyön kirjaamista ohjaavat rakenteisen kirjaamisen komponentit (taulukko 1). Hoitotyön kirjaamista toteuttaa koko hoitohenkilökunta. Hoitosuunnitelma tulee olla tehtynä viimeistään kolmantena päivänä potilaan tulosta osastohoitoon.

Vuodeosasto 3:lla on käytössä Miratelin Aurora Osasto – ohjelmisto, jonka avulla hallitaan potilaskutsuja ja hälytyksiä. Auroran monipuoliset raportointiominaisuudet mahdollistavat yksityiskohtaiset potilasraportit. Osastolla on käytössä niin sanottu potilaslista, johon kirjataan potilaskohtaisesti hoitoon tulon syy, muut hoitoon vaikuttavat sairaudet, hoito-ohjeet, toimintakyky ja avun tarve.

7.2 Kehittämistarpeen kuvaus

Salon terveyskeskuksen Perniön vuodeosastolla (1.1.2009 Salon terveyskeskussairaala osasto3) toteutettiin keväällä 2007 hoitohenkilökunnan työn sisällön ja työajan käytön tutkimus. Aineistonkeruumenetelmänä oli hoitohenkilökunnan itseraportointi, jonka hoitohenkilökunta toteutti täyttämällä oman työn havainnointilomaketta viiden työvuoron ajan. Heinosen (2009) Pro gradu-tutkielman tutkimustuloksissa ilmeni eniten työaika koko hoitotyötä tekevän henkilökunnan keskuudessa käytettävän raportille osallistumiseen (8,9 %). Hoitotyön kirjaamiseen käytetty työaika tutkimuksessa oli 3,2 % eli keskimäärin 14,5 minuuttia yhdessä työvuoressa. Raportille osallistumiseen käytettiin keskimäärin 40 minuuttia.

Heinonen esittää tulostensa perusteella raportointikäytänteiden uudelleensuunnittelua siten, että raportille kuluvaa aikaa hyödynnettäisiin välittömään potilastyöhön (Heinonen 2009, 60–61). Raportoinnin kehittäminen kirjalliseen eli hiljaiseen raportointiin lisää hoitotyön kirjaamiseen ja välittömään potilastyöhön käytettävää aikaa.

7.2.1 Hiljaisen raportoinnin hyödyt ja haitat

Hoitotyön raportoinnilla välitetään tietoa päättyneen vuoron aikana potilaiden voinnissa ja hoitamisessa tapahtuneista asioista. Raportin tehtävänä on varmistaa potilaan hoidon jatkuvuus hoitosuunnitelman mukaisesti sekä turvallisuus vuorojen vaihduttua. Hoitotyössä käytetyin raportointimuoto on suullinen raportointi, jossa päättyvän työvuoron hoitaja kertoo päättyneen työvuoron tapahtumista työvuoroon tuleville hoitajille.

Kirjallisen eli hiljaisen raportoinnin lähtökohtana on hoitajan oma aktiivisuus tiedon etsinnässä. Hoitotietojen saanti ei ole toisten varassa. Työvuoroon tuleva hoitaja etsii tarvitsemansa tiedon potilaskertomuksesta, ja samalla varmistaa hoidon jatkuvuuden myös vuorojen vaihduttua.

Hiljainen raportointi tuo lisää aikaa välittömään potilastyöhön, koska kaikkien ei tarvitse lukea raporttia yhtä aikaa, ja raporttia voi katsoa siltä osin kuin tarvitsee. Vaihtuvien vuorojen päällekkäisyys mahdollistaa hoitajien välisen keskustelun, jos potilaan hoidossa ilmenee tarkennettavaa. Myös työvuorosuunnitteluun hiljainen raportointi tuo joustavuutta lisää. Työvuorojen alku ja loppu eivät ole sidottu raportointiaikoihin, joten työaikojen ylitykset vähenevät.

Hiljaisessa raportoinnissa korostuu kirjaamisen merkitys. Kirjaamisen tulee olla selkeää, monipuolista, arvioivaa sekä tuoda esille hoidon vaikuttavuutta. Sähköisen kirjaamisen myötä kirjaaminen on helpottunut sitä ohjaavien komponenttien myötä (taulukko 1).

Kirjaamisen käytettävä aika on lisääntynyt, mutta hoitohenkilökunnan yksilöllisistä taidoista ja lähtökohdista johtuen kirjaamisen taso on vaihtelevaa. Kirjaamisen vaihteleva taso uhkaa oleellisen tiedon siirtämistä, mikä aiheuttaa ongelmia hoidon turvallisuudelle ja jatkuvuudelle. Tiedon etsiminen sähköisestä potilaskertomuksesta on aikaa vievää ennen kuin harjaantuu oleellisen tiedon löytämiseen tekstipaljoudesta.

7.3 Kehittämistyön toteutus

Salon terveystieteiden osasto 3:lla tehdyn Heinosen (2009) työn sisältö ja työajan käytön tutkimus nosti esille raportointikäytännön muutostarpeen. Yksikön esimiehen tukemana lähdimme kehittämään suullisen raportoinnin muuttamista vaiheittain kirjalliseen eli hiljaiseen raportointiin. Kävimme tutustumassa kahdessa Länsisuomalaisessa terveystieteiden osastolla, joissa hiljainen raportointi oli ollut toiminnassa jo muutamana vuoden. Käyntien tarkoituksena oli saada konkreettisia neuvoja siitä, miten prosessi toteutetaan, miten raportointi toteutetaan ja miten henkilökunta suhtautui muutokseen. Myös hyvän ja riittävän hoitotyön kirjaamisen merkitys korostui molemmissa käynneissä.

Työyksikön palaverissa eli osastotunnilla käsiteltiin raportointikäytännön kehittämistä. Henkilökunnalla oli mahdollisuus ilmaista mielipiteensä jo suunnitteluvaiheessa. Osaston kehittämispäivällä oli alustavat tulokset hoitohenkilökunnan työn sisältö ja työajan käytön tutkimuksesta käytävissä. Tutkimustulosten pohjalta päädyttiin kokeilemaan raportointikäytännön muutosta vaiheittain.

Raportointitilaisuuksia oli neljä kertaa päivässä, kolme suullista ja yksi hiljainen raportti. Ensimmäisenä muutos koski iltapäivän suullista raporttia, joka jäi pois iltavuoroon tuleville. Vuoroon tulijat hakeutuivat itsenäisesti lukemaan potilaskertomuksia. Kokeiluvaihetta kesti kaksi viikkoa, jonka jälkeen muutosta laajennettiin koskemaan myös aamuvuoroa. Aamun suullinen raportti korvattiin hiljaisella raportilla. Yövuorojen raportointikäytännöt jatkuivat suullisina, mutta asiasisältöä pyrittiin tiivistämään. Palautekeskustelu käytiin hoitohenkilökunnan kanssa kuukauden kuluttua toiminnan muuttamisesta. Hoitohenkilökunnasta suurin osa ei ollut tyytyväinen raportointikäytännön muutoksen vaan toivoivat palattavan aikaisempaan käytäntöön takaisin. Joukossa oli myös niitä jotka halusivat jatkaa uudella tavalla, eivätkä kaipaileet vanhaa käytäntöä takaisin. Vastustuksesta huolimatta hiljaista raportointia päätettiin edelleen jatkaa osastolla.

7.4 Raportoinnin kehittämisen toimintamalli osasto 3:lla

Tässä luvussa kuvataan osasto 3 hoitotyön kirjaamisen ja hiljaisen raportoinnin kehittämis ehdotus.

7.4.1 Hoitotyön kirjaaminen

Terveyskeskussairaalan osastolle tullaan erikoissairaanhoidon läheteellä, päivystyksestä tai hoidon varauksella. Osastosihteeri tekee potilaan sisäänkirjoituksen hoitajaksolle Effica-potilastietojärjestelmään arkisin klo 7.30–15.30. Muina aikoina kirjauksen tekee työvuoron vastuuhoitaja. Sisäänkirjoitus voidaan suorittaa ennen potilaan saapumista osastohoitoon.

Potilaan vastaanottava hoitaja kirjaa potilastiedot Efficaan ja Aurora Osasto-ohjelmistoon. Potilaan päivittäiset hoitotyön toiminnot kirjataan HOI-lehdelle. Hoitotyön kirjaamista ohjataan komponenttien avulla. Potilaan vastaanottanut hoitaja aloittaa hoitosuunnitelman teon HOISU-lehdelle. Tulo päivänä kirjataan hoitotyön diagnoosi, hoidon tavoite, lääketieteelliset diagnoosit, hoitoon tulon syy sekä potilaan vointi tullessa. Hoitotyötä ohjaava suunnitelma tulee olla valmis kolmen päivän kuluessa. Hoitosuunnitelma tarkistetaan ja päivitetään vähintään kerran viikossa, pitkäaikaishoidossa olevien kerran kolmessa kuukaudessa. Hoitjakson päättyessä tehdään loppuarviointi. Vastuu hoitosuunnitelman kirjaamisesta on kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla hoitotyöntekijöillä.

Päivittäinen hoitotyön toimintojen kirjaaminen eli raportointi tapahtuu HOI-lehdelle. Kirjaamista tehdään jokaisella työvuorolla. Kirjaamisvastuu on potilasta hoitavalla hoitotyöntekijällä; minkä teet myös kirjaat, mitä ei ole kirjattu ei ole myöskään tehty. Kirjaamista ohjaavat valtakunnallisesti sovitut komponentit, joiden avulla kirjaaminen on yhteneväistä ja selkeää. Kirjaamisen yhteydessä tarkistetaan hoitosuunnitelma ja huolehditaan sen päivityksestä. Myös muiden potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kirjaaminen huomioidaan, ja tehdään merkintä HOI-lehdelle.

Aurora Osasto-ohjelmistossa on yksityiskohtaisen potilasraportoinnin ominaisuus, tästä osastolla käytetään nimitystä potilaslista. Potilaslista on lyhyt yhteenveto potilaiden tiedoista, mikä helpottaa hoitohenkilökuntaa potilaan kohtaamisessa ja hoitamisessa ilman suullista raportointia. Potilaan vastaan ottanut hoitotyöntekijä kirjaa Auroraan hoitoon tulon syyn, hoitoon vaikuttavat muut sairaudet (esim. marevan-hoito, insuliinihoitoinen diabetes), hoito-ohjeet (esim. haavan hoito, ompeleiden poiston päivämäärä), potilaan toimintakyky, avun tarve. Potilaslistaa päivitetään jokaisessa työvuorossa. Hoitajakson päättyessä tiedot poistetaan.

7.4.2 Hiljainen raportointi

Osasto 3:lla raportointitilaisuuksia pidetään päivän aikana neljä kertaa. Puolet raportointitilaisuuksista on suullisia ja puolet kirjallisia eli hiljaisia raportteja. Suulliset raportit ovat lyhyitä yhteenvetoja potilaan kokonaishoidon kannalta tärkeistä asioista. Suulliset raportit antavat yövuoron hoitajat yön tapahtumista sekä iltavuoron hoitajat yövuorolaisille illan tapahtumista. Suullisen raportoinnin sisältö on lähinnä uusien potilaiden esittelyä, ja erityishuomiota vaativien potilaiden hoidon käsittelyä. Suullisen raportoinnin kesto 10–20 minuuttia.

Edellisen iltavuoron sairaanhoitajan työaika alkaa seuraavana aamuna klo 6.45. Sairaanhoitaja vastaanottaa yöhoitajan lyhyen suullisen raportin. Muu hoitohenkilökunta aloittaa aamuvuoron klo 7.00, työajan joustoista johtuen osa voi aloittaa myöhemmin. Sairaanhoitaja aloittaa raportoinnin suullisesti kertomalla lyhyesti päivän tapahtumista, kuten esim. tutkimuksiin, jälkitarkastuksiin tai kotiin lähtevät potilaat. Myös illan tai yön aikana tulleet uudet potilaat esitellään lyhyesti. Edellisen illan hoitotyöntekijät lähtevät välittömästi hoitotyöhön, muut jatkavat raporttia lukemalla itse sähköistä potilaskertomusta. Arkiaamuina osastolla on käytössä solutyöskentely, jossa osasto on jaettu kolmeen soluun. Jokaisessa solussa toimii työpari, joka vastaa solun potilaista työvuoron ajan. Arkiaamuina hiljainen raportti keskittyy oman solun potilaisiin. Viikonloppuisin solujakoa ei ole. Hiljaisen raportoinnin kesto aamulla 10–30 minuuttia.

Osasto 3:lla iltavuoro alkaa klo 12.30- 14.00 välisenä aikana. Iltavuoron hoitajat aloittavat hiljaisen raportin eli tutustumisen sähköiseen potilaskertomukseen klo 14.00, viikonloppuisin klo 13.30. Iltavuorossa ei ole solujakoa, vaan kaikki hoitavat yhteisesti koko osastoa. Raportin lukua helpottaa jokaiselle henkilökohtaisesti tulostettu potilaslista. Potilaslistaan voi tehdä kirjallisia merkintöjä vähentämään muistinvarassa työskentelyä. Raportin lukemiseen on annettava jokaiselle oma rauha, vältetään turhia keskeytyksiä. Hiljaiseen raporttiin varataan aikaa 30–45 minuuttia hoitohenkilökunnan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Työvuorojen päällekkäisyys antaa mahdollisuuden vielä tarkentaviin kysymyksiin aamuvuoron hoitotyöntekijöiltä.

8 POHDINTA

Hoitotyön kehittämisessä on olennaista havaita selkeä muutoksen tarve. Osasto 3 työajan käytön tutkimustuloksissa ilmeni tarvetta kehittää osaston kirjaamis- ja raportointikäytäntöjä. Kirjaamiseen käytettiin vain kolmasosa aikaa verrattuna suulliseen raporttiin osallistumisen ajasta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää hoitohenkilökunnalle toimintamalli helpottamaan siirtymistä suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin. Raportointikäytännön muutos ei kuitenkaan jäänyt pysyväksi työyhteisössä.

Osasto 3:lla sähköinen kirjaaminen on ollut käytössä jo vuosituhannen vaihteesta. Rakenteinen kirjaaminen on ollut käytössä noin kaksi vuotta, joten komponenttien käyttö kirjaamisessa ei ole uutta. Kirjaamisen taso on edelleen vaihtelevaa. Kirjaaminen on tehtäväkeskeistä eikä potilaslähtöistä. Potilaan omat tuntemukset ja hoidon vaikuttavuus eivät tule kirjatuksi. Hoitotyön kirjaamiselle on enemmän aikaa, mutta kaikki eivät koe sitä tärkeäksi osaksi potilaan kokonaishoitoa. Asioista tiedotetaan suullisesti ja oletetaan jonkun toisen kirjaavan tiedon potilaskertomukseen. Myös komponenttien käyttö koetaan hankalaksi, otsikoiden yhteneväisyys ei toteudu. Hoitosuunnitelman teko ei ole myöskään sisäistynyt jokapäiväiseksi hoitotyön toiminnoksi. Puutteelliset hoitosuunnitelmat ja vaihteleva kirjaamisen taso heikensivät siirtymistä hiljaiseen raportointiin. Hoitohenkilökunta koki että eivät saaneet tarpeeksi tietoa potilaan voinnista ja jatkohoi-

tosuunnitelmista ilman suullista raportointia, koska kirjaaminen oli puutteellista. Osa epäili että ei osaa etsiä itsenäisesti oleellista tietoa. Kirjaamisessa on edistytty. Kirjaamiseen käytettävä aika on lisääntynyt, mutta mitä kirjataan, on osittain edelleen puutteellista.

Hiljaiseen raportointiin siirtyminen tapahtui vaiheittain hoitohenkilökunnan yhteisellä päätöksellä. Toimintatavan muutoksen vastustajia oli paljon, vain muutama piti uudistusta hyvänä ja kokeilemisen arvoisena. Hiljaisen raportoinnin epäiltiin heikentävän hoidon laatua ja potilas turvallisuutta, koska suulliseen raportointiin luotettiin enemmän kuin itsenäiseen tiedon hankintaan potilaskertomuksista. Myös hiljaiseen raporttiin koettiin kuluva enemmän aikaa kuin suulliseen raportointiin. Suullista raportointia kaivattiin pitkältä vapaalta tai lomalta palatessa, uusien sijaisten ja opiskelijoiden kanssa.

Hiljaisesta raportoinnista myös luovuttiin vaiheittain, koska henkilökunnassa kaikki eivät olleet motivoituneita ja sitoutuneita käytännön vakinaistamiseen. Muutoksen toteutuminen olisi vaatinut koko henkilöstön yhteistä tahtoa kehittää ja kehittyä. Alusta asti vallitsi negatiivinen asenne muutosta kohtaan. Hoitohenkilökunta ei mieltänyt muutosta hoitotyön kehittämisenä vaan esimiehen tahdosta muuttaa osaston arkirutiineja.

Vaikka hiljainen raportointi ei jäänyt pysyväksi käytänteeksi, on kokeilun myötä suullinen raportointi kehittynyt positiiviseen suuntaan. Suullisen raportoinnin sisältö on ytimekkäämpää ja tiiviimpää sekä ajankäyttö vähentynyt. Edelleen on kehittämistä raportoinnin selkeydessä ja ammatillisuudessa, raportoija tuo herkästi omat näkemykset vahvasti esille. Potilaslähtöisyys on läsnä keskustelussa vaikka kirjaamisessa se on puutteellista. Kirjaamiskoulutusta tarvitaan lisää etenkin hoitosuunnitelmien laadinnassa. Hoitosuunnitelmien teko mielletään enemmän sairaanhoitajan toimenkuvaan kuuluvaksi kuin koko hoitohenkilökunnan yhteiseksi velvollisuudeksi.

Kehittämistyön onnistumisen edellytyksenä olisi ollut hoitohenkilökunnan osaamisen ja mielipiteiden hyödyntäminen jo muutoksen suunnitteluvaiheessa. Yhteisesti sovitut toimintalinjat ja aikataulut olisivat luoneet me-henkeä työyhteisössä. Toiminnan kehit-

täminen yhdessä henkilökunnan kanssa olisi saattanut motivoida paremmin raportointikäytännön uudistamiseen.

LÄHTEET

- Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo: Silverprint.
- Hallila, L. (toim.) 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Harrison, L. & Nixon, G. 2002. Nursing activity in general intensive care. *Journal of Clinical Nursing* 11, 158-167.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Heinonen, R. 2009. Hoitohenkilökunnan työn sisältö ja työajan käyttö terveyskeskuksen vuodeosastolla. Pro-gradu-tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Jokinen, T. 2005. Standardoitu terminologia hoitotyön toimintojen kirjaamisessa. Pro-gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, terveyshallinnon ja -talouden laitos.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Finlex. Valtion säädöstietopankki [viitattu 27.10.2008]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Finlex. Valtion säädöstietopankki [viitattu 27.10.2008]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Lauri, S. & Lehti, T. 2000. Hoitotyön kirjaaminen teoriassa ja käytännössä. Kokemuksia Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. *Sairaanhoitaja-lehti* 8/2000, 20.
- Leino, K. 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Pro-gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Lundgren-Laine, H. & Salanterä, S. 2007. Hoitotyön päätöksenteko-muuttavatko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksenteon näkyväksi? Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 30.

Nissilä, A. 2005. Esimerkkinä sähköinen hoitotyön dokumentointi Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 56-57.

Piironen, T., Lahti, S., Lindqvist, L., Hupli, M. & Leino-Kilpi, H. 2002. Henkilökunnan jaksaminen muuttuvassa työyhteisössä. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Potilasvahinkolaki 585/1986. Finlex. Valtion säädöstietopankki [viitattu 27.10.2008]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>

Puumalainen, A., Långstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedon välitykseen. Tutkiva hoitotyö 1(1).

Ruuskanen, S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen -kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Pro-gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

Sherlock, C. 1995. The patient handover: a study of its form, function and efficiency. Nursing standards 9, 33-36.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Julkaisuja 2008:3. Helsinki, 30.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Op-paita 2001:3 [viitattu 27.10.2008]. Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/potilasopas/opas.htm#4>

Tanttu, K. 2008. Sähköinen kirjaaminen tukee esimiesten päätöksentekoa. Premissi 2, 27-31.

Tanttu, K. & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 113-116.

Telaranta, S. 1997. Hoitotyön hallinto. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Timonen, L. 1996. Hoitajien ja potilaiden käsityksiä ja kokemuksia vuoteenvierusraportoinnista kirurgisilla vuodeosastoilla. Pro-gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos.

Upeniekes, V. 1998. Work sampling. Assessing nursing efficiency. Nursing Management 29(4), 27-29.

Viitala, R. 2004. Henkilöstöjohtaminen. Helsinki: Edita.

Voutilainen, P., Backman, K. & Isola, A 2005. Laadulla on tekijänsä – Katsaus ikääntyneiden parissa toimivan henkilöstön määrään ja rakenteeseen. *Hoitotiede* 17(3), 166–175.

Willman, M. 2005. Hoitajien suullisissa tiedotustilaisuuksissa välittyvä tieto. Pro-gradututkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. [Viitattu 5.11.2008] Saatavissa: <http://www.oulu.fi/hoitotiede/willmanm.htm>

www.tietoenator.fi [viitattu 31.3.2009]

www.miratel.fi/tuotteet [viitattu 31.3.2009]