



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Riina Hakala

Mariela Veikkola

SAIRAAHOITAJIEN KOKEMUKSIA
HILJAISEN RAPORTOINNIN TOTEU-
TUMISESTA KIRURGISILLA VUODE-
OSASTOILLA

Sosiaali- ja terveysala
2011

ALKUSANAT

Tämä opinnäytetyö on tehty Vaasan ammattikorkeakoulussa, sosiaali- ja terveysalan yksikössä osana hoitotyön koulutusohjelmaa. Suuntautumisvaihtoehtona oli terveydenhoitotyö.

Haluamme kiittää opinnäytetyön ohjaajaa, yliopettaja Paula Hakalaa, asiantuntevasta yhteistyöstä tutkimuksemme pitkän toteuttamisprosessin kaikissa eri vaiheissa. Lisäksi haluamme kiittää myös muita Vaasan ammattikorkeakoulun lehtoreita erinomaisesta työnohjauksesta ja arvokkaista neuvoista.

Kiitämme myös Oulun Yliopistollisen sairaalan kirurgisten vuodeosastojen 1 ja 60 hoitohenkilökuntaa oikein hyvästä yhteistyöstä. Lisäksi kiitämme kyseisten osastojen opiskelijakoordinaattoreita, jotka ovat ohjanneet meitä tutkimuksemme etenemisessä.

Erityisen lämpimät kiitokset kuuluvat myös kaikille läheisillemme siitä kannustuksesta ja tuesta, jota olemme heiltä saaneet.

Vaasassa 06.04.2011

Riina Hakala

Mariela Veikkola

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Riina Hakala ja Mariela Veikkola
Opinnäytetyön nimi	Sairaanhoitajien kokemuksia hiljaisen raportoinnin toteutumisesta kirurgisilla vuodeosastoilla
Vuosi	2011
Kieli	suomi
Sivumäärä	72 + 4 liitettä
Ohjaaja	Paula Hakala

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia kirurgisten osastojen sairaanhoitajilla oli hiljaisen raportoinnin toteutumisesta ja miten hiljaista raportointia voitaisiin kehittää. Tavoitteena oli lisätä tietoa hiljaisesta raportoinnista ja siihen siirtymisestä sekä edistää hoitotyön kirjaamiskäytäntöä. Tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen ja tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluin kymmeneltä hiljaista raportointia työssään käyttävältä sairaanhoitajalta. Haastateltavat olivat sairaanhoitajia Oulun Yliopistollisen sairaalan kahdelta kirurgiselta osastolta. Haastattelut analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan kahdeksan haastateltavaa kymmenestä koki osastoilla olleen muutosvastarintaa hiljaiseen raportointiin siirtymisen myötä. Vähitellen hoitajat olivat kuitenkin sopeutuneet muutokseen eivätkä halunneet enää täysin suullista raportointia takaisin. Kaikki kymmenen haastateltavaa korostivat kirjaamisen merkitystä hiljaisessa raportoinnissa. Kahdeksan haastateltavaa kertoi työn itsenäisyyden korostuvan hiljaisessa raportoinnissa ja puolet koki työn organisoinnin olevan entistä helpompaa. Kahdeksan haastateltavaa kertoi myös saavansa hiljaisesta raportoinnista suullista enemmän tietoa. Yhdeksän haastateltavaa kertoi, että potilastyöhön käytettävä aika oli hiljaisen raportoinnin myötä lisääntynyt. Lisäksi tutkimustulosten mukaan ylityöt olivat vähentyneet. Yhdeksän haastateltavaa ilmoitti tarvitsevansa osastoille lisää rauhallisia lukupaikkoja ja seitsemän halusi lisää tietokoneita.

Tutkimustuloksia voivat hyödyntää tutkimukseen osallistuneiden osastojen lisäksi myös muut osastot, joissa pohditaan hiljaiseen raportointiin siirtymistä. Tutkimus soveltuu myös osastoille, joissa on jo käytössä hiljainen raportointi, sillä tutkimuksessa tuli ilmi erilaisia kehittämissideoita. Lisäksi tutkimuksesta saa neuvoja huolelliseen hoitotyön kirjaamiseen. Jatkossa voisi tutkia, onko tilastoiduissa hoitovirheissä tapahtunut muutosta suullisesta raportoinnista hiljaiseen siirtymisen myötä. Lisäksi voisi tutkia, miten hiljainen raportointi toteutuu ulkomailla.

Avainsanat	kirurgisen vuodeosaston toiminta-ajatus, sairaanhoitaja, potilaan hoitotyö, hoitotyön kirjaaminen, suullinen raportointi, hiljainen raportointi
------------	---

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
 UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
 Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ABSTRACT

Author s	Riina Hakala and Mariela Veikkola
Title	Nurses' Experiences of the Implementation of Silent Reporting in Surgical Bedwards
Year	2011
Language	Finnish
Pages	72 + 4 Appendices
Name of Supervisor	Paula Hakala

The purpose of this bachelor's thesis was to find out what kind of experiences the nurses in surgical wards had of implementing silent reporting and how it could be developed. The aim was to increase the level of knowledge about the silent reporting and about changing to it and also to improve the nursing documentation. The research method was qualitative and the data was collected with theme interviews with ten nurses who used the silent reporting. The interviewees were nurses from two surgical wards in Oulu University Hospital. The interviews were analyzed with content analysis method.

The results show that eight respondents out of ten felt there was resistance to change when changing from the oral to silent reporting. The nurses did gradually adapt themselves to the change and did not want the oral reporting back. All of the ten interviewees emphasized the meaning of nursing documentation for silent reporting. Eight respondents said that the nurse's role was more independent in silent reporting and a half of the interviewees felt that it was easier to organize the work than before. Eight of the interviewees also said that they obtained more information from silent reporting than from oral reporting. Nine interviewees told that the time spent on patients had increased. In addition, according to the study working overtime had reduced. Nine interviewees said that they need more computers and more peaceful work space for reading.

The results of the study can be used not only by the departments that participated in the study, but also by other units, where the silent reporting is considered as an option. Since the study presents development ideas, it is therefore also suitable for units, where the silent reporting is already being used. In addition, the research provides advice for accurate nursing documentation. A further study could focus on whether there has been a change in documented malpractices because of the change from oral to silent reporting. Further, also the implementation of silent reporting abroad could be studied.

Keywords	Mission statement of surgical bedward, nurse, nursing of patient, nursing documentation, oral reporting, silent reporting
----------	---

VASA YRKESHÖGSKOLA

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ABSTRAKT

Författare	Riina Hakala och Mariela Veikkola
Lärdomsprovets titel	Sjukskötarens erfarenheter av implementeringen av tyst rapportering på kirurgiska bäddavdelningar
År	2011
Språk	finska
Sidantal	72 + 4 bilagor
Handledare	Paula Hakala

Syftet med lärdomsprovet var att reda ut hurdana erfarenheter sjukskötarna från kirurgiska avdelningar hade av implementeringen av tyst rapportering och hur man skulle kunna utveckla den. Målet var att öka kunskapsnivån i att övergå till tyst rapportering samt förbättra vårddokumentation. Undersökningsmetoden var kvalitativ och undersökningsmaterialet samlades in med temaintervjuer av tio sjukskötare som använde tyst rapportering på sitt arbete. De intervjuade var sjuksköterskor på två olika avdelningar på universitetssjukhus i Uleåborg. Intervjuerna analyserades med innehållsanalysmetoden.

Resultaten visar att åtta av tio intervjuade kände att det hade funnits förändringsmotstånd på avdelningen mot övergången till tyst rapportering. Så småningom hade skötarna anpassat sig till förändringen och ville inte gå tillbaka till det gamla systemet. Alla intervjuade betonade betydelsen av vårddokumentation för tyst rapportering. Åtta skötare tyckte att man fick arbeta mera självständigt då man använde tyst rapportering, hälften tyckte att det var lättare att organisera själva arbetet. Åtta intervjuade berättade också att de fick mera information av tyst rapportering än av muntlig rapportering. Nio intervjuade berättade att tiden som man använder till patientarbetet har ökat med tyst rapportering. Resultaten visade också att man jobbar mindre övertid. Nio skötare ville ha mera lugna arbetsställen på avdelningen och sju ville ha flera datorer.

Resultaten kan användas både av de avdelningar som var med på undersökningen samt av sådana avdelningar som funderar på att övergå till tyst rapportering. Undersökningen passar också till avdelningar som redan använder tyst rapportering för det kom fram flera utvecklingsidéer. Undersökningen presenterar också råd för hur man gör noggrann vårddokumentation. En vidare studie skulle kunna ha fokus på om det har skett en förändring i antalet rapporterade vårdfel efter övergången till tyst rapportering. Man skulle också kunna forska implementeringen av tyst rapportering utomlands.

Ämnesord	Verksamhetsidén på kirurgiska bäddavdelningen, sjukskötare, patientvård, vårddokumentation, muntlig rapportering, tyst rapportering
----------	---

SISÄLLYS

ALKUSANAT	1
TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
ABSTRAKT	4
1 JOHDANTO	8
2 SAIRAAHOITAJAT POTILAAN HOITOTYÖSSÄ KIRURGISILLA OSASTOILLA	10
2.1 Sairaanhoitaja.....	10
2.2 Potilaan hoitotyö	12
2.2.1 Hoitotyön merkitys	12
2.2.2 Kirurginen hoitotyö.....	13
2.3 Kirurgisen vuodeosaston toiminta-ajatus.....	14
2.3.1 Oulun Yliopistollinen sairaala, osasto 1.....	15
2.3.2 Oulun Yliopistollinen sairaala, osasto 60.....	16
3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN JA RAPORTOINTI	17
3.1 Hoitotyön kirjaaminen	17
3.1.1 Kirjaamisen merkitys	17
3.1.2 Kirjaamisen yleiset tavoitteet, periaatteet ja potilaan tarpeet.....	17
3.1.3 Kirjaamisen rakenne ja sähköinen potilaskertomusjärjestelmä ..	19
3.1.4 Systemaattinen kirjaaminen	21
3.2 Suullinen raportointi	22
3.3 Hiljainen raportointi.....	24
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	26
5 AINEISTO JA MENETELMÄT.....	27
5.1 Tutkimusmenetelmä.....	27
5.2 Haastattelumenetelmä.....	28
5.3 Tutkimukseen osallistujat	30
5.4 Aineiston keruu.....	31
5.5 Aineiston käsittely ja analysointi	32
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	35

6.1	Raportointikäytännön muutosprosessi	35
6.1.1	Raportointikäytännön muutosprosessi osastolla 1	35
6.1.2	Raportointikäytännön muutosprosessi osastolla 60	36
6.1.3	Hiljaisen raportoinnin toimivuus nykyään	38
6.2	Hiljaisen raportoinnin vaikutukset työyhteisöön	39
6.3	Hiljaisen raportoinnin vaikutukset potilaiden hoitoon.....	41
6.3.1	Potilasturvallisuus	41
6.3.2	Salassapitovelvollisuus	42
6.3.3	Potilaiden asioihin perehtyminen.....	43
6.4	Hiljaisen raportoinnin vaikutukset kirjaamiskäytäntöihin.....	44
6.4.1	Kirjausten huolellisuus.....	44
6.4.2	Hoitajien kirjaamiserot.....	46
6.5	Hiljaisen raportoinnin vaikutukset ajankäyttöön	48
6.5.1	Ajansäästö	48
6.5.2	Saadun lisäajan käyttäminen	50
6.6	Hiljaisen raportoinnin kehittämisehdotuksia	51
6.6.1	Lisää rauhallisia lukupaikkoja ja tietokoneita.....	51
6.6.2	Potilastietojärjestelmässä parantamisen varaa	53
6.6.3	Lisää raportointiaikaa iltapäivästä aamuun	53
6.6.4	Koulutustarve vaihtelee.....	54
6.6.5	Suullista raportointia ei haluta takaisin	55
7	POHDINTA.....	56
7.1	Tutkimustulosten tarkastelua	56
7.2	Johtopäätökset.....	59
7.3	Luotettavuuden tarkastelua	60
7.4	Eettisyys	65
7.5	Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	67
	LÄHTEET.....	69
	LIITTEET	

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Teemahaastattelurunko**LIITE 3.** Apukysymykset**LIITE 4.** Esimerkki aineiston analyysistä

1 JOHDANTO

Raportoinnilla tarkoitetaan tiedonvälitystapaa, jossa kerrotaan päättyvän työvuoron tapahtumista ja asioista koskien potilaiden hoitoa ja vointia (Ruuskanen 2007: 11). Suullisessa raportoinnissa päättyvän vuoron sairaanhoitaja tiedottaa suullisesti osastolla hoidossa olevien potilaiden asiat seuraavaan vuoroon tulevalle henkilökunnalle. Hiljaisessa raportoinnissa tiedottaminen sen sijaan tapahtuu sairauskertomusten ja hoitosuunnitelmien välityksellä. Monissa organisaatioissa suullista raportointia on alettu tarkastella kriittisesti, koska siihen kuluu runsaasti työaikaa. (Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003: 4–5.)

Olimme vuonna 2008 erään sairaalan kirurgisella osastolla työharjoittelussa. Siellä oli käytössä suullinen raportointi ja hoitajat vastustivat jyrkästi hiljaiseen raportointiin siirtymistä. Sairaanhoitajien mukaan hiljainen raportointi ei yksinkertaisesti sovi kirurgisille osastoille. Niinpä päätimme tutkia, onko asia todella näin.

Tutustuimme aiempiin tutkimuksiin koskien hiljaista raportointia ja löysimme Suvi Pakarisen opinnäytetyön. Pakarinen pohtii työssään, kuinka jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia hiljaisen raportoinnin soveltuvuutta erikoissairaanhoidon eri aloilla (Pakarinen 2008: 42). Tämä tuki entisestään aihevalintaamme.

Lisäksi hiljainen raportointi on aiheena ajankohtainen, sillä monilla osastoilla pohditaan, kannattaisiko hiljaiseen raportointiin siirtyä. Monissa paikoissa hiljaista raportointia on myös toteutettu jo vuosia (Hurri 2006: 8). Monet hoitoalan ammattilehdet ovat myös kirjoittaneet sekä myönteisesti että kielteisesti hiljaisesta raportoinnista. Asia on tärkeä myös potilaiden kannalta, sillä raportointi koskee nimenomaan potilaiden hoitoa ja vointia (Ruuskanen 2007: 11).

Kokemuksemme mukaan hiljainen raportointi on vielä tuntematon käsite monille hoitoalan ammattilaisille. Niinpä aihevalintamme on tärkeä myös tiedon lisäämisen kannalta. Hoitotyötäkin pyritään jatkuvasti kehittämään, joten hoitohenkilökunnan on hyödyllistä olla tietoinen eri raportointimahdollisuuksista ja viimeisimmistä tutkimustuloksista.

Selvitämme tutkimuksessamme sairaanhoitajien kokemuksia raportointikäytännön muutoksesta suullisesta hiljaiseen. Pyrimme myös kartoittamaan osastojen nykyisen tilanteen raportointien osalta. Lisäksi tutkimme hiljaisen raportoinnin toimivuutta monien eri asioiden, kuten potilaiden, kirjaamisen ja ajankäytön suhteen. Samalla pyrimme selvittämään, miten hiljaista raportointia voisi sairaanhoitajien mukaan vielä kehittää.

Tutkimuksesta saatavat tulokset soveltuvat etenkin hiljaista raportointia työssään käyttäville sekä hiljaisen raportoinnin mahdollisuutta pohtiville hoitoalalla työskenteleville henkilöille. Lisäksi tutkimus antaa laajasti tietoa myös muille aiheesta kiinnostuneille.

Opinnäytetyö on luonteeltaan kvalitatiivinen. Tutkimusaineisto kerättiin teema-haastatteluin ja aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Hypoteesiksi asetimme, että sairaanhoitajat vastustivat hiljaiseen raportointiin siirtymistä, mutta sopeutuivat siihen kuitenkin vähitellen. Lisäksi oletimme, etteivät sairaanhoitajat haluaisi enää luopua kyseisestä raportointikäytännöstä.

2 SAIRAANHOITAJAT POTILAAN HOITOTYÖSSÄ KIRURGISILLA OSASTOILLA

2.1 Sairaanhoidaja

Sairaanhoidaja on hoitoalan ammattilainen, joka tekee hoitotyötä alansa viitekehysessä (Tuomi 2005: 42). Sairaanhoidajan tehtävänä on tukea yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä määrittämään, saavuttamaan ja ylläpitämään terveyttään muuttuvissa oloissa ja eri toimintaympäristöissä (Henriksson & Wrede 2004: 145).

Sairaanhoidajan työ perustuu tiettyyn hoitotyölle määriteltyyn tieto-, taito- ja arvoperustaan (Tuomi 2005: 42). Sairaanhoidajilla on oma ammattikieli, jonka ymmärtää vain koulutettu ja työkokemusta omaava sairaanhoidaja (Laine, Rekomaa-Niskanen & Lukkari 2002: 22).

Sairaanhoidajan tehtävään kuuluu tiettyjä opettamiseen ja ohjaukseen liittyviä perusarvoja sekä tietoja ja taitoja, jotka muodostavat osaamisalueen, jota kutsutaan pedagogiseksi osaamiseksi. Sairaanhoidajan tulee muun muassa pystyä luomaan hyvät suhteet potilaisiin. (Jahren Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Nieminen 2006: 447–448.) Lisäksi sairaanhoidajalta edellytetään hyvää aseptiikan tuntemusta ja noudattamista (Lehestö, Koivunen & Jaakkola 2004: 191).

Sairaanhoidajaksi valmistutaan ammattikorkeakoulusta sairaanhoidajakoulutuksen kautta. Koulutus on samanlaista Euroopan eri maissa, koska se pohjautuu Euroopan unionin asettamiin direktiiveihin. Opetussuunnitelmiin kohdistuvat päätökset voidaan kuitenkin tehdä itsenäisesti eri kouluissa, joten koulutuksen rakenteissa sekä sisältöpainotuksissa voi olla poikkeavuuksia. Pääpiirteet pysyvät samoina. (Opiskelu sairaanhoidajaksi 2010.) Sairaanhoidajan ammattia voi harjoittaa myös ammattikorkeakoulun suorittanut terveydenhoitaja, kätilö tai ensihoitaja (Tutkinnot ja haku 2011).

Sairaanhoidajan oikeus ammatin harjoittamiseen on lakiin perustuva. Oikeudelliset normit, moraalinnormit ja kansainväliset sopimukset säätelevät sairaanhoidajien

ammatin harjoittamista. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006: 17.)

Sosiaali- ja terveysalan Lupa- ja Valvontavirasto, Valvira, myöntää hakemuksesta oikeuden harjoittaa ammattia myös laillistettuna ammattihenkilönä (Syväoja & Äijälä 2009: 27). Sairaanhoidajat kuuluvat siis ammatinharjoittamisoikeuden saaneisiin laillistettuihin ammattihenkilöihin (Lehestö ym. 2004: 54).

Laillistetun ammattihenkilön velvollisuudet on esitetty laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä, potilaslaissa sekä sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa (Kassara ym. 2006: 17). Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa sanotaan muun muassa, että sairaanhoitaja vastaa tekemästään hoitotyöstä henkilökohtaisesti. Sairaanhoidajan tehtävänä on myös kehittää jatkuvasti ammattitaitoaan. (Lauri 2006: 40.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden salassapitovelvollisuudestakin on säädetty laissa (Valvira: Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus). Mikäli terveydenhuollon ammattihenkilö on saanut asemansa tai tehtävänsä perusteella tietoa koskien yksilön tai perheen salaisuutta, hän ei saa kertoa tietojaan luvatta sivullisille. Salassapitovelvollisuuden tulee säilyä ammatinharjoittamisen päätyttyäkin. (Louhiala & Launis 2009: 65.)

Sairaanhoitaja voi harjoittaa ammattiaan eri toimintaympäristöissä, kuten perusterveydenhuollossa, eli julkisen terveydenhuollon puolella, erikoissairanhoidossa ja sosiaalihuollossa. Lisäksi hän voi työskennellä yksityisellä ja kolmannella sektorilla. Sairaanhoidajan työn luonne ja sisältö määräytyvät työpaikan mukaan, sillä toiminta-alue on hyvin laaja. (Kassara ym. 2006: 19.)

Sairaanhoidajan ammattitaitovaatimukset koostuvat monesta eri osa-alueesta. Näitä osa-alueita ovat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämisosaaminen sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen osaaminen ja lääkehoito. (Jahren Kristoffersen ym. 2006: 18–19.)

Näihin ammattitaitovaatimukseen sisältyvät muun muassa, että sairaanhoitaja toimii ammatinharjoittamistaan koskevan lainsäädännön mukaisesti. Hänen tulee

osata, tunnistaa ja ennakoida yksityisen henkilön ja koko yhteisön terveysongelmia sekä -uhkia. Sairaanhoidajan tulee myös toimia asiakaslähtöisessä ja tavoitteellisessa vuorovaikutuksessa sekä hoitosuhteessa potilaan, perheen ja koko yhteisön kanssa. Sairaanhoidaja antaa ohjausta ja opetusta erilaisille potilaille, heidän omaisilleen ja läheisilleen sekä ryhmille ja yhteisöille. (Jahren Kristoffersen ym. 2006: 18–19.)

Lisäksi sairaanhoidaja toimii muun muassa hoitotyön asiantuntijana moniammatillisessa tiimityössä, erilaisissa projekteissa ja verkostoissa. Sairaanhoidaja työskentelee muun muassa eri kulttuureja edustavien yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen kanssa. Hänen tulee tiedostaa vaikutusmahdollisuutensa yhteiskunnan päätöksentekojärjestelmässä ja vaikuttaa hoitotyön asiantuntijana yksilön ja yhteisön terveyttä edistävään yhteiskunnalliseen kehittämiseen. (Jahren Kristoffersen ym. 2006: 18–19.)

Sairaanhoidajan osaamisvaatimukseen kuuluu myös, että hän vastaa potilaan tai asiakkaan fyysisestä, psyykkisestä, hengellisestä ja sosiaalisesta turvasta. Sairaanhoidajan tulee myös osata toteuttaa lääkärin hoito-ohjeiden mukainen lääkehoito turvallisesti ja hänen tulee osata seurata lääkehoidon vaikutuksia ja vaikuttavuutta. (Jahren Kristoffersen ym. 2006: 18–19.)

2.2 Potilaan hoitotyö

2.2.1 Hoitotyön merkitys

Potilaan hoitotyö on ammatillista työtä, jonka hoitotyöntekijät toteuttavat. Se perustuu hoitotieteeseen. Hoiva ja huolenpito ovat hoitotyön keskeisimmät ominaisuudet. Hoiva merkitsee avoimuutta, vilpittöntä kiinnostusta potilaasta, moraalista vastuuta, läsnäoloa ja lisäksi myös rohkeutta toimia ammatin edellyttämällä tavalla. Huolenpito sen sijaan tarkoittaa toisen ihmisen kunnioittamista, huomioon ottamista, valvontaa, pitämistä ja hyväksymistä. (Kassara ym. 2006: 10–11.)

Potilaan hoitotyö on yhteiskunnan laillistamaa ammatillista toimintaa, joka perustuu koulutuksessa saatuihin tietoihin ja taitoihin sekä omaksuttuun ammattietiikkaan. Hoitotyötä ohjaavat monet eri arvot. Sosiaali- ja terveysalan ammatillisella

toiminnalla esimerkiksi edistetään yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta, tasa-arvoa ja inhimillisyyttä sekä potilaan itsemääräämisoikeutta elämän eri vaiheissa. Ihmisen auttamisen lähtökohtana hoitotyössä on, että jokainen yksilö on ainutkertainen ja jokaisen ihmisen elämällä on tarkoituksensa. (Kassara ym. 2006: 12.)

Potilaan hoitotyössä ihmissuhteet perustuvat arvoihin, jotka välittyvät hoitajan toiminnasta potilaalle. Tällaisia arvoja ovat muun muassa oikeudenmukaisuus, hyvyys ja totuus. Hoitotyön periaatteet pohjautuvat myös arvoihin ja niitä pidetään ihanteellisina hoitotyössä. Hoitotyön periaatteella tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitoa ohjaavaa johtajataustaa. Hoitotyön periaatteita ovat yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, perhekeskeisyys, kokonaisuhoito, terveyskeskeisyys, hoidon jatkuvuus, omatoimisuus, turvallisuus, ammatillisuus sekä taloudellisuus. (Kassara ym. 2006: 12.)

Eettisen näkökulman kannalta hoitotyötä ohjaavia periaatteita ovat ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen ja pahan välttäminen, oikeudenmukaisuus sekä perusteltavuus (Leino-Kilpi & Välimäki 2009: 30). Potilaan hoitotyön ensisijaisena tavoitteena voidaan pitää potilaan elintoimintojen ylläpitämistä diagnoosin mukaisessa sairaudessa sekä sairauden hoitoa. Hoidossa korostuu potilaan fyysisistä tarpeista huolehtiminen erilaisia ohjeita ja määräyksiä toteuttaen. Ainoastaan virallisen terveydenhuollon osana tehtyä työtä voidaan pitää hoitotyönä. (Tuomi 2005: 42, 67.)

2.2.2 Kirurginen hoitotyö

Kirurgisella, eli perioperatiivisella hoitotyöllä puolestaan tarkoitetaan leikkaus- tai toimenpidepotilaan hoitotyötä, jonka toteuttaa leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitaja (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007: 11). Perioperatiivinen hoitotyö jakautuu kolmeen eri osaan. Näitä ovat preoperatiivinen, eli leikkausta edeltävä hoitotyö, intraoperatiivinen, eli leikkauksen aikainen hoitotyö ja postoperatiivinen, eli leikkauksen jälkeinen hoitotyö. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2009: 105.)

Preoperatiivinen hoitotyö valmistaa potilaan leikkaukseen. Preoperatiivisessa toiminnassa korostuvat sairaanhoitajan ammattitaitovaatimuksista erityisesti opetus ja ohjaus. Sairaanhoitajan tulee ohjata potilasta ottamaan vastuu omasta hyvinvoinnistaan ja kuntoutumisestaan sekä antaa tietoa mahdollisten komplikaatioiden ehkäisystä, kuten hengitystekniikasta, liikkumisesta ja apuvälineiden käytöstä. Opetus ja ohjaus vähentävät potilaan ja hänen omaistensa pelkoja ja ahdistusta, joita operaatio ja siitä toipuminen saattavat aiheuttaa. (Anttila ym. 2009: 106.)

Intraoperatiivinen hoitotyö sen sijaan vaikuttaa potilaan toipumiseen leikkauksesta. Intraoperatiivinen vaihe alkaa, kun leikkauspotilas luovutetaan leikkaussalin puolelle ja hänestä annetaan raportti. Vaihe päättyy, kun potilas siirretään leikkaussalista valvontayksikköön. Intraoperatiivisessa hoitotyössä korostuvat turvallisuus, rauhallisuus ja intymiteettisuoja. (Anttila ym. 2009: 112.)

Postoperatiivinen hoitotyö puolestaan tukee potilasta kuntoutumisessa. Leikkauksen jälkeen potilas on erityisen altis komplikaatioille ja yksikin komplikaatio saattaa aiheuttaa ongelmia peruselintoiminnoissa. Niinpä postoperatiivinen hoitotyö keskittyy leikatun potilaan peruselintoimintoihin, kuten hengitykseen ja kipuun. (Anttila ym. 2009: 116.)

2.3 Kirurgisen vuodeosaston toiminta-ajatus

Kirurginen vuodeosasto on yksikkö, joka valmistelee potilaan leikkaukseen. Suurin osa potilaista siirtyy leikkaus- tai tutkimusjonosta kirurgiselle vuodeosastolle. Kyseiselle osastolle potilaat siirtyvät myös leikkauksen ja tehohoitovaiheen tai heräämöseurannan jälkeen. Osastolla tehdään tarvittaessa myös lisätutkimuksia potilaalle ennen varsinaista leikkauspäätöstä. Toivottavaa olisi, että potilaan hoitosuunnitelma olisi valmis hänen tullessaan kirurgiselle osastolle. Tällöin tiedettäisiin, mitä hoitotoimenpiteitä on tulossa ja minkälaisella aikataululla. (Ukkola, Ahonen, Alanko, Lehtonen & Suominen 2001: 18.)

Kirurgiselta vuodeosastolta osa potilaista kotiutetaan ja osa siirretään jatkohoitopaikkaan tarvittavien hoitojen jälkeen. Pääsy jatkohoitopaikkaan saattaa toisinaan viedä aikaa. Osaston tehtävä ja vastuu on turvata potilaan hoidon jatkuvuus asianmukaisella tavalla. Osaston on myös huolehdittava tarvittavat asiakirjat poti-

laan jatkohoitopaikkaan. Mikäli potilaan sairautta ei voida leikkauksella lievittää eikä parantaa, on osaston turvattava potilaalle jatkohoitopaikka. (Ukkola ym. 2001: 18.)

Kirurgian eri alueita ovat yleiskirurgia, neurokirurgia, ortopedia, keuhkokirurgia, urologia ja gynekologia. Näiden lisäksi myös lasten- ja nuorten kirurgia, elinsiirtokirurgia, käsikirurgia, korva-, nenä- ja kurkkukirurgia, plastiikkakirurgia ja silmäkirurgia muodostavat usein oman kirurgian alueensa. (Hildén 2002: 50–51.)

2.3.1 Oulun Yliopistollinen sairaala, osasto 1

Osasto 1 on gastroenterologinen ja endokrinologinen kirurginen osasto (OYS: Os. 1). Gastroenterologialla tarkoitetaan maha- ja vatsatautioppia sekä maha-suolitautioppia. Endokrinologialla puolestaan tarkoitetaan sisäeritysoppia. (Hyrkäs & Nieminen 2009: 76, 92.)

Kyseisellä osastolla hoidetaan potilaita, joilla saattaa olla ruokatorven, maha-laukun, maksan, haiman, sappiteiden, sappirakon sekä lisämunuaisen sairaus. Hoitoa toteutetaan monin eri tavoin, esimerkiksi täyhystystoimenpiteillä, leikkaushoidoilla, radiologisilla toimenpiteillä sekä myös muilla hoidoilla. Potilaille tehdään myös paljon erilaisia radiologisia ja täyhystystutkimuksia. Osastolla tehdään erityisosaamista vaativia toimenpiteitä ja leikkauksia koko Pohjois-Suomen alueen potilaille. (OYS: Os. 1.)

Osasto 1:n vastaava apulaisosastonhoitaja kertoi sähköpostitse hiljaisen raportointikäytännön alkaneen osastolla syksyllä 2008, jolloin hiljaista raportointia alettiin toteuttaa jokaisella raportointikerralla. Apulaisosastonhoitaja kertoi myös osastolla olevan käytössä potilastietojärjestelmä, Esko, jolle kirjaaminen tapahtuu ainoastaan sähköisesti. Potilaspaperit löytyvät vielä osastolta, mutta käytännössä niitä ei juurikaan käytetä. Leikkausosasto vaatii vielä paperiversiot, sillä esimerkiksi anestesiakaavaketta ei ole sähköisessä muodossa.

2.3.2 Oulun Yliopistollinen sairaala, osasto 60

Osasto 60 on lastenkirurgian ja gastroenterologian yksikkö. Osastolla on yhteensä 29 potilaspaikkaa, joista 19 on lastenkirurgista osastopaikkaa ja 10 päiväpaikkaa. Osastopaikat ovat vaativimpia kirurgisia potilaita varten. Päiväkirurgisessa yksikössä hoidetaan myös suolitähystyspotilaita päiväkirurgisten potilaiden lisäksi. (OYS: Os. 60.)

Tutkijat olivat sähköpostitse yhteydessä osasto 60:n osastonhoitajaan, jolta kysyttiin ennakkoon esitietoja osastosta. Osastonhoitaja kertoi hiljaisen raportointikäytännön olleen puolitoista vuotta käytössä. Hiljaista raportointia toteutetaan pääasiassa aamu- ja iltavuoron raportointitilaisuuksissa. Osastolla on niin ikään käytössä potilastietojärjestelmä, Esko, jolle kirjaaminen tapahtuu pääosin sähköisesti. Anestesiakaavake ja muutama muu kaavake löytyy vielä paperiversiona.

3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN JA RAPORTOINTI

3.1 Hoitotyön kirjaaminen

3.1.1 Kirjaamisen merkitys

Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan asiakkaaseen ja potilaaseen liittyvien tietojen kirjaamista (Haho 2009: 38). Kirjatulla tiedolla on suuri merkitys potilaan hoidolle (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2007: 12). Hoitotyön kirjaamista voidaankin pitää hoitajien keskeisimpänä informaation ja kommunikoinnin välineenä (Leino 2004: 1). Kirjaaminen helpottaa myös raportointia (Laine ym. 2002: 22).

Lisäksi kirjaaminen kuuluu keskeisesti hoitotyön ammatilliseen osaamiseen ja se on merkittävä osa sairaanhoitajan työtä (Haho 2009: 38). Sairaanhoitajien lisäksi potilaan hoitoon osallistuvat myös muut terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaisesti myös opiskelijat, jotka saavat harjoittaa hoitotyön kirjaamista. Terveydenhuollon opiskelijan tekemät merkinnät hyväksyy hänen esimiehensä, ohjaajansa tai ohjaajan valtuuttama terveydenhuollon ammattihenkilö. (Ensio & Saranto 2004: 25.)

Sairaankuljetukseen osallistuvilla muilla kuin terveydenhuollon ammattihenkilöillä on oikeus hoitotyön kirjaamiseen, kun he noudattavat toiminnasta vastaavan ammattihenkilön ohjeita. Tällöin terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa sanelunsa perusteella tehdyistä hoitotyön kirjaamiseen liittyvistä merkinnöistä. (Ensio & Saranto 2004: 25.)

3.1.2 Kirjaamisen yleiset tavoitteet, periaatteet ja potilaan tarpeet

Hoitotyön kirjaamisen yleisenä tavoitteena on turvata hoidon jatkuvuus, saumattomuus ja hoitoa koskevan tiedon saanti sekä varmistaa hoidon toteutus ja seuranta (Syväoja & Äijälä 2009: 191). Yleisiin periaatteisiin puolestaan kuuluu, että vain käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia tietoja saa merkitä ja että tiedon oikeellisuudesta ja virheettömyydestä tulee huolehtia. Hoitohenkilökunnan tulee myös huomioida, että muita henkilöitä koskevia tietoja tai potilasta itseään koske-

via arkaluonteisia tietoja saa merkitä vain, jos ne ovat hoidon tai hoitoon ohjauksen kannalta välttämättömiä. (Syväoja & Äijälä 2009: 73.)

Tällaisiksi arkaluonteisiksi tiedoiksi luokitellaan rotu, etninen tausta, yhteiskunnallinen, poliittinen tai uskonnollinen vakaumus, ammattiliittoon kuuluminen, rikollinen teko, rangaistus tai jokin muu rikoksen seuraus, vammaisuus, seksuaalinen suuntautuminen tai käyttäytyminen, sosiaalihuollon palvelujen käyttö sekä sosiaalietuudet (Syväoja & Äijälä 2009: 73).

Kirjaamisen avulla muodostuu tietoa potilaan hoitoon pääsystä ja sen tarkoituksena on toimia viestin viejänä ja potilaan asian tiedottajana hoitoketjussa (Syväoja & Äijälä 2009: 191). Hoitotyön kirjaamisessa tuleekin huomioida potilaan oikeus vaikuttaa siihen, mitä hänestä kirjoitetaan. Potilaalla on myös oikeus saada kirjatuksi se, minkä hän kokee tärkeäksi ja miten hän haluaa tulla hoidetuksi. (Kärkkäinen 2006: 12.)

Kirjaamisen tuleekin aina lähteä potilaan tarpeista, ei niinkään hoitajien tekemisistä. Hoidon tarve tarkoittaa hoitohenkilöstön laatimaa kuvausta potilaan terveydentilaan liittyvistä, jo olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisista ongelmista, joita voidaan lievittää tai poistaa hoitotoimenpiteillä. Potilaskertomukseen tulee kirjata potilaan hoidon kannalta keskeiset hoidon tarpeet. (Syväoja & Äijälä 2009: 87.)

Hoidon tarpeen arvioinnin kirjaaminen onkin välttämätöntä, sillä se perustuu lakiin. Merkinnyt tulee tehdä Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen, 99/2001 sekä oppaan 2001:3, Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen, mukaisesti. (Syväoja & Äijälä 2009: 73.) Hoitopäätösten kirjaaminen korostaa erityisesti potilaskohtaista, yksilöllistä hoitoa (Ensisio & Saranto 2004: 37).

Lisäksi hoidolle asetetaan tavoitteet suhteessa hoidon tarpeisiin ja ne kirjataan potilasasiakirjoihin. Tavoitteiden tulisi olla mahdollisimman konkreettisia, kuten kipujen helpottuminen. Tavoite voi olla suurempi, hoitajakson kestävä kokonaistavoite, mutta myös pienempiä välitavoitteita voi asettaa hoidolle. (Syväoja & Äijälä 2009: 87.)

Potilaan jatko- ja kokonaishoidon turvaamisen lisäksi, hoitotyön kirjaamisen yleisiä tavoitteita ovat potilaan tiedonsaantioikeuden toteen näyttäminen sekä potilaan ja henkilökunnan oikeusturvan varmistaminen. Lisäksi kirjaamisen tavoitteisiin kuuluvat tiedon tuottaminen hoitotyön johtamisen, suunnittelun, tutkimuksen ja opetuksen tueksi sekä taloudellisuus, eli lyhyt ja ytimekäs ilmaisu, virheettömyys ja selkeä kirjoitustyyli. (Syväoja & Äijälä 2009: 73.)

3.1.3 Kirjaamisen rakenne ja sähköinen potilaskertomusjärjestelmä

Suomessa hoitotyön kirjaamisen rakenteena on käytetty Maailman terveysjärjestön, WHO:n, päätöksenteon prosessimallia 1980-luvulta saakka. Kirjatessa perinteisille paperilomakkeille, prosessimallin rakenne on muodostunut otsikoiden mukaan, kuten hoitotyön ongelmat, tavoitteet, toteutus sekä arviointi. (Saranto ym. 2007: 13.)

Hoidon prosessimallin avulla hoitohenkilökunta voi jäsentää potilaan hoitotapah-tuman kirjaamista. Prosessimalli tavoittelee potilaskohtaista, yksilöllistä hoitoa. (Ensio & Saranto 2004: 37.) Prosessimallin ohella hoitoa on myös kirjattu ainoastaan vapaalla kertovalla tekstillä, narratiivisesti, jolloin hoidon kirjaamisen rakenne on muodostunut kirjausten otsikoista tai merkinnöistä, kuten tausta, tulotilanne, toimenpiteet ja kotiutus (Saranto ym. 2007: 13).

Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on, että potilastietojen kirjaamiseen käytetään sähköisiä potilaskertomusjärjestelmiä, eli sähköistä potilaan hoitoa kuvaavaa asiakirjakokonaisuutta (Saranto ym. 2007: 13). Tällaiseen asiakirjakokonaisuuteen kuuluvat muun muassa potilaan hoidon järjestämiseen ja toteuttamiseen käytettävät, laaditut ja saadut asiakirjat, jotka sisältävät terveydentilaa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Hoitohenkilökunnan pääsy sähköisiin potilastietojärjestelmiin vaatii lupa-asioiden järjestymistä sekä jatkuvaa tietojärjestelmien ja tietoturvan ylläpitoa. (Syväoja & Äijälä 2009: 190.)

Sähköisessä potilastietojärjestelmässä potilastiedon käyttö edellyttää tiedon tallentajan, lukijan, lähettäjän ja vastaanottajan kirjautumista järjestelmään. Lisäksi se edellyttää potilastietojärjestelmän käyttäjien käyntitietojen tallentumista järjestel-

mään sekä käytön seurantaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.) Hyvin tehty dokumentointi potilaskertomuksessa mahdollistaa tiedon hakemisen myös jälkikäteen. Tällöin voidaan myös selvittää, onko potilas saanut käytössä olevien resurssien edellyttämää, parasta mahdollista hoitoa. (Kihlgren, Engström & Johansson 2010: 95).

Sähköistä kirjaamista voidaankin pitää osana tulevaisuuden hoitotyötä, jossa reaaliaikainen tietojen hyväksikäyttö vapauttaa resursseja varsinaiseen potilastyöhön ja mahdollistaa siten myös entistä tehokkaamman työskentelyn (Leino 2004: 70). Terveystieteiden huollossa ollaan vielä useissa organisaatioissa sillä tasolla, että paperisia potilaskertomuksia siirretään sähköisiksi, paperittomiksi tiedoiksi. Monissa organisaatioissa käytetään siirtymäaikana rinnakkain sekä paperisia että sähköisiä potilaskertomustietoja. (Syväoja & Äijälä 2009: 191.)

Valtakunnallisella kirjaamiskäytännöllä huolehditaan, että sähköiset potilastietojärjestelmät ovat yhteensopivia ja tietoturvallisia. Niinpä kirjaamisessa käytetään valtakunnallisesti määriteltyjä keskeisiä hoitotietoja, eli ydintietoja. (Saranto ym. 2007: 13.) Ydintietojen tarkoitus on antaa hoitohenkilökunnalle kokonaiskuva potilaan terveys- ja sairaushistoriasta sekä siihen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta (Häyrinen 2011: 7). Näitä ydintietoja kuvataan erilaisilla termistöillä, kuten sanastoilla, luokituksilla ja nimikkeistöillä, joiden määriteltyjen koodien avulla tieto tallentuu sähköiseen potilastietokantaan (Saranto ym. 2007: 13).

Hoitotyön kirjaamisessa ydintietojen tarkoitus on antaa hoitohenkilökunnalle kokonaiskuva potilaan terveys- ja sairaushistoriasta sekä siihen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta. Hoitotyön ydintiedot koostuvat hoidon tarpeesta, hoitotyön toiminnoista, hoidon tuloksista, hoitoisuudesta ja hoitotyön yhteenvedosta. Kyseiset tiedot on kirjattu kaikissa potilaskertomusjärjestelmissä samalla tavalla. Hoitotyön kirjaaminen muodostuu siis rakenteisista ydintiedoista, termistöistä sekä niitä täydentävistä kertovista teksteistä. (Saranto ym. 2007: 13–14.) Kertova, vapaa teksti liittyy potilaan yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja toteutumiseen (Syväoja & Äijälä 2009: 86).

3.1.4 Systemaattinen kirjaaminen

Hoitotyön kirjaamisessa systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa, että on sovittu mitä ja miten kirjataan (Saranto ym. 2007: 12). Lisäksi systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoidon kuvaamista hoidollisen päätöksenteon vaiheiden, eli hoitoprosessin mukaan. Hoitoprosessiin kuuluu neljä vaihetta, jotka ovat hoidon tarpeen arviointi, hoidon tavoitteet ja keinot, hoitotyön toiminnot sekä hoidon tulosten arviointi. (Syväoja & Äijälä 2009: 86.) Suomessa sähköisen potilaskertomuksen tietosisältöä on kehitetty systemaattisesti jo vuodesta 2002 (Häyrinen 2011: 7).

Sähköisiä potilasasiakirjoja käytettäessä systemaattisen kirjaamisen merkitys korostuu. Juridisesti hoitotyön kirjaaminen on todiste, että työntekijän lailliset ja eettiset vastuut potilaalle ovat toteutuneet ja että potilas on saanut laadukasta hoitoa. Näin ollen hoitohenkilökunta on noudattanut lakeja, asetuksia, sääntöjä ja ohjeita sekä toimintayksikön tai laajemmin sovittuja toimintatapoja ja -linjoja. (Saranto ym. 2007: 14–15.)

Hoitotyön kirjaamisessa potilasasiakirjoihin tuleviin merkintöihin on aina laitettava näkyviin kirjaajan tunnistetiedot. Sovittujen kirjaamiskäytäntöjen tarkoituksena on tukea hoitajien hoidollista päätöksentekoa. (Saranto ym. 2007: 15.) Lisäksi yhteisesti sovitut ja rakenteiset tiedot ovat hoitotyön kirjaamisen kooste potilaan keskeisistä terveyden- ja sairaanhoidon tiedoista (Ensio & Saranto 2004: 38).

Kun yhteisesti sovittu rakenteinen kirjaaminen toteutuu sähköiseen potilaskertomusjärjestelmään, on organisaatiossa kerran kirjattu tieto moniammatillisesti kaikkien käytössä ajasta ja paikasta riippumatta. (Tanttu 2011: 10). Systemaattisesti kirjattua tietoa tarvitaan myös toiminnan tuloksellisuuden osoittamiseen (Saranto ym. 2007: 16). Lisäksi oivallus siitä, mikä on tärkeää potilaan hoidossa ja että mitä ja miten kirjataan, selkeyttää myös hoitotyötä (Wilskman, Koivukoski, Knuutila & Isotalo 2007: 13).

Kirjausten tulee olla hoitohenkilökunnan saatavilla viiveettä, mikä edellyttää hoitotyön kirjaamiselta yhdenmukaisuutta ja rakenteisuutta. Hoidon tuottajalla, kuten

sairaanhoidopiirillä, on velvollisuus ylläpitää potilasasiakirjoja. Potilaslain mukaisesti asiakirjoihin on tehtävä potilaskohtaisesti merkinnät tapahtumista. (Saranto ym. 2007: 12.)

3.2 Suullinen raportointi

Suullinen raportointi on eräs tiedonvälitystapa, jossa päättyvän vuoron sairaanhoitaja tiedottaa suullisesti osastolla hoidossa olevien potilaiden sairauteen, vointiin ja hoitoon liittyvät asiat työvuoroon tulevalle henkilökunnalle (Lamond 2000: 794; Puumalainen ym. 2003: 4). Suullisessa raportoinnissa jaetaan tietoa erityisesti potilaan lääketieteellisestä, psykososiaalisesta ja henkisestä tilasta sekä vaihtoehtoista ja vaikutelmista, kuten myös tilanteiden ratkaisemisesta, tuen antamisesta ja vastaanottamisesta. Lisäksi siinä voidaan käsitellä potilassuhteeseen ja mahdollisiin erimielisyyksiin liittyviä asioita. (Rushton & Hylton 2010: 380.)

Suullisessa raportoinnissa korostuvat ne asiat, joita hoidon toteutuksessa pidetään tärkeinä (Runne 2000: 19; Laine ym. 2002: 22). Suullisen raportoinnin sisältö ja raportoitavien asioiden järjestys vaihtelevat potilaskohtaisesti (Laine ym. 2002: 22). Raportoinnin sisältö perustuu potilaiden sairauskertomuksiin ja hoitosuunnitelmiin. Se on siis pitkälti päällekkäistä kirjatun tiedon kanssa. (Puumalainen 2003: 5.) Sairaanhoitaja on vastuussa pitämästään raportista ja raportin kuunteleva henkilö vastuussa siitä, millaisin tiedoin hän suostuu ottamaan vastuun potilaista (Laine ym. 2002: 22).

Tarkoituksena on turvata potilaan hoidon jatkuvuus (Runne 2000: 19). Raportointi onkin keskeistä potilaan hoidon jatkuvuuden ja laadun kannalta (Lamond 2000: 794; Puumalainen ym. 2003: 4). Ideana on kuvata selkeästi käytännön asiat, jotta ne olisivat hyvin tiedossa muille hoitotyötä tekeville hyvän ja rakentavan työn taakamiseksi (Albert, Hoymand, Lund, Winkel & Sørensen 2008: 18).

Suullinen raportointi on ilmaisuväline arvojen, luottamuksen, havaintojen ja tuomioiden jakamiseen. Eettisesti oikein toteutetun suullisen raportoinnin avulla potilaan hoidon laatu ja turvallisuus on taattu. Lisäksi hoitajan suhde potilaaseen on

vahvistunut ja työskentelevän sairaanhoitajaryhmän tehokkuus ja toimivuus parantunut. (Rushton & Hylton 2010: 380.)

Suullinen raportointi on hoitajille myös tärkeä vertaistuki (Ruuskanen 2007: 49). Se on koettu tärkeäksi sosiaalisesti tapahtumaksi, joka lujittaa yhteishenkeä (Hurri 2006: 7). Suullinen raportointi mahdollistaa hoitajien välisen yhteisen keskustelun (Puumalainen ym. 2003: 5). Siinä käytetään myös kehonkieltä, kuten äänensävyjä, -painotuksia, ilmeitä, eleitä ja liikkeitä. Hyvä suullinen raportointi vaatii sairaanhoitajalta ammattitaitoa, jotta oleelliset asiat tulevat hyvin esille. (Laine ym. 2002: 22.)

Suulliseen raportointiin liittyvä hoitajien välinen vuorovaikutus korostuu kirurgisen potilaan hoidossa lyhyen hoitosuhteen vuoksi. Hoitajien välinen vuorovaikutus saattaa kuitenkin heikentyä mahdollisten yhteistyöongelmien, rajallisten aikaresurssien, työtehtävien mekaanisen suorittamisen ja rauhattoman työympäristön takia. Sairanhoitajien kokemattomuus ja väsymys vaikuttavat myös asiaan. (Laine ym. 2002: 22.)

Monissa organisaatioissa suullista raportointia onkin alettu tarkastella kriittisesti, koska siihen kuluu runsaasti työaika (Puumalainen ym. 2003: 4). Suullisen raportoinnin on kritisoitu aiheuttavan juoruilua, halveksivaa käytöstä ja syyttelyä. Lisäksi se voi leimata potilaan. Samoin oletukset potilaan luonteesta, sosiaalisesta ja taloudellisesta tilanteesta sekä parisuhteesta voivat heijastua vääristyneinä hoitajille. (Rushton & Hylton 2010: 380.)

Kuuloetäisyydellä olevat toiset potilaat voivat myös olla este suulliselle raportoinnille, jotta potilaiden anonymiteetti pystytään suojaamaan mahdollisimman hyvin. Suullisen raportoinnin ongelmana voi myös olla raportoijan nopea puhe-tyyli, monimutkaiset kieliopilliset rakenteet tai asiasta toiseen hyppiminen, jolloin vastapuolen voi olla vaikeaa saada tarvitsemaansa tietoa hoidon jatkuvuuden taakamiseksi. (Laine ym. 2002: 22.)

Suullista raportointia on myös kyseenalaistettu tehokkuutensa osalta. Tällöin suullinen raportointi ei välttämättä ole kaikkein tehokkain keino viestiä potilaiden tietoja hoidon tehokkaan suunnittelun mahdollistamiseksi. (Dowding 2001: 843.)

Suullisen raportoinnin vähentymisen tai sen käytön lopettamisen on kuitenkin ajateltu aiheuttavan myös ongelmia. Ilman suullista raportointia potilastiedot eivät esimerkiksi välttämättä tule hoitajien tietoisuuteen tarvitussa laajuudessaan. Hoitajien voi nimittäin olla vaikeaa huomata kaikkia potilastietoja itsenäisesti. (Dorsén 2010: 10.)

3.3 Hiljainen raportointi

Hiljainen raportointi tarkoittaa hoitajien työvuoron vaihteessa olevaa tiedonvälitystilaisuutta, jossa vuoroon tulevat hoitajat lukevat itsenäisesti potilastiedot sairauskertomusten ja hoitosuunnitelmien välityksellä. Tarvittaessa edellisen vuoron hoitaja voi täydentää tietoja suullisesti. Hiljaisessa raportoinnissa tietoa voidaan siirtää luotettavasti ja turvallisesti kirjallisen dokumentoinnin avulla ilman suullisia raportteja. (Puumalainen ym. 2003: 6, 8.) Hiljaista raportointia toteutettaessa kirjaamisen merkitys on kasvanut (Kärkkäinen 2006: 12).

Hiljaiseen raportointiin siirtyminen on kuitenkin mietityttänyt hoitajia muun muassa tiedon siirtämisen suhteen. Asia saattaa aiheuttaa muutosvastarintaa ja epävarmuutta, saako hiljaisen raportoinnin avulla riittävästi tietoa potilaasta ja onko tieto ajantasaista. Hoitajasta tulee hiljaisen raportoinnin myötä aktiivinen tiedon etsijä. (Hurri 2006: 7.)

Ruuskanen (2007) tutkimuksen mukaan kaikki hoitajat eivät kokeneet saaneensa hiljaisesta raportoinnista riittävästi tietoa potilaiden turvallisen hoidon takaamiseksi. Tietoa oli jäänyt puuttumaan, jos hoitajat eivät ehtineet lukea potilaiden papereita työvuoronsa alussa. Osa hoitajista oli kokenut kollegiaalisen tuen vähentyneen, koska potilaiden asioista ei enää keskusteltu siinä määrin kuin suullisessa raportoinnissa. (Ruuskanen 2007: 47–48.)

Hiljainen raportointi on päässyt otsikoihin myös hoitoalan ammattilehdissä. Hiljaisessa raportoinnissa jokainen voi keskittyä omiin potilaisiinsa. Lisäksi tieto on

ajantasaista ja kaikkien saatavilla vuorokauden ympäri. Hiljaisen raportoinnin on kerrottu tuottavan luotettavaa tietoa ja säästävän työaika. (Sajama 2010: 34–35.)

Puumalaisen ym. (2003) tutkimustulosten mukaan raportointiin käytettävä aika oli vähentynyt siirryttäessä suullisesta hiljaiseen raportointiin. Suurin osa hoitajista oli myös halunnut jatkaa hiljaista raportointia. Lisäksi lähes kolme neljäsosaa hoitajista oli kokenut kirjaamisen parantuneen ja potilaille jäävän enemmän aikaa kuin suullisen raportoinnin aikaan. (Puumalainen ym. 2003: 6–8.) Hiljaisella raportoinnilla on todettu olevan myös merkittävä vaikutus hoitajien mahdollisuuteen suunnitella työnsä entistä paremmin (Dowding 2001: 843).

Hiljaisen raportoinnin on ajateltu olevan myös suullista täsmällisempää ja luotettavampaa. Sähköisesti kirjatun ja tallennetun tiedon on koettu parantaneen hiljaiseen raportointiin siirtymisen myötä potilasturvallisuutta sekä lisänneen potilaiden ja hoitajien oikeusturvaa. (Sajama 2010: 35.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksessa selvitettiin hiljaisen raportoinnin soveltuvuutta kirurgisessa hoitotyössä. Tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia kirurgisten osastojen sairaanhoitajilla oli hiljaisen raportoinnin toteutumisesta ja miten hiljaista raportointia voitaisiin kehittää. Työn tavoitteena oli lisätä tietoa hiljaisesta raportoinnista ja siihen siirtymisestä sekä edistää hoitotyön kirjaamiskäytäntöä.

Tutkimusongelmat olivat seuraavat:

1. Millä tavalla siirtyminen suullisesta hiljaiseen raportointiin tapahtui?
2. Millaisia vaikutuksia hiljaisella raportoinnilla oli työyhteisöön?
3. Millaisia vaikutuksia hiljaisella raportoinnilla oli potilaan hoitoon?
4. Millaisia vaikutuksia hiljaisella raportoinnilla oli kirjaamiskäytäntöihin?
5. Millaisia vaikutuksia hiljaisella raportoinnilla oli ajankäyttöön?
6. Miten hiljaista raportointia tulisi kehittää?

5 AINEISTO JA MENETELMÄT

5.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön menetelmäksi tutkijat valitsivat laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän. Tutkijat kokivat saavansa kyseisellä tutkimusmenetelmällä mahdollisimman monipuolisen kuvan tutkittavasta ilmiöstä, sillä kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostuu ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten ja motivaatioiden tutkiminen sekä näkemysten kuvaaminen. Näin ollen kvalitatiivinen tutkimus liittyy uskomuksiin, asenteisiin ja käyttäytymisen muutoksiin eli siten myös niihin sairaanhoitajien kokemuksiin, joita tutkijat haluavat tutkia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 49.)

Lisäksi kvalitatiivisen tutkimuksen käyttöalueiksi voidaan kuvata uusia tutkimusalueita, joista tiedetään vasta vähän (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 50; Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003: 610). Tämäkin vaikutti tutkimusmenetelmän valintaan, sillä hiljaista raportointia ei ole vielä kovin paljoa tutkittu, vaikka siihen on monia osastoja siirtymässä ja useilla osastoilla se on jo käytössäkin. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoite on ymmärtää tutkimuskohdetta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007: 176).

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä sopii myös olemassa olevaan tutkimusalueeseen, jos siihen halutaan saada uusi näkökulma (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 50; Kylmä ym. 2003: 610). Tutkijat haluavat tutkia sairaanhoitajien kokemuksia hiljaisen raportoinnin toteutumisesta kirurgisilla osastoilla, mitä ei ole aiemmin kovinkaan paljoa tutkittu kyseisten osastojen osalta. Tämä uusi näkökulma tukee niin ikään kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän valintaa.

Kvalitatiivisen tutkimuksen tunnuspiirteiksi voidaan mainita muun muassa naturalistisuus, persoonakohtaisuus, yksilöllisyys, dynaamisuus, induktiivisuus ja tutkimusasetelmien joustavuus. Näistä ensimmäinen, naturalistisuus, tarkoittaa muun muassa asioiden tarkastelua luonnollisissa olosuhteissa viitaten tilanteiden aitouteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 50.) Tähän tutkijat pyrkivät tekemällä haastattelut luonnollisissa olosuhteissa osastoilla, jolloin tilanteet ovat

mahdollisimman aitoja. Persoonakohtaisuudella ja yksilöllisyydellä sen sijaan kuvataan kvalitatiivisen tutkimuksen yksilöllistä luonnetta sekä yksilön tuntemusten ja toiveiden kuuntelua (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 50–51). Tutkijat kokevat tämän tärkeäksi tutkimuksessa, jossa teemahaastattelut toteutetaan anonymisti yksilöittäin, rauhallisessa ja suljetussa tilassa.

Dynaamisuus sen sijaan liittyy tutkimuksen muotoutumiseen prosessin aikana, esimerkiksi täsmentäessä tutkimustehtäviä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 51). Tutkijat tekevät kvalitatiivisen tutkimuksen haastattelemalla, jotta he saavat kerättyä mahdollisimman paljon tietoa ja tarvittaessa voivat tarkentaa kysymyksiä.

Induktiivisuus tarkoittaa tutkimuksessa olevaa vapautta teoriaohjautuvuudesta. Tutkimusmenetelmien joustavuus puolestaan tarkoittaa, että tietoa haetaan useista paikoista ja aineistojen hakeminen ja keruu voivat muokkaantua tutkimusprosessin aikana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 51.)

Lisäksi kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän perusteena voi olla asian tutkiminen ymmärtämisen näkökulmasta. Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 50.) Juuri näitä asioita tutkijat haluavat selvittää.

5.2 Haastattelumenetelmä

Haastattelumenetelmäksi tutkijat valitsivat teemahaastattelun, jossa haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Teemahaastattelua hyödynnettäessä oletuksena on, että kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voidaan tutkia kyseisellä menetelmällä. (Hirsjärvi & Hurme, 2000: 48.) Niinpä tutkijat kokivat saavansa mahdollisimman kattavat tulokset kyseisen menetelmän avulla.

Lisäksi haastattelussa on mahdollista suunnata tiedonhankintaa, koska siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa. Vastausten taustalla olevia motiiveja on myös mahdollista selvittää haastattelun avulla. Niinpä

haastattelu kannattaa valita aineiston keruumuodoksi, jos vastauksia halutaan syventää. (Hirsjärvi & Hurme 2000: 34–35.)

Tutkijat kävivät läpi aiempia opinnäytetöitä hiljaiseen raportointiin liittyen. He poimivat niistä kysymyksiä sekä keksivät itse lisää. Tutkijat jakoivat muokkaamansa kysymykset samankaltaisuuden perusteella omiin ryhmiinsä. Jokainen ryhmä muodosti oman otsikkonsa eli teemansa, joita kehkeytyi kuusi. Jokaisen teeman alle tutkijat muodostivat vielä pääkysymyksiä sekä näiden alle mahdollisimman tarkkoja apukysymyksiä. Näin muodostui teemahaastattelurunko ja siihen liittyvät kysymykset.

Tutkijat esitetasivat laatimansa teemahaastattelun erään toisen sairaalan kirurgisella osastolla kuin Oulun, syksyn 2010 aikana. Haastattelun esitetaus on teemahaastattelun välttämätön ja tärkeä osa. Esitetauksen tarkoituksena on testata haastattelurunkoa, aihepiirien järjestystä ja hypoteettisten kysymysten muotoilua, joita voidaan vielä tarvittaessa muuttaa esitetauksen jälkeenkin. Lisäksi esitetauksen avulla saadaan selville haastatteluiden keskimääräinen pituus. (Hirsjärvi & Hurme 2000: 72–73.)

Tutkijat saivat esitetaukseen tämän toisen sairaalan kirurgiselta osastolta kaksi sairaanhoitajaa, joilla oli kokemusta sekä hiljaisesta että suullisesta raportoinnista. Esitetauksen jälkeen tutkijat kuulivat haastateltavilta parannusehdotuksia teemahaastatteluun, minkä pohjalta tehtiin vielä hieman korjauksia, etenkin apukysymysten suhteen. Lisäksi tutkijat muotoilivat tutkimuksen teemoja uudelleen. Esitetauksesta saatuja haastatteluja ei analysoitu.

Esitetauksessa tutkijat harjoittelivat myös sanelukoneen käyttöä ja haastattelijana toimimista. Siten saatiin myös lisää varmuutta tuleviin haastattelutilanteisiin Oulun Yliopistollisessa sairaalassa. Esitetaus ja haastattelut Oulussa toteutettiin yksilöhaastatteluina.

Tutkijat koodasivat Oulussa toteuttamansa haastattelut koodeilla, A1-A10, välttääkseen valioharhaa. Valioharha tarkoittaa yhden haastateltavan mielipiteiden esittämistä useassa yhteydessä. Tekstilainauksiin tulisikin merkitä haastateltavan

koodinnumero osoittamaan, että lainaukset ovat eri haastatteluista. (Aira 2005: 1076.)

Tutkijat arpoivat kullekin haastattelulle oman koodinsa, jotta haastattelut eivät ole saadussa järjestyksessä. Tällöin tutkimukseen osallistuneilla osastoillakaan ei voida päätellä, keltä lainaukset on otettu. Lisäksi koodinumerot osoittavat, että tutkijat ovat ottaneet lainauksia eri haastatteluista eivätkä vain käyttäneet yhtä tai muutamaa haastattelua analysoidessaan tuloksia.

5.3 Tutkimukseen osallistujat

Laadulliseen tutkimukseen valitaan osallistujiksi ne henkilöt, jotka tietävät eniten tutkittavasta asiasta (Kylmä ym. 2003: 611). Tutkimukseen pyritään löytämään mahdollisimman hyviä tiedonantajia, joiden avulla voidaan saada monipuolinen kuva tutkittavasta ilmiöstä. Tutkittavaan asiaan on tärkeää löytää mahdollisimman monia eri näkökulmia. (Aira 2005: 1074.)

Tutkijat lähettivät alustavasti sähköpostia eri sairaaloihin ympäri Suomen, jotta saatiin määriteltyä mahdollisimman kattava perusjoukko, jolla on kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta hiljaisesta raportoinnista. Sähköpostissa tiedusteltiin, millainen raportointikäytäntö kyseisillä osastoilla oli ja vastausten perusteella tutkijat valitsivat tutkimuksen kohderyhmäksi Oulun Yliopistollisesta sairaalasta osastoja. Perusjoukoksi valikoitui Oulun Yliopistollisen sairaalan, osastojen 1 ja 60, sairaanhoitajat.

Tutkijat hankkivat tutkimusluvut Oulun Yliopistolliseen sairaalaan. Tutkimuslupa-anomuksen yhteydessä lähetettiin saatekirje (LIITE 1), tutkimussuunnitelma ja teemahaastattelurunko (LIITE 2) osastojen 1 ja 60 opiskelijakoordinaattoreille. Laadullisessa haastattelussa haastateltavien valintakriteereissä korostuvat heidän kokemuksensa tutkittavasta ilmiöstä sekä halukkuus ja kyky keskustella aiheesta haastattelutilanteessa (Juvakka & Kylmä 2007: 80).

Otannan tutkijat valitsivat yhteistyössä osastonhoitajien kanssa. Taustavaatimukseksi asetettiin, että jokaisen haastateltavan tuli olla sairaanhoitaja, jolla on kokemusta sekä suullisesta että hiljaisesta raportoinnista. Tällöin sairaanhoitajat pysty-

vät vertaamaan kyseisiä raportointimuotoja entistä paremmin kokemuksensa perusteella ja luotettavuus paranee.

Laadullisessa tutkimuksessa painotetaan enemmän laatua kuin määrää keskittyen tutkittavan ilmiön kuvaamiseen aineistosta käsin. Laadulliseen tutkimukseen osallistuvien henkilöiden määrä on useimmiten pieni, sillä liian suuri osallistujamäärä ja runsas aineisto saattavat vaikeuttaa oleellisten asioiden löytämistä aineistosta. (Kylmä ym. 2003: 611.)

Laadulliseen tutkimukseen osallistuvia henkilöitä onkin useimmiten enintään muutamia kymmeniä (Aira 2005: 1074). Tutkimukseen osallistui Oulun Yliopistollisesta sairaalasta, osastoilta 1 ja 60, molemmista viisi sairaanhoitajaa eli yhteensä 10. Kaikilla sairaanhoitajilla oli kokemusta niin hiljaisesta kuin suullisestakin raportoinnista.

5.4 Aineiston keruu

Tutkijat keräsivät tutkimusaineiston teemahaastatteluin joulukuun 2010 aikana. Tutkijat sopivat etukäteen tutkimukseen osallistuvien osastojen osastonhoitajien kanssa, että he saavat rauhallisen ja suljetun tilan jokaiselle haastattelutilanteelle. Tarkoituksena oli, että kaikki mahdolliset häiriötekijät pystyttäisiin minimoimaan ja haastateltavien anonymiteetti suojaamaan mahdollisimman hyvin. Lisäksi tutkijat sopivat haastatteluajankohdat osastonhoitajien kanssa jo hyvissä ajoin, jotta osastoilla osattaisiin valmistautua tulevaan tutkimukseen.

Haastattelutilanteiden alkuvaiheessa tutkijat kertoivat haastateltaville opinnäytetyön tarkoituksen ja tutkimukseen osallistuvien henkilöiden taustavaatimukset. He kertoivat myös, että tutkimusmenetelmä on laadullinen ja aineisto kerätään teemahaastatteluin. Teemahaastattelu-käsite selitettiin lyhyesti haastateltaville. Haastateltavat saivat teemahaastattelun alkaessa teemat paperilla, josta he pystyivät halutessaan seuraamaan haastattelun kulkua.

Lisäksi tutkijat kertoivat haastateltaville, että haastattelut analysoidaan aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. He avasivat hieman kyseistä käsitettä sekä pyysivät lupaa haastattelujen nauhoitukseen jokaiselta haastateltavalta erikseen. Tutkijat

saivat nauhoittaa kaikki haastattelut ja korostivat, että haastateltavien anonymiteetti säilyy, kyselylomakkeet ja nauhoitteet tuhoetaan välittömästi tutkimuksen päätyttyä.

Lisäksi tutkijat kertoivat haastateltaville, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja sen voi halutessaan keskeyttää. Kukaan haastateltava ei kuitenkaan keskeyttänyt haastattelua. Tutkijat kertoivat myös, että haastatteluun on varattu aikaa tunti. Haastattelut kestivät 20–50 minuuttia. Lisäksi tutkijat esittivät myös toivomuksen, että he saisivat mahdollisimman paljon haastateltavien omia rehellisiä näkemyksiä, kokemuksia ja tunteita asioista.

Tutkijat kertoivat haastateltaville voivansa tehdä tarkentavia kysymyksiä, vaikka he eivät voi lähteä varsinaisesti mukaan keskusteluun tai johdatella vastauksia, jotta puolueettomuus on taattu. Teemahaastattelulla on kaikki edellytykset onnistua, jos tutkijat pystyvät luomaan riittävän turvallisen ja luottamuksellisen ilmapiirin (Juvakka & Kylmä 2007: 80). Niinpä tutkijat pyrkivät pohjustamaan haastattelut mahdollisimman hyvin ja samalla myös lievittämään haastateltavien mahdollista jännitystä.

Aineiston keruussa keskeistä on tarkastella tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman avoimesti, esimerkiksi kysymällä haastattelussa aluksi mahdollisimman väljiä kysymyksiä (Kylmä ym. 2003: 611). Tutkijat kysyivät haastateltavilta ensin väljiä pääkysymyksiä, joten haastateltavilla oli mahdollisuus kertoa omat näkemyksensä ja kannanottonsa mahdollisimman laajasti sekä perustella ne. Apukysymyksiä tutkijat kysyivät jokaisen pääkysymyksen jälkeen tarkennukseksi, jos he eivät saaneet pääkysymysten avulla tarpeeksi kattavia vastauksia.

5.5 Aineiston käsittely ja analysointi

Aineiston käsittely tarkoittaa sen puhtaaksi kirjoittamista eli litterointia, analysointia varten (Kylmä ym. 2003: 612). Tutkijat litteroivat nauhat teemahaastatteluiden jälkeen sanataarkasti vastaajien murteella. Litteroitua aineistoa kertyi 80 sivua, rivivälillä 1,5. Litteroinnin jälkeen tutkijat tulostivat haastattelut ja lukivat ne läpi tutustuakseen aineistoon ja saadakseen kokonaiskuvan.

Tutkijat analysoivat tutkimusaineiston sisällönanalyysillä, joka tarkoittaa kerätyn tutkimusaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvata lyhyesti ja yleistävästi tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. Olennaista on, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien on oltava toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. (Janhonen & Nikkonen 2001: 23.)

Sisällönanalyysi-prosessi muodostuu sen mukaan, perustuuko analyysi induktiiviseen vai deduktiiviseen päättelyyn ja kohdistuu analyysi aineiston ilmi- vai piilosisältöihin. Tutkijat käyttävät induktiivista päättelyä, jossa siirrytään konkreettisesti aineistosta sen käsitteelliseen kuvaamiseen. (Janhonen & Nikkonen 2001: 24.)

Lisäksi induktiivisessa analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus, niin etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa analyysiä. Analyysi kohdistuu ilmissisältöihin, jossa jaetaan aineisto analyysiyksiköihin ja tarkastellaan niitä suhteessa tutkittavaan ilmiöön. (Janhonen & Nikkonen 2001: 24; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 135.)

Analyysiyksikkö voi olla aineistoyksikkö, kuten dokumentti tai vaihtoehtoisesti aineiston yksikkö, kuten sana tai lause. Analyysiyksikön määrittäminen on hyvin olennaista ennen analysoinnin aloittamista ja sen määrittelyssä ratkaisevat erityisesti aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Tavallisimmin käytettyjä analyysiyksiköitä ovat aineiston yksiköt, kuten sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. (Janhonen & Nikkonen 2001: 25.) Tutkijat valitsivat analyysiyksiköksi ajatuskokonaisuuden.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen, jolloin aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Aineistosta saadut vastaukset eli pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineiston termein. (Janhonen & Nikkonen 2001: 26.)

Tutkijat alleviivasivat tutkimuskysymyksiin liittyviä ajatuskokonaisuuksia vastauksiksi. Kullekin tutkimuskysymykselle oli oma värinsä helpottamaan analysoin-

tia. Ajatuskokonaisuuksista muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia. Tutkijat hankkivat jokaiselle haastattelulle oman puhtaan paperin, jolle he kirjoittivat kunkin tutkimuskysymyksen alle haastatteluiden pelkistetyt ilmaukset vastauksiksi.

Pelkistämisen jälkeen aineisto ryhmitellään, jolloin pelkistetyistä ilmaisuista etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi, jolle annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Aineiston ryhmittelyssä saa käyttää tulkintaa. Tämän jälkeen aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on vuorossa abstrahointi, jolloin yhdistetään samansisältöisiä luokkia ja saadaan yläluokkia. (Janhonen & Nikkonen 2001: 28–29; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 135.)

Tutkijat yhdistivät eri haastatteluiden samankaltaiset ilmaukset samoiksi alaluokiksi. Yläluokat muodostuivat samankaltaisista alaluokista teemojen mukaan. Aineistoa käsiteltäessä ja analysoitaessa otettiin huomioon tehdyt haastattelupäiväkirjat, jotta tutkijoiden omat kokemukset eivät vaikuttaisi saatuihin tutkimustuloksiin.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimustulokset esitetään teemoittain. Teemoja on kuusi ja ne muodostavat kukin oman yläluokkansa. Yläluokat puolestaan koostuvat alaluokista. Tutkimustulosten yhteydessä esitetään suoria lainauksia haastateltavien näkemyksistä ja kokemuksista tutkimustulosten havainnoimiseksi.

6.1 Raportointikäytännön muutosprosessi

6.1.1 Raportointikäytännön muutosprosessi osastolla 1

Eräs haastateltava epäili raportointikäytännön muutosprosessin alkaneen osastolansa vähitellen erään tutkimustyön seurauksena. Joku osastolla oleva työntekijä oli hänen mukaansa tutkinut hiljaisen raportoinnin mahdollisuutta. Niinpä hiljaista raportointia alettiin kokeilla.

Neljä sairaanhoitajaa osaston viidestä haastateltavasta mainitsi käyneensä keväällä 2008 erään sairaalan kirurgisella osastolla tutustumassa hiljaiseen raportointiin. Kyseisessä sairaalassa hoitajat olivat kovasti kehuneet hiljaista raportointia. Eräs haastateltava kertoi ajatelleensa, että jos kyseinen raportointi onnistuu muualla, niin ei ole syytä, miksi se ei onnistuisi heilläkin.

Toinen haastateltava puolestaan muisteli, että hiljaiseen raportointiin siirryttiin seuraavana syksynä. Päivämäärä päätettiin valmiiksi, milloin siirtyminen suullisesta hiljaiseen raportointiin tapahtuisi. Ennen muutosprosessia hoitajilta oli kuitenkin kysytty mielipidettä asiaan. Neljä hoitajaa viidestä muisteli, että hiljainen raportointi tuli samana päivänä kaikille raportointikerroille.

Neljä haastateltavaa koki, että raportointikäytännön muutosprosessin vuoksi osastolla ilmeni muutosvastarintaa. Eräs koki muutosvastarintaa esiintyneen alussa paljonkin, kun taas toinen koki vastarintaa olleen vain vähän. Toinen hoitaja koki muutosprosessin alun rajuna. Hänen mukaansa ajan kuluessa muutosvastarinta kuitenkin heikkeni.

Yksi haastateltavista ajatteli, että muutosvastarinta ei olisi johtunut raportointikäytännön muutoksesta, vaan osaston sisällä tapahtuneesta modulijaosta. Hänen mukaansa osastolla oltiin sitoutuneita raportointikäytännön muutokseen, vaikka muualla sitä helposti vastustettiin.

”Se sitoutuneisuus on ollu niin vahva meille, niin minusta tää on mennyt niin kivuttomasti ja helposti. Muualla on sitä vastustusta aikalailla, jospa ne siitä pikkuhiljaa. Ja sittenhän on ne osastot, jotka ei oo kokenukkaan, niin ne sanoo, ettei se heille käy.” (A3)

Eräs haastateltava muisteli, että osastolla olisi ollut viikoittain projektiryhmä, jossa käytiin läpi esiin tulleita mielipiteitä hiljaisesta raportoinnista. Projektiryhmässä käsiteltiin myös kehittämisideoita. Hän mainitsi myös, että osastokokous pidettiin kerran viikossa ja siellä käsiteltiin hiljaiseen raportointiin liittyviä asioita. Henkilökunnalla oli siis mahdollisuus kertoa mielipiteensä.

Yksi hoitaja kertoi kokeneensa, että osastolla elettiin päivä kerrallaan ja aina oli mahdollisuus siirtyä takaisin suulliseen raportointiin. Koskaan sitä ei kuitenkaan tehty, vaikka muutosprosessi koettiin haastavana.

6.1.2 Raportointikäytännön muutosprosessi osastolla 60

Osaston viidestä haastateltavasta kahdella oli vaikeuksia muistaa raportointikäytännön muutosprosessin etenemistä, sillä siitä oli kulunut noin kaksi vuotta aikaa. Eräs haastateltava kuitenkin muisteli, että ennen raportointikäytännön muutosta hoitajat olivat saaneet kirjaamiskoulutusta. Tarkoituksena oli ollut, että kirjaaminen olisi mahdollisimman kattavaa ja kirjauksista löytyisivät kaikki potilaan hoidon kannalta oleelliset tiedot.

Neljän haastateltavan mukaan muutos suullisesta raportoinnista hiljaiseen tapahtui asteittain. Eräs hoitaja kertoi, että siirtymävaihe oli ollut pitkä. Osastolla työstettiin asiaa syksyllä 2008 ja hiljaiseen raportointiin siirryttiin vähitellen seuraavana keväänä.

Siirtyminen tapahtui hoitajien mukaan kahdessa osassa. Ensimmäinen muutos tapahtui, kun suullisesti annettava iltapäiväraportti muuttui hiljaiseksi. Tällöin iltavuoroon tulleet hoitajat lukivat raportin itsenäisesti tietokoneelta, jonka lisäksi annettiin tarvittaessa myös suullista raportointia.

Hiljaisen iltapäiväraportoinnin sujumisen myötä myös suullinen aamuraportti muutettiin hiljaiseksi. Iltavuoron hoitajat antoivat edelleen yövuoroon tuleville raportin ainoastaan suullisesti. Eräs hoitaja mietti, muuttuisiko yöraportti tulevaisuudessa myös hiljaiseksi raportoinniksi. Kukaan osaston viidestä haastateltavasta ei maininnut, että heillä olisi aikomustakaan muuttaa yöhoitajien suullista tiedonvälitystä hiljaiseksi raportoinniksi.

Eräs hoitaja koki, että alkukevät 2009 oli sujunut hyvin, kun iltapäiväraportti oli muutettu hiljaiseksi. Suullisen aamuraportin muututtua hiljaiseksi osastolla oli kuitenkin ilmennyt hänen mukaansa kaaosta, jolloin alkoi myös muutosvastarintaa uutta raportointikäytäntöä kohtaan.

Yksi haastateltava puolestaan oli sitä mieltä, että jokaista uutta asiaa aina alkuun vastustetaan. Hän myös ajatteli, että kaiken tutun ja turvallisen uudelleen muokkaaminen vie todella paljon energiaa. Eräs toinen hoitaja kertoi suhtautuneensa hiljaiseen raportointiin ennakkoluuloisesti. Häntä pelotti, kuinka raportointikäytäntö tulisi heillä toimimaan.

”Siinä ihan alkuvaiheessa enemmän tätä vastustettiin siitä syystä, että se oli ihan uutta ja pelottavaa. Kokeneet hoitajat pelkäsivät sitä, että miten jatkuvuus voidaan turvata potilaan hoidossa, kun ei oo sitä suullista ajatustenvaihtoa niin paljoa enää..” (A10)

Eräällä haastateltavalla ei ollut kokemusta raportointikäytännön muutosprosessista, sillä hänen tullessaan osastolle töihin käytössä oli jo hiljainen raportointi. Kyseinen hoitaja koki hiljaisen raportoinnin toteuttamisen alussa haastavana. Loput neljä haastateltavaa, jotka olivat olleet raportointikäytännön muutosprosessin aikana töissä, olivat kokeneet osastollansa muutosvastarintaa.

Eräs sairaanhoitaja kertoi tehneensä raportointikäytännön muutosvaiheessa kyselyn koskien hiljaista raportointia. Kysely oli kohdistettu osastolla työskennelleille hoitajille. Hän kertoi kyselystä tulleen ilmi, että kahdestakymmenestä neljästä hoitajasta kaksikymmentä oli tuolloin ollut sitä mieltä, että hiljainen raportointi oli suullista parempi ja sen kehittämistä osastolla jatkettaisiin. Asia oli otettu puheeksi myös kehityskeskusteluissa ja näin hoitajilla oli mahdollisuus kertoa tunteuksiaan hiljaisesta raportoinnista.

6.1.3 Hiljaisen raportoinnin toimivuus nykyään

Lähes kaikki, eli yhdeksän haastateltavaa kymmenestä, kertoivat, että hiljainen raportointi toimii heidän mielestään nykyään hyvin. Eräs hoitaja kertoi hiljaisen raportoinnin sujuvan aika vaivattomasti. Toinen puolestaan kertoi, että hän on ollut koko ajan hiljaista raportointia vastaan, mutta alkaa vähitellen nähdä siinä myös hyviä puolia.

Seitsemän haastateltavaa kymmenestä ajatteli hiljaisen raportoinnin olevan riittävä toimintatapa. Hoitajat korostivat myös, että tarvittaessa hiljaisen raportoinnin rinnalla saa käyttää myös suullista varmistusta. Usea hoitaja mainitsi, että työvuoroon tuleva hoitaja varmistaa edellisen vuoron hoitajalta potilaan hoidon kannalta oleelliset asiat. Hoitajat olivat sitä mieltä, että keskustelu ja kysyminen eivät ole missään tapauksessa kiellettyä.

”Ainahan voi suullisestikin kysyä. Voi kyssyy tai täydentää. Minun mielestä tämä on niinku älyttömän hyvä keksintö.” (A7)

Kuusi haastateltavaa koki hiljaisen raportoinnin suuntaavan huomion oleellisempiin asioihin kuin suullinen. Usea hoitaja mainitsi, että suullisessa raportoinnissa puhuttiin paljon epäolennaisia asioita, jotka eivät kuulu raportointitilaisuuteen. Yksi hoitajista kertoi, että hiljainen raportointi suuntaa huomiota entistä enemmän asiatekstiin. Hiljaisen raportoinnin avulla hoitajat kokivat saavansa potilaiden tiedot neutraaleina, jolloin ennakkoluulot eivät välity.

6.2 Hiljaisen raportoinnin vaikutukset työyhteisöön

Kahdeksan haastateltavaa kertoi, että työn itsenäisyys korostuu hiljaisessa raportoinnissa. Eräs hoitaja toi esimerkiksi ilmi, kuinka hän kokee työnsä entistä itsenäisemmäksi ja vastuullisemmaksi, koska suullisesta raportoinnista on luovuttu. Siten myös itsenäinen tiedonhaku ja asioihin perehtyminen ovat hänen mukaansa entistä tarkempia.

Haastateltavista puolet, eli viisi sairaanhoitajaa, kertoi työn organisoinnin olevan huomattavasti helpompaa kuin suullisen raportoinnin aikaan. Lisäksi osa haastateltavista koki, että heitä ei ole sidottu mihinkään, kuten aikaan. Hiljainen raportointi antaa haastateltavien mukaan entistä enemmän vapautta työn itsenäiseen suunnitteluun ja toteutukseen. Haastatteluista selvisi, että hoitajat tekevät työnsä hyvin eri tahtiin, sillä aiemman, suulliseen raportointiin sidotun ajan, voi nykyään käyttää entistä tehokkaammin.

”Se näkyy työn itsenäisyydessä, että mä en oo niinku sidottu mihinkään, sillä tavalla, että minun ei tarvi ketään ootella sitä raporttia pitämään, minä voin niinku suunnitella sen päivän, luenko minä ensin vai teenkö mä jonkun. Voin suunnitella enempi sitä päivää.” (A3)

Suurin osa hoitajista koki, että yhteistyö osastolla sujuu moitteettomasti eri ammattiryhmien välillä. Eräs haastateltavista oli sitä mieltä, että fysioterapeutit, perushoitajat, lähihoitajat ja sairaanhoitajat osaavat lukea raporttia itsenäisesti ja sen puolesta ei ole nähty ongelmaa, jolla olisi vaikutusta työyhteisöön.

Kaksi haastateltavaa kertoi lääkäreidenkin hyväksyneen nykyisen raportointikäytännön. Lääkärit tukivat heidän mukaansa kovasti raportointikäytännön muutosprosessia. Haastateltavat kertoivat lääkäreiden kokeneen suullisen raportoinnin aikaan, että hoitajat olivat välillä tavoittamattomissa. Aiemmin suurin osa hoitajista nimittäin istui yhtä aikaa raportilla.

”Lääkäreiltä on kuullu sitä palautetta, että tää on tosi hyvä, kun nyt on hoitajia osastolla, että ku ne (hoitajat) oli aina ennen siä raporttihuoneessa ja lääkärit ettivät, että missä kaikki hoitajat olivat.” (A1)

Eriäviä mielipiteitä kuitenkin löytyi. Eräs hoitaja kertoi, että osa lääkäreistä ei ole tyytyväisiä nykyiseen raportointikäytäntöön ja että he eivät ole vielä sisäistäneet hiljaista raportointia. Lääkäri saattaa kyseisen hoitajan mukaan vedota hiljaiseen raportointiin, jos jokin asia on unohtunut tai jäänyt tekemättä. Hoitaja itse koki tällöin syyksi huonon kirjaamisen.

Viisi haastateltavaa kertoi kokevansa kielteisenä asiana, että raportti luetaan vain omista potilaista. Niinpä hoitajat tuntevat vain omat potilaansa, jolloin muiden auttaminen on hankalaa ja tämä puolestaan vaikuttaa yhteistyöhön sekä sen kautta myös työilmapiiriin. Tosin suurin osa sairaanhoitajista koki, että apua saa aina pyydettyäessä.

Yhdeksän hoitajaa ajatteli, että työilmapiiriin on tullut muutosta. Suurin osa heistä koki muutoksen jälkeenpäin myönteisenä. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että hiljaisen raportoinnin myötä hoitajien yhteinen aika on lisääntynyt, mikä puolestaan tiivistää työyhteisöä entisestään.

Eräs haastateltava tosin ajatteli, että hoitajilla on ollut hiljaisen raportoinnin myötä entistä vähemmän yhteistä aikaa. Hänen mukaansa sekä potilaan hoitoon liittyvät keskustelut että työhön liittymättömien asioiden jutustelu ovat vähentyneet. Keskustelun vähentymisellä ei hoitajan mukaan kuitenkaan ole vaikutusta työilmapiiriin.

”Ei ole vaikuttanut kielteisesti työilmapiiriin, vaikka keskustelua onkin vähemmän. Enempi positiivisena mä koen tämän.” (A10)

Haastatteluissa tuli ilmi, että hoitajien mukaan työnjaon tasapuolisuudessa olisi parantamisen varaa. Haastateltavat kertoivat, että työ on vaikea jakaa tasapuolisesti, jolloin toisille tulee hoidettaviksi haastavampia potilaita kuin toisille. Tämä aiheuttaa toisinaan kiistelyä osastolla ja vaikuttaa siten myös työilmapiiriin heikentävästi.

6.3 Hiljaisen raportoinnin vaikutukset potilaiden hoitoon

Kaikki hoitajat korostivat useaan otteeseen kirjaamisen tärkeyttä osana potilaiden hoitoa. Yhdeksän haastateltavaa oli myös sitä mieltä, että hiljaisen raportoinnin myötä potilaille jää enemmän aikaa. Viisi haastateltavaa koki tämän heijastuvan myönteisesti potilaiden kokonaishoitoon ja siten myös vaikuttavan potilaiden tyytyväisyyteen ja hyvinvointiin.

Keskimäärin puolet haastateltavista oli kuitenkin sitä mieltä, että hiljaisella raportoinnilla ei ole merkitystä potilaan tyytyväisyyteen tai hyvinvointiin. Kaikki haastateltavat mainitsivat myös, että hiljaisen raportoinnin vuoksi hoitohenkilökunta on entistä paremmin potilaiden ja omaisten saatavilla, kun he eivät istu kuuntele-massa suullista raportointia.

6.3.1 Potilasturvallisuus

Haastateltavilla oli erilaisia näkemyksiä hiljaisen raportoinnin vaikutuksista potilasturvallisuuteen. Eräs hoitaja koki, että potilaiden ja hoitajien turvallisuus oli parantunut hiljaisen raportoinnin myötä. Hänen mielestään siihen vaikuttaa hoitajien entistä parempi perehtyminen potilaan asioihin. Kolme haastateltavaa oli sitä mieltä, että nykyisellä raportointikäytännöllä ei ole vaikutusta potilasturvallisuuteen.

”Siittäähän on paljon puhuttu siitä potilasturvallisuudesta ja just sillä ajatuksella, että hiljainen raportointi heikentää potilasturvallisuutta, mutta tota ei me ainakaan olla sitä käytännössä niinku huomattu.” (A9)

Toiset kolme sairaanhoitajaa pohti, että hiljainen raportointi voi vaikuttaa kielteisesti potilasturvallisuuteen, jos esimerkiksi riskitiedot jäävät tulotilanteessa kirjaamatta. Osa haastateltavista myös mainitsi, että potilasturvallisuuteen vaikuttaa hoitajien tietämättömyys muiden hoitajien potilaista.

Hiljaisen raportoinnin myötä hoitajat tietävät vain omien potilaidensa asiat, eivätkä voi hoitaa muita potilaita varmistamatta asiaa ensin potilasta hoitavalta henkilöltä. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi ruoanjakotilanteet, jolloin mahdol-

liset ruoka-aineallergiat on selvitettävä potilasta hoitavalta henkilöltä ennen ruoan jakamista. Puolet haastateltavista koki kuitenkin hiljaisen raportoinnin etuna, että jokainen hoitaja lukee ainoastaan omien potilaidensa tiedot.

Viisi hoitajaa mainitsi lääkemääräysten yhteydessä olevan vaaran hoitovirheille. Eräs hoitaja kertoi, että lääkemääräyksiä ei aina huomata, koska lääkäri kirjaa lääkemääräyksen satunnaisesti eikä sano siitä hoitajalle. Lääkkeen antovirheitä satuu, jos potilaalle annettuja lääkkeitä ei ole kirjattu.

”Lääkärit esimerkiksi siitä muusta hoitohenkilökunnasta eivät ole aivan vielä kaikki sisäistäneet tätä sillä tavalla, että esimerkiksi lääkärin määräykset, jotka lääkäreiden olis itte tärkeää kirjata hoitosuunnitelmaan, niin he eivät sitä tee. Sieltä puuttuvat tai hoitaja on ne omin sanoin kirjannut, niin asiiasältö voi jonkin verran muuttuakki ja häiritsee ja vaikuttaa siihen, että potilasturvallisuus voi jopa heikentyä, mutta hoitajat keskenään pystyy työskentelemään myös tämän kanssa mielestäni ihan hyvin.” (A10)

Käytännössä seitsemän sairaanhoitajaa koki kuitenkin saavansa tarpeeksi tietoa potilasasiakirjoista potilaiden turvallisen hoidon takaamiseksi. Eräs hoitaja kuitenkin ajatteli, että hiljaisesta raportoinnista ei saa aina tarpeeksi tietoa, jolloin hän turvautuu hiljaisen raportoinnin lisäksi suulliseen ajatusten vaihtoon.

Kahdeksan haastateltavaa koki hoitotyön jatkuvuuden onnistuvan hiljaisessa raportoinnissa hyvin. Hoitajat pyrkivät hoitamaan samoja potilaita useana päivänä, mikäli se on mahdollista. Eräs haastateltava kertoi, että jatkohoitoaikkaa järjestettäessä potilaasta tehdään hoitotyön yhteenveto ja annetaan jatkohoitoaikkaan suullisesti tietoa. Henkilökunta on saanut jatkohoitoaikasta palautetta hyvin tehdyistä yhteenvedoista, jolloin he kokevat hiljaisen raportoinnin toimivan. Yksi hoitajista ajatteli, että hoitotyön jatkuvuus ei onnistu, koska hoitajat unohtavat hänen mukaansa kirjata tärkeitä asioita.

6.3.2 Salassapitovelvollisuus

Puolet haastateltavista koki, että raportointikäytännöllä ei ole merkitystä salassapitovelvollisuuden säilymisen suhteen. Kaksi hoitajaa mainitsi salassapitovelvolli-

suuden olevan itsestään selvä asia. Toiset kaksi hoitajaa koki salassapitovelvollisuuden säilyvän hiljaisessa raportoinnissa suullista paremmin.

”Ennen ku oli se suullinen, ei me aateltu ku isolla äänellä puhuttiin, että nyt kyllä on vähän turvallisempi ku on tämä hiljanen raportti. ” (A7)

Haastateltavat kertoivat, että heillä on kaikilla omat henkilökohtaiset tunnuksensa potilastietojärjestelmään, jota he käyttävät lukiessaan raporttia tai kirjatessaan potilastietoja. Kaksi hoitajaa mainitsi, että heidän pitää aina kirjata itsensä ulos potilastietojärjestelmästä. He kertoivat sen olevan erittäin tärkeä asia, jottei kukaan väärinkäytä tunnuksilla auki olevaa potilastietojärjestelmää.

Yksi hoitaja koki salassapitovelvollisuuden olevan vaarassa, jos perhesuhteet on totutusta poikkeavia. Hän kertoi, että potilastietoihin ei välttämättä ole aina kirjatun, kenelle potilastietoja saa luovuttaa.

6.3.3 Potilaiden asioihin perehtyminen

Viisi haastateltavaa kertoi potilaan sairaushistorian selvittämisen onnistuvan helposti. Eräs hoitaja kertoi tämän olevan hiljaisen raportoinnin ansiota. Hän kertoi, että asioita voi selvittää itse tarpeen mukaan, omassa järjestyksessä ja omaan tyyliin. Lisäksi potilaan tietoihin perehtyy entistä paremmin hiljaisen raportoinnin tuoman lisäajan vuoksi.

Haastateltavat kertoivat myös, että potilastiedot löytyvät hyvin. Eräs haastateltava koki, että potilaan sairaushistoriaa on helppo lukea, jos löytää hyvän epikriisin edelliseltä kerralta. Moni sairaanhoitaja koki oppineensa erilaisista sairauksista ja toimenpiteistä hiljaisessa raportoinnissa suullista enemmän, koska tietoa piti itsestä hakea.

Sairaanhoitajilla oli erilaisia näkemyksiä potilaan hoidon tavoitteiden asettamisesta. Kolme haastateltavaa ajatteli, että hoidon tavoitteet kirjataan kiitettävästi potilastietojärjestelmään, jolloin ne ovat helposti löydettävissä. Yksi hoitaja koki, että hoitotyön tavoitteiden asettamisessa olisi parantamisen varaa.

Eräs hoitaja puolestaan kertoi kokevansa, että potilaan hoidon tavoitteet on entistä helpompi asettaa, koska hoitotyön suunnitelma on hiljaisen raportoinnin myötä parantunut. Kaksi haastateltavaa koki, että hoitotyön tavoitteita ei löydy, mikäli kirjaus on puutteellista. Eräs hoitaja ilmoitti, että hoitosuunnitelmassa ei näy lainkaan potilaan hoidon tavoitetta. Kaksi haastateltavaa ei nähnyt muutosta tapahtuneen hoidon tavoitteiden asettamisessa.

6.4 Hiljaisen raportoinnin vaikutukset kirjaamiskäytäntöihin

6.4.1 Kirjausten huolellisuus

Kaikki kymmenen sairaanhoitajaa korostivat teemahaastatteluissa kirjaamisen merkitystä osana hiljaista raportointia. Hyvin kirjatusta hoitosuunnitelmastakin saa useiden haastateltavien mukaan selville kaikki potilaasta tarvittavat tiedot. Erään hoitajan mukaan tarkka kirjaaminen selkeyttää asioita myös sijaisille. Suurin osa koki, että kirjaaminen oli parantunut raportointikäytännön muutoksen myötä.

”No tuota.. kirjaaminenhan on parantunu hirveesti ja pitäski parantua, koska sen perusteellahan me tavallaan sitä potilasta hoijetaan.” (A7)

Lisäksi kävi ilmi, että erityisesti raportointikäytännön muutoksen alkuvaiheessa kirjaamiseen panostettiin, mutta osa koki, että ajan myötä kirjaaminen oli kuitenkin ehtinyt jo jonkin verran heikentyä. Kuusi haastateltavaa pohti, kuinka kirjaamista tulisi edelleen parantaa ja siihen tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Suurin osa haastateltavista ei kuitenkaan pitänyt kirjaamiseen panostamista huonona asiana.

”Hiljasen raportoinnin myötä tarvii enemmän panostaa siihen kirjalliseen tuottoon, mitä silloin ku oli suullinen, että enemmän joutuu kirjaamaan, mutta siinähan vaan oikeusturva tulee kaikille.” (A8)

Haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että kirjauksia tulisi pitää ajantasalla. Tällöin vanha tieto tulisi poistaa potilastiedoista ja uusi tieto pitäisi kirjoittaa tilalle. Kyseinen käytäntö on kuitenkin tuottanut hieman hankaluuksia osastoilla.

”Se on ollut semmonen yks iso asia, jota piti ihan oikeesti opetella tosi paljon, että me ollaan niin kuuliaisista ja kunnioitetaan sitä toisten kirjottamaa tekstiä, että tuntu, että emmää ny raaski ottaa tuota pois tuolta, vaikka se asia nyt onkin jo oikeestaan hoidossa.” (A9)

Kirjausten huolellisuudesta riippumatta kaksi hoitajaa kokivat, että monisairaiden potilaiden potilasasiakirjoista voi olla vaikea löytää pääkohtia, jos taustalla on paljon hoitajaksoja. Tällöin osa tiedoista on voitu kirjoittaa jo vuosia sitten. Kyseiset haastateltavat kokivat, että pitkäaikaissairaiden kohdalla jonkinlainen suullinen raportointi pitäisi aina olla.

Kaiken kaikkiaan kirjausten huolellisuuteen on kuitenkin tullut hoitajien mukaan muutosta, kirjaamiseen panostetaan ja siitä usein puhutaan. Kolme hoitajaa tosin mainitsi kiireen vaikuttavan kirjausten huolellisuuteen. He kertoivat, kuinka kiireessä tulee helposti kirjoitettua huolimattomasti, jolloin kirjauksista saattaa puuttua tärkeitä tietoja. Tällöin hoitajien mukaan lukijan täytyy vain olettaa joitain asioita tehdyiksi, sillä kaikkia asioita ei raportista aina löydy. Eräs hoitaja myös koki, ettei raporttia ehdi aina kiireessä edes kunnolla lukea.

Kolme haastateltavaa toi esille, että iltavuoroon tullessa aamuvuoron kirjauksia ei ole aina tehty. Osa kertoi, kuinka silloin voi lukea ensin muita tekstejä, kuten edellisen päivän tekstit sekä selvittää, mitä potilaalle on tehty. Tämän jälkeen saman päivän teksti on jo mahdollisesti luettavissa.

Haastateltavat kertoivat myös, että hoitajat voivat tarvittaessa jutella pääkohdat potilaan asioista, jollei raporttia ole saatavissa. Eräs haastateltava ajatteli tästä, että jos hän kysyy ensin tiedot suullisesti ja lukee ne myöhemmin koneelta, tieto tulee turhaan kahteen kertaan.

Eräs toinen hoitaja kertoi, kuinka hän joutuu joskus jopa soittamaan edellisen vuoron hoitajalle kotiin kysyäkseen, onko jokin asia tehty ja unohdettu kirjata. Tällaiset tilanteet ovat hänen mukaansa kuitenkin suhteellisen harvinaisia. Asioita saatetaan joutua hoitajan mukaan myös varmistelemaan potilaalta toistamiseen. Suurin

osa haastateltavista ei kuitenkaan kokenut mitään ongelmaa uusimpien kirjausten välittymisen suhteen.

6.4.2 Hoitajien kirjaamiserot

Haastateltavat kertoivat, kuinka kirjaaminen on hoitajien välillä hyvinkin persoonallista ja kirjavaa. Uusea haastateltava toi ilmi, kuinka olisi hyvä, jos kaikki kirjaisivat samalla tavalla. Tämä ei kuitenkaan aina ihan toteudu.

”Vaikka kirjaamisesta on kuinka puhuttu, niin se on vähän aikaa hirveen hyvin ja sitte kaikki menee siihen omaan tyyliin kirjottaan.” (A3)

Haastateltavat kertoivat, kuinka yhteiset kirjaamissäännöt ovat vähentäneet niin sanottua tuplakirjaamista eli turhaa kahteen kertaan kirjaamista. Haastateltavien mukaan heille on siis kerrottu, mitä pitää vähintään kirjata, mutta osa kokee kirjauksissa olevan edelleen puutteita. Eräs haastateltava sen sijaan kertoi, kuinka hiljaisen raportoinnin myötä kirjaamattomuutta ei enää esiinny lainkaan.

Haastateltavat kertoivat, kuinka toiset hoitajat ovat suurpiirteisiä kirjauksissaan ja toiset taas monisanaisia ja tarkkoja. Eräs hoitaja toi ilmi, kuinka sähköiseen potilastietojärjestelmään ei edes mahdu kovin paljoa tekstiä. Haastateltavat olivat tyytyväisiä sähköiseen potilastietojärjestelmään, josta kirjaukset lukee vaivattomasti ilman tulkitsemisongelmia kirjoittajan käsialan suhteen.

Kuusi haastateltavaa myös korosti, kuinka hoitajien tulisi kirjata vain oleelliset tiedot ja hoidon kannalta merkityksettömät asiat tulisi jättää pois. Heidän mukaansa myös kirjaamattomat pikkuasiat voi tarvittaessa välittää suullisesti eteenpäin. Kyseiset hoitajat ajattelivat, että lyhyt raportti on huomattavasti pitkää raporttia parempi, sillä pitkästä raportista voi olla vaikea löytää oleellisia asioita.

”Lyhyestä raportista saa kuitenkin enempi irti ku pitkästä ja rönsyilevästä, pitkät on sit niin jotenki et ei sitä jaksaa ees lukkee.” (A5)

Neljä haastateltavaa sen sijaan koki, että mitä enemmän potilaasta on kirjoitettu, sitä paremmin saa tietoa. Osa koki, että kaikki potilaaseen liittyvät asiat on pakko kirjata, jotta hoidonjatkuvuus on taattu. Eräs hoitaja mainitsi, kuinka hiljaisen ra-

portoinnin myötä on enemmän tullut tarve kirjata jokainen asia, joita osa pitää ehkä turhanpäiväisinäkin pikkuasioina. Osa hoitajista koki myös kirjausten vähäisyyden tuottavan joskus ongelmia.

”Joskus on paljonkin ongelmia, koska on joitakin tilanteita, joissa hoitajat kirjaa hyvinkin vähäisesti niitä tietoja, vaikka todellisuudessa on tapahtunut paljonkin enemmän.” (A10)

Haastateltavien mukaan hoitajien kirjausten välisiä tyylieroja pyritään kaventamaan niin, ettei kirjaamisessa käytettäisi lyhenteitä, sillä kaikki eivät niitä välttämättä ymmärrä. Kirjausten tulisi siis olla selkokieltä ja sanat tulisi kirjoittaa auki. Uusimmat kirjaukset ovat haastateltavien mukaan helposti löydettävissä aina alimmaisena tekstissä ja siten ne ovat myös ensimmäisenä luettavissa.

Luettavuus on haastateltavien mukaan kuitenkin sujuvaa ja kirjauksista saa useimmiten aina selville sen, mitä tarvitsee. Vuoron vaihtuessa hoitajat käyvät viimeisen tunnin tapahtumat suullisesti läpi ja edellisen vuoron hoitaja kirjaa kaikki työvuoroansa koskevat asiat sähköiseen potilastietojärjestelmään. Seuraavaan vuoroon tulevien hoitajien lukiessa raporttia ja edellisen vuoron vielä työskennellessä, uusin tieto välittyy siis suullisesti kuittaamalla, jollei kaikkea ole ehditty kirjata.

Eräs hoitaja oli kuitenkin sitä mieltä, että vuoron vaihteessa tiedonkulku voi olla puutteellista toisen lukiessa raporttia ja toisen työskennellessä. Hoitajat myös korostivat, kuinka aina pitää kysyä, jos ei ymmärrä jotakin ja edellisen vuoron hoitajat voivat myös varmistaa seuraavaan vuoroon tulevilta, onko heillä jotakin kysyttävää kirjauksista.

Yksi hoitaja koki, että suullisessa raportoinnissa pystyi paremmin varmistamaan epäselviksi jääneitä asioita sekä kysymään enemmän ja laaja-alaisemmin kuin hiljaisessa raportoinnissa. Seitsemän haastateltavaa ajatteli, että hoitajien kirjaamiseroista huolimatta hiljaisesta raportoinnista saa enemmän tietoa kuin suullisesta.

6.5 Hiljaisen raportoinnin vaikutukset ajankäyttöön

6.5.1 Ajansäästö

Haastateltavat toivat esille, kuinka hiljaisen raportoinnin myötä ylityöt olivat vähentyneet merkittävästi. Kaikki haastateltavat kokivat hiljaisen raportoinnin säästävän aikaa. Eräs haastateltava kertoi, kuinka heidän osastollaan oli mitattu sekä suulliseen että hiljaiseen raportointiin käytettäviä aikoja eri raportointikerroilla ja suulliseen raportointiin kulunut aika oli ollut moninkertainen hiljaiseen verrattuna.

Eräs haastateltava kertoi, että aiemmin aikaa oli kulunut turhaan, kun suullisen raportin pitäjä ei aina ehtinyt vaihtua kovinkaan sujuvasti. Raportinpitäjä saattoi olla esimerkiksi heräämössä tai viemässä potilasta leikkaussaliin. Tällöin vuoroon tulleet hoitajat vain istuivat ja odottelivat seuraavaa raportinpitäjää. Kaikkien haastateltavien mukaan ylityöt olivat erittäin yleisiä, mutta hiljaisen raportoinnin myötä niitä ei enää juuri ollut.

Viisi haastateltavaa kuitenkin mainitsi, kuinka aamuvuorossa on monesti kiirettä hiljaisella raportoinnilla. Raportointiin varattu aika ei tällöin aina riitä etenkin monivammaisten ja huonokuntoisten potilaiden kohdalla. Lisäksi raportointiin kuluu enemmän aikaa pitkiltä vapailta tullessa, jolloin potilaat eivät ole ennestään tuttuja.

Aamuvuoroon tullessaan hoitajilla on 15 minuuttia yhteistä aikaa yöhoitajien kanssa, jolloin tulisi kyetä lukemaan raportti ja ehtiä kysymään yöhoitajilta mahdollisesti epäselviksi jääneet asiat. Kaksi hoitajaa kertoi lukevansa aamuraportin omalla ajallaan.

”Niin siinä aamuvuoros se on vähä niukka se aika, mutta se on tuota tietenki, jos sä oot ollu edellisiltana iltavuorossa, sulla on tuttuja nää potilaat, niin se riittää se viistoista minuuttia.. mutta jos tulee vapailta, niin se ei oikein riitä, niin mä ite teen kyllä sillon niin, että mä tuun vähän ennen seittemää tänne lukemaan.” (A6)

Eräs haastateltava kertoi, että välillä on syytä palata lukemaan raporttia vielä potilaiden hoitamisen jälkeenkin. Toinen puolestaan koki hiljaiseen raportointiin käytettävän ajan riittäväksi, koska asioita voi aina varmistaa ja tarkistaa työvuoron aikana tietokoneelta.

Erään haastateltavan mukaan aamuvuorolaiset ovat lähes poikkeuksetta lukeneet raportin puolesta tunnissa, jonka jälkeen he alkavat avustaa potilaita aamutoimisissa. Aiemmin suullinen raportointi venyi hänen mukaansa jopa tunnin mittaiseksi.

Sen sijaan iltavuoroon tullessaan haastateltavat kokivat hiljaiseen raportointiin varatun ajan riittäväksi. Tuolloin hoitajilla on tunti yhteistä aikaa edellisen vuoron hoitajien kanssa, jolloin he voivat lukea raportin, kysyä epäselviksi jääneet asiat sekä kiertää potilashuoneet rauhassa. Aiemmin suullisen raportoinnin aikaan asia ei erään haastateltavan mukaan ollut näin hyvin.

”Ennen raporttiin saatto mennä tunti, puolitoista. Sitte lähettiin kiireellä kiertään, vaikka ei ollu välttämättä ees potilasta ehtiny nähä ku piti jo omaisten kanssa jutella ja tavallaan oli kauheen vaikee mennä siihen tilanteeseen, ku ei potilaasta tienny mitään.” (A7)

Ajankäyttöön vaikuttaa haastateltavien mukaan se, että suullisessa raportoinnissa kaikki hoitajat kuulivat jokaisen potilaan kaikki asiat, minkä jälkeen potilaat vasta jaettiin. Sen sijaan hiljaisessa raportoinnissa hoitajat lukevat vain tarpeellisiksi katsomansa asiat omista potilaistaan. Usea haastateltava mainitsi kokeneensa monet suullisesta raportoinnista saadut tiedot hoidon kannalta epäoleellisiksi.

Yhdeksän haastateltavaa myös koki, että heille jää aamuvuorossa paljon tehokasta työaikaa, kun heidän ei tarvitse pitää iltavuorolaisille suullista raporttia. Samoin muissa vuoroissa, edellisen vuoron hoitajat pystyivät työskentelemään vielä potilaiden parissa seuraavaan vuoroon tulevien hoitajien lukiessa raporttia itsenäisesti.

Eräs hoitaja mainitsi myös, kuinka yövuoroon tullessa on välillä kiire lukea raportti. Yövuoroon tullut hoitaja on puoli tuntia samaan aikaan töissä edellisen vuoron hoitajien kanssa. Haastateltavan mukaan puolet osaston potilaista on aina yhden yöhoitajan vastuulla. Haastateltava kertoi tulevansa ennen yövuoron alkua

lukemaan raportit omalla ajallaan. Tästä huolimatta haastateltavat kokivat hiljaisen raportoinnin toimivan hyvin myös yövuoroon tultaessa.

6.5.2 Saadun lisäajan käyttäminen

Eräs haastateltava kertoi, kuinka iltapäivällä entisestä, suulliseen raportointiin kuuluneesta ajasta, voi jäädä hiljaisen raportoinnin jälkeen jopa 50 minuuttia muuhun potilastyöhön. Kaikki haastateltavat kokivat saaneensa työhönsä aina jonkin verran lisäaikaa päivästä riippuen. Yhdeksän haastateltavaa kertoi käyttävänsä saamansa lisäajan nimenomaan suoraan potilastyöhön.

Usea haastateltava kertoi käyttävänsä hiljaisen raportoinnin myötä saatua lisäaikaa suoran potilastyön ohella myös välilliseen potilastyöhön. Haastateltavat kertoivat, että saatu lisäaika näkyy erityisesti mahdollisuutena päästä hiljaisen raportoinnin jälkeen kiertämään potilashuoneet entistä nopeammin.

Eräs haastateltava kertoi omaisilla olevan kasvavaa tuen tarvetta. Aikaa kuluu hänen mukaansa entistä enemmän omaisten tukemiseen, neuvomiseen ja ohjaamiseen. Eräs haastateltava ilmoitti saaneensa enemmän aikaa perehtyä potilaiden lääkehoitoon. Lisäksi kolme haastateltavaa kertoi hiljaisen raportoinnin lisännen myös hoitajien yhteistä aikaa, vaikka he eivät yhdessä suullista raportointia kuuntelekaan.

Neljä haastateltavaa mainitsi myös, että tietokoneella oleminen ja asioiden entistä tarkempi kirjaaminen vievät aiempaa enemmän aikaa. Eräs pohti, ettei tiedä, joutuuko entistä tarkempi kirjaaminen hiljaisesta raportoinnista vai onko nykyään vain sellainen käsitys, että kaikki asiat pitää merkitä tietokoneelle näkyviin.

Kuusi haastateltavaa ajatteli, ettei kirjaamiseen kuluva aika vaikuta lisäaikaan, jonka raportointikäytännön muutos on tuonut tullessaan. Eräs hoitaja tosin ajatteli, että saatu lisäaika kuluu lähinnä kirjaamiseen.

Haastateltavat ajattelivat ajankäytön suhteen pääasiassa potilaiden etua. Osa koki hiljaisen raportoinnin antavan hoitajille myös vapautta vaikuttaa oman työaikansa käyttöön.

”Eliikkä itse pystyt vaikuttaan tosi paljo siihen, miten kauan aikaa sulla menee kirjaamiseen ja miten paljon aikaa sulla menee siihen potilaan hoitotyöhön.. koska kuitenkin pääasia on se, että potilas hoidetaan ensin ja sen jälkeen tietokone.” (A9)

6.6 Hiljaisen raportoinnin kehittämisehdotuksia

Teemahaastatteluisissa kysyttiin hiljaisen raportoinnin kehittämisehdotuksia. Niitä yritettiin kartoittaa myös kysymällä haastateltavien kokemuksia mahdollisista hiljaisen raportoinnin eduista ja haitoista. Lisäksi kysyttiin haastateltavilta suoraan, voisivatko he kuvitella siirtyvänsä takaisin suulliseen raportointiin.

6.6.1 Lisää rauhallisia lukupaikkoja ja tietokoneita

Haastateltavat pitivät hiljaisen raportoinnin etuna, että vuoron vaihdot olivat hiljentyneet. Lisäksi potilaan hoidon kannalta epäoleellisten asioiden läpikäynti oli haastateltavien mukaan vähentynyt ja hoitajien henkilökohtaiset asiat eivät enää tulleet raportoinnissa esille.

”Ne suulliset raportit valitettavasti oli aina välillä sitä, että siellä puhuttiin sitte aina välillä, että mitä sä teit viikonloppuna tai näitä omia asioita.. että ne keskustelut käydään nyt sitte kahvitauolla.” (A9)

Yhdeksän haastateltavaa koki, että raportointiin käytettäviä lukupaikkoja tulisi kuitenkin saada lisää. Kansliassa on lähes kaikkien haastateltavien mukaan liian rauhatonta lukea. Siellä on työvuoron vaihtuessa useimmiten sekä edeltävän että seuraavan vuoron hoitajat. Lisäksi kansliassa soi puhelin ja potilashuoneiden hälytykset. Kansliassa käy myös potilaita ja henkilökuntaa kyselemässä. Lukeminen voi keskeytyä useaan kertaan.

”Lukemispaikeissa vois ajatella, että ois eri paikka (kuin kanslia), koska se on näin, että kun tulee töihin, mennee kansliaan töihin, jossa aamuhoitajat pyörii, siinä on tosi hulinaa. Siinä voi olla, että siinä herpaantuu jo keskittymiskyky siihen lukemiseen, jotain olennaisia asioita saattaa sitte jäähä pois.” (A4)

Eräs haastateltava ehdotti, että pitäisi olla eri työskentelypaikat kirjaaville ja raporttia lukeville hoitajille, jotta yleinen hälinä ei vaikuttaisi keskittymiskykyyn. Kahvihuone on myös sosiaalinen tila, jossa keskittymiskyky häiriintyy helposti.

Yhdeksän haastateltavaa piti tärkeänä kehittämisasiana juuri raportointipaikan muuttamista entistä rauhallisemmaksi. Seitsemän hoitajaa kertoi myös tarvitsevänsä lisää tietokoneita. Eräs haastateltava oli kuitenkin asioista eri mieltä.

”Meillä on kannettavia koneita, jotka sä voit vaikka vessaan tai kylpyhuoneeseen raahata tai vessan oven etteen ja lukea siellä ihan rauhassa. Rauhallinen paikka meidän osastolta löytyy ihan tasan tarkkaan, jos vaan viitsii sen eteen nähdä töitä.” (A9)

Kaksi haastateltavaa pohti, että jokaisella hoitajalla tulisi olla oma tietokone. Eräs haastateltava kuitenkin epäili, ettei millään osastolla olisi jokaiselle hoitajalle omaa tietokonetta työvuoron ajaksi. Tietokoneiden riittämättömyys vaikuttaa hoitajien työskentelymahdollisuuksiin, sillä tietokoneelta pitää aina kirjautua ulos, jotta seuraava hoitaja pääsee käyttämään sitä.

”Koskaan ei saa jättää konetta auki eikä saa lukita konetta, niin aina joudut lähtemään siitä pois ja sitte uuestaan tulemaan, niin siinä menee aikaa sitte tosi paljon.” (A1)

Koneiden riittämättömyys näkyy haastateltavien mukaan etenkin työvuoron vaihtuessa, jolloin edellisen vuoron hoitajat vielä kirjaavat seuraavan vuoron hoitajien tullessa lukemaan. Lisäksi tietokoneet eivät riitä kaikille etenkin, kun osastolla on opiskelijoita.

Erään haastateltavan mukaan tietokoneiden riittävyyteen pyritään vaikuttamaan porrastetuilla työajoilla. Tällöin hoitajat tulevat hieman eri aikoihin töihin.

”Meillä on vähä porrastettu työaika, et meillä yleensä alkaa iltavuoro yheltä, joku tulee joskus kaheltatoista ja joskus kahelta. Eli vähä niinku porrastetaan sitä, että riittää kaikille koneita, saahaa lukea raportti.” (A7)

6.6.2 Potilastietojärjestelmässä parantamisen varaa

Viisi haastateltavaa koki potilastietojärjestelmässä parantamisen varaa. Haastateltavien mukaan lääkehoito-osion tulisi olla entistä selkeämpi. Lisäksi potilastietojärjestelmässä on joitakin turhia lokerikkoja, joita voisi poistaa.

Ihmetystä herätti myös saman sairaalan kaksi eri potilastietojärjestelmää. Kahden eri järjestelmän hyödyntäminen vie hoitajilta aikaa, erityisesti lääkehoidon osalta. Teho-osastolta siirtyvien potilaiden lääketietojen hakeminen ja siirtäminen potilastietojärjestelmältä toiselle aiheuttaa turhautumista.

Lisäksi haastateltavat kertoivat potilastietojärjestelmässä olevan paljon ohjelmia, joiden avaamiseen kuluu aikaa. He ajattelivat myös työn helpottuvan, jos potilastietojärjestelmä olisi entistä nopeammin avattavissa ja käytettävissä.

Haastateltavat miettivät myös, että potilastietojärjestelmään tulisi saada toiminto, jolla saataisiin tulostettua koko osaston potilaslista jokaiselle hoitajalle. Tulostettavassa potilaslistassa tulisi erään haastateltavan mukaan näkyä valvottavat potilaat ja kotiinlähtijät. Lisäksi siinä voisi olla tyhjää tilaa, johon voisi täydentää diagnoosit ja muut tärkeät tiedot. Tämän jälkeen hoitajat voisivat lukea potilaan tämänhetkisen tilan ja tulevaisuuden suunnitelmat. Siten jokaisella hoitajalla olisi myös jonkinlainen käsitys osaston potilaista.

Toiset viisi haastateltavaa koki potilastietojärjestelmän kattavana ja tietojen löytyvän nopeasti. Eräs mainitsi potilastietojärjestelmän ohjaavan myös hyvin kirjautumista.

6.6.3 Lisää raportointiaikaa iltapäivästä aamuun

Kaikki kymmenen haastateltavaa koki raportointiin varatun ajan riittävän hyvin iltapäivällä, mutta viisi heistä kertoi aamuraportilla olevan kiirettä. Kehittämisehdotuksena kävi ilmi, että raportointiin käytettävää aikaa voisi siirtää iltapäivästä aamuun. Iltapäiväraportilla oli haastateltavien mukaan jopa ylimääräistä aikaa.

Kaksi hoitajaa kertoi tulevansa aamuvuoroon omalla ajallaan töihin, jotta aika riittäisi raportin lukuun. Kehittämisehdotuksena hoitajat toivoivat myös työajan al-

kavan siitä, kun he leimaavat itsensä sisään, jotta he eivät tekisi työtään ilman palkkaa.

”Meillä on ollu tietty liukuma, ku minäki oon aamuvuorossa ollu viimeistään varttia vaille seittemän ja mä lähden sitte vastaavasti varttia vaille kolme, niin siinä just ehtii sen (aamuraportin) lukea., mutta sitte ku tuli ne leimauslaitteet, niin sehän leimaus alkaa vasta seittemältä..” (A2)

6.6.4 Koulutustarve vaihtelee

Keskimäärin puolet haastateltavista ilmoitti haluavansa keskustella hiljaiseen raportointiin liittyviä asioita koulutusten tai palavereiden muodossa. Käsiteltävinä aiheina voisivat heidän mukaansa olla hoidon jatkuvuus ja kirjaaminen. Haastateltavat toivoivat mahdollisimman yhteneviä kirjaamiskäytänteitä.

Lisäksi haastateltavien mukaan olisi hyvä keskustella, ovatko kaikki tyytyväisiä nykyiseen käytäntöön ja mitä ongelmia on mahdollisesti tullut. Haastateltavat kokivat myös tarpeelliseksi miettiä, miten hiljaista raportointia voisi vielä kehittää. Toivomuksena heillä oli, että kehittämis- ja suunnittelutyö tapahtuisi yhdessä muun hoitohenkilökunnan kanssa.

Yhteistä keskustelua kaivattiin säännöllisin väliajoin. Lisäksi koulutusten katsottiin olevan tarpeellisia erityisesti henkilökunnan vaihtuessa. Puolet haastateltavista koki saaneensa jo tarpeeksi hiljaiseen raportointiin liittyvää koulutusta. Osa ajatteli hiljaisen raportoinnin toimivan kuten suullinen, mutta vain itsenäisesti ilman ääneen lukua.

”Tavallaanhan tämähän menee sammaa polkua ku suullisessa, että jokainen lukkee vähän erillälaila, että ei siihen koulutusta tarvi. Tässä vaan ei nyt sillälaila puhuta ääneen. Jokkainen ossaa lukkea ihan itte ne tiedot.” (A7)

Haastateltavat pohtivat kuitenkin, että lisäkoulutus olisi varmasti mahdollista niille, jotka kokevat sen tarpeelliseksi. Kaikki eivät sitä kuitenkaan kaivanneet.

6.6.5 Suullista raportointia ei haluta takaisin

Kahdeksan haastateltavaa mainitsi hiljaisessa raportoinnissa joitain haittoja, mutta lähes kaikki kokivat ne kuitenkin suullisesta raportoinnista aiheutuvia haittoja pienemmiksi. Muutama hoitaja kertoi, ettei koe hiljaisessa raportoinnissa olevan ainuttakaan haittaa.

”Mä en koe mitään haittoja. Niinku meillä yks, joka on jääny eläkkeelle, sano, että tää oli vuosisadan keksintö!” (A7)

Kymmenestä haastateltavasta seitsemän ei voisi kuvitellakaan siirtyvänsä takaisin suulliseen raportointiin. Usea haastateltava kertoi, ettei menisi enää ikinä töihin sellaiselle osastolle, jossa on suullinen raportointi. Syynä oli, että kuunnellessa suullista raportointia aika ei kulu. Istuminen ja kuunteleminen ovat heidän mukaansa puuduttavaa. Eräs kertoi suullisen raportoinnin sekoittavan myös mielen aivan täysin, sillä siinä kuulee turhaa tietoa myös niistä potilaista, joita ei kuitenkaan hoida.

Kaksi haastateltavaa kertoi voivansa siirtyä osittain suulliseen raportointiin, mutta heidän eivätkään enää haluaisi täysin suullista raportointia. Suullista raportointia he kaipaavat lähinnä pitkäaikaispotilaiden kohdalla ja kokivat, että kirjaamisen tulisi vielä kehittyä. Lisäksi arkaluontoiset asiat tulisi toisen hoitajan mukaan sanoa suullisesti, sillä kaikkea ei hänen mukaansa voi kirjata.

Eräs haastateltava puolestaan ilmoitti, että voisi kuvitella siirtyvänsä takaisin suulliseen raportointiin. Sen sijaan, jos hän saisi itse päättää raportointimuodon, hän valitsisi kuitenkin hiljaisen.

Osastolla 60 eräs haastateltava ilmoitti kehittämiskohteena raportoinnin muuttamisen myös yövuoroon tultaessa hiljaiseksi. Hän kuitenkin pohti, ettei tiedä, onko missään paikassa joka työvuoron alkaessa hiljaista raportointia.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Hiljaiseen raportointiin siirryttäessä osastoilla esiintyi muutosvastarintaa. Hoitajat kokivat muutosvastarinnan olleen alkuvaiheessa voimakkaimmillaan, mutta kyseinen ilmiö oli heikentynyt ajan kuluessa. Vähitellen hoitajat olivat sopeutuneet raportointikäytännön muutokseen, eivätkä enää halunneet palata takaisin täysin suulliseen raportointiin. Suurin osa haastateltavista ei halunnut luopua hiljaisesta raportoinnista ollenkaan. Johdantoon asetettu hypoteesi kävi siis toteen.

Tutkimustuloksista ilmeni, että hiljainen raportointi toimii haastateltavien mukaan osastoilla nykyään hyvin. Useat hoitajat kokivat hiljaisen raportoinnin olevan riittävä toimintatapa. He kertoivat käyttävänsä tarvittaessa hiljaisen raportoinnin rinnalla suullista varmistusta turvatakseen tiedon välittymisen hoitajalta toiselle.

Tutkimustulosten mukaan hoitajien yhteinen aika oli hiljaisen raportoinnin myötä lisääntynyt. Samalla työilmapiiri oli tiivistynyt. Suurin osa sairaanhoitajista koki yhteistyön sujuvan moitteettomasti eri ammattiryhmien välillä. Haastateltavilla oli eriäviä mielipiteitä lääkäreiden suhtautumisesta raportointikäytännön muutokseen. Kaksi hoitajaa kertoi lääkäreiden sekä tukeneen raportointikäytännön muutosprosessia että hyväksyneen hiljaisen raportoinnin. Tosin haastatteluista ilmeni myös, että erään hoitajan mukaan osa lääkäreistä ei ollut sisäistänyt käytössä olevaa toimintatapaa.

Hiljaisen raportoinnin vaikutukset potilaiden hoitoon koettiin pääosin myönteisinä. Suurin osa hoitajista koki myös saavansa potilasasiakirjoista tarpeeksi tietoa potilaiden turvallisen hoidon takaamiseksi. Potilaiden asioihin perehtymisen koettiin olevan entistä parempaa hiljaisen raportoinnin tuoman lisäajan vuoksi. Samoja tutkimustuloksia ilmenee Ruuskasella (Ruuskanen 2007: 43).

Tutkimuksesta ilmeni, että hiljainen raportointi lisäsi hoitajien vastuuta. Työn itsenäisyyden kerrottiin myös korostuvan. Lisäksi hoitajat kertoivat oppineensa hiljaisessa raportoinnissa erilaisista sairauksista ja toimenpiteistä enemmän kuin

suullisessa raportoinnissa. Haastateltavat kokivat myönteisenä, että he saivat samalla myös vapautta työn itsenäiseen suunnitteluun ja toteutukseen. Ruuskasen (2007) tutkimuksessakin mainitaan, että hiljaisen raportoinnin vuoksi hoitajilla oli mahdollisuus suunnitella työnsä itsenäisesti ja mahdollisimman joustavasti (Ruuskanen 2007: 46).

Kaikki sairaanhoitajat korostivat haastatteluissa kirjaamisen merkitystä osana hiljaista raportointia. Valtaosa haastateltavista koki kirjaamisen parantuneen hiljaisen raportoinnin myötä. Puumalaisen ym. (2003) tutkimuksesta selviää myös, että noin kolme neljäsosaa hoitajista koki kirjaamisen parantuneen raportointikäytännön muutoksen myötä (Puumalainen ym. 2003: 7). Kirjaamiseen tulisi kuuden haastateltavan mukaan kuitenkin vielä panostaa, sillä ajan myötä kirjaaminen oli kuitenkin ehtinyt jo hieman heikentyä.

Ruuskasen (2007) tutkimuksesta ilmenee, että hiljaiseen raportointiin siirtyneillä osastoilla kirjaamisen arvioitiin tehostuneen, koska mitään ei enää raportoitu suullisesti. Lisäksi tekstiä päivitettiin entistä enemmän ja kirjaamista tarkkailtiin, jotta kirjaamiselle asetetut kriteerit täyttyivät. (Ruuskanen 2007: 40, 43.) Saaduista tutkimustuloksista käy ilmi, että kirjauksia on tärkeää päivittää. Tutkimustulosten mukaan kirjausten ajan tasalla pitäminen oli tuottanut joitakin ongelmia. Potilaalle annettua lääkettä ei esimerkiksi aina oltu kirjattu, jolloin potilasturvallisuus saattoi vaarantua.

Tutkimustulosten mukaan osa hoitajista kaipasi lisää raportointiaikaa aamuun tilanteissa, joissa he palasivat töihin pitkiltä vapailta ja kaikki potilaat olivat uusia sekä silloin, kun potilas oli monivammainen tai huonokuntoinen. Kaksi hoitajaa kaipasi osittain suullista raportointia juuri monivammaisten ja huonokuntoisten potilaiden kohdalla. Samansuuntaiseen tulokseen tuli myös Puumalainen ym. (2003) tutkimuksessaan (Puumalainen ym. 2003: 8).

Tutkimuksesta kävi myös ilmi, että hiljaisessa raportoinnissa ennakkoasenteet tai käsitykset eivät välittyneet potilaista niin kuin suullisessa raportoinnissa. Samaan tutkimustulokseen tuli myös Ruuskanen (Ruuskanen 2007: 47).

Haastatteluista kävi ilmi, että jokaiselle hoitajalle jaettiin omat potilaat, joita he hoitivat työvuoronsa ajan. Hoitajat lukivat ainoastaan omista potilaistaan raportin. Niinpä osa haastateltavista koki saavansa liian vähän tietoa muista osaston potilaista, mikä puolestaan aiheutti epävarmuutta muiden potilaiden auttamisen suhteen. Ruuskasenkin (2007) tutkimuksessa ilmenee kritiikkiä, etteivät hoitajat saa tarpeeksi tietoa osaston muista potilaista hiljaisen raportoinnin avulla (Ruuskanen 2007: 48).

Haastateltavat kertoivat hiljaisen raportoinnin myötä jäävän entistä enemmän aikaa sekä välilliseen että välittömään potilastyöhön. Samoihin tutkimustuloksiin ovat päätyneet myös Puumalainen ja Ruuskanen (Puumalainen ym. 2003: 7; Ruuskanen 2007: 45).

Haastateltavat kokivat, että hiljaista raportointia voisi vielä kehittää monella tavalla. Hoitajat toivoivat etenkin lisää tietokoneita ja rauhallisia lukupaikkoja. Lukupaikat olivat haastateltavien mielestä liian rauhattomia. Suurin osa hoitajista koki, että potilastietojärjestelmää pitäisi parantaa ja esimerkiksi lääkehoito-osion tulisi olla entistä selkeämpi.

Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että noin puolet haastateltavista toivoi voivansa keskustella hiljaiseen raportointiin liittyvistä asioista koulutusten tai palaverien muodossa. Mahdollisen kehittämisen ja suunnittelutyön toivottiin tapahtuvan yhdessä muun hoitohenkilökunnan kanssa. Toivomuksena haastateltavilla oli, että kirjaamiskäytännöt olisivat mahdollisimman yhteneviä.

Haastateltavat toivat esille hiljaisen raportoinnin haittavaikutuksia, mutta kokivat ne kuitenkin suullisessa raportoinnissa ilmeneviä haittoja pienemmiksi. Niinpä suurin osa ei halunnut luopua hiljaisesta raportoinnista. Kehittämistä hiljaisesta raportoinnista heidän mukaansa kuitenkin vielä löytyy.

7.2 Johtopäätökset

Tutkimukseen osallistuneiden sairaanhoitajien kokemukset hiljaisen raportoinnin toteutumisesta kirurgisilla vuodeosastoilla olivat pääosin myönteisiä. Hiljainen raportointi toimii heidän mukaansa osastoilla nykyään hyvin.

Muutosprosessin koettiin olevan haasteellista ja voimavaroja vievää aikaa. Niinpä uuteen raportointikäytäntöön olisi hyvä paneutua ennen sen toteuttamista. Osastolla 1 koettiin etuna, että henkilökunta oli päässyt tutustumaan hiljaiseen raportointiin erään toisen sairaalan vastaavanlaisella osastolla. Osastolla 60 oli järjestetty kirjaamiskoulutusta ennen raportointikäytännön muutosta.

Hoitajat korostivat haastatteluissa kirjaamisen merkitystä. Kirjaamiseen olisi hyvä panostaa antamalla hoitajille kirjaamiskoulutusta ennen raportointikäytännön muutosta. Osastoilla olisi hyvä käydä kirjaamiskäytäntöä läpi, jotta kirjaaminen olisi mahdollisimman yhtenäistä. Hoitajat voisivat esimerkiksi luoda yhdessä kirjaamiskäytänteille mallin, jonka mukaan kirjaaminen voitaisiin jatkossa toteuttaa. Tämä helpottaisi myös tiedonhakuja sähköisestä potilastietojärjestelmästä.

Lisäksi on tärkeää, että hoitohenkilökunta tulee kuulluksi ja heidän näkökulmansa asioista huomioidaan, jotta raportointikäytäntöä pystyttäisiin kehittämään entistä toimivammaksi. Nimetön kysely hiljaisen raportoinnin toimivuudesta osaston hoitohenkilökunnalle mahdollistaisi rehelliset mielipiteet.

Haastatteluista kävi ilmi, että hoitajat eivät ole täysin tyytyväisiä tilanteeseen, jossa he tietävät vain omien potilaidensa asiat. Sairaanhoitajien työtä voisikin helpottaa, jos potilastietojärjestelmästä pystyisi tulostamaan koko osaston potilaslistan jokaiselle hoitajalle. Listassa voisi näkyä jokaisen potilaan hoidon kannalta oleelliset asiat. Tällöin hoitajat pystyisivät entistä paremmin ja tehokkaammin auttamaan kollegojaan. Potilasturvallisuuskin parantuisi entisestään.

Raportointikäytännön muutoksen vuoksi hoitajien ylityöt olivat yleisesti ottaen vähentyneet. Osastolla ajan säästymisen koettiin johtuvan hiljaisesta raportoinnista. Toisaalta tutkimukseen osallistuvista sairaanhoitajista osa mainitsi aamu- ja yöraportin lukemiseen käytettävän ajan olevan liian vähäistä.

Osa sairaanhoitajista kertoi tulevansa aamu- ja yövuoroon omalla ajallaan lukeakseen raportin potilaista jo ennen varsinaista työvuoron alkua. Moni hoitaja tekeisi vuoden sisällä useita tunteja palkatonta työtä, jotta pystyisi suorittamaan työtehtävänsä huolella. Tämän asian voisi korjata kehittämällä aikataulua entistä toimivammaksi. Jonkinasteinen liukuma työajoissa voisi myös olla tarpeen.

Suurin osa haastateltavista koki tarvitsevansa osastoille lisää tietokoneita ja rauhallisia lukupaikkoja. Tällaiset suuret hankinnat ovat kuitenkin resurssikysymyksiä. Nykyajan kannettavat tietokoneet ovat kohtalaisen pieniä ja helposti mukana kannettavia. Tietokoneen voisi viedä mahdollisimman rauhalliseen tilaan, jossa hoitaja kokee saavansa lukea raportin rauhassa.

Mikäli kannettavia tietokoneita saataisiin osastoille lisää ja jokaisella työvuorossa olevalla hoitajalla olisi oma tietokone työvuoron ajaksi, ei hoitajien tarvitsisi kirjautua potilastietojärjestelmästä joka kerta kokonaan pois. Sen sijaan he voisivat lukita tunnuksillansa koneen, joka olisi tällöin entistä helpommin ja nopeammin käyttövalmiina. Toisaalta liukuma työajoissa voisi myös helpottaa tietokonepulaa.

7.3 Luotettavuuden tarkastelua

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla sen uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä. Uskottavuutta voidaan vahvistaa keskustelemalla haastateltavien kanssa tutkimuksen tuloksista. (Juvakka & Kylmä 2007: 127–128.) Tutkijat lähettivät analysoinnin valmistuttua opinnäytetyön tutkimukseen osallistuneille osastoille, jotta haastateltavilla oli mahdollisuus antaa siitä palautetta joko sähköpostitse tai puhelimitse.

Tutkijat pyysivät haastateltavilta palautetta myös sähköpostitse teemahaastatteluiden jälkeen. Tällöin haastateltavilla oli mahdollisuus tuoda esille kokemuksiaan haastatteluiden toimivuudesta. Toiselta tutkimukseen osallistuneelta osastolta tutkijat eivät saaneet palautetta.

Saadut palautteet olivat pääasiassa myönteisiä. Haastateltavat kokivat haastattelutilanteet rentoina, mielenkiintoisina ja ajatuksia herättävinä. Haastattelutilat olivat rauhallisia ja etäällä muusta työyhteisöstä, jolloin haastateltavat saivat rauhassa ja

luottamuksellisesti kertoa näkemyksiään ja kokemuksiaan hiljaisesta raportoinnista.

Sanelukoneen käyttö ei saatujen palautteiden mukaan vaikuttanut haastattelutilanteisiin, vaikka osa haastateltavista selkeästi jännitti. Jännitys saattoi vaikuttaa siihen, kuinka paljon haastateltavat asioista kertoivat. Toisaalta pieni jännitys saattoi myös parantaa suoritustilannetta. Suurin osa haastateltavista ei kuitenkaan näyttänyt jännittävän merkittävästi.

Pieni osa haastateltavista puolestaan vastasi teemahaastatteluissa moniin kysymyksiin kovin ympäröivästi ja joitain kysymyksiä tutkijat joutuivat kysymään uudestaan vastausten tarkentamiseksi. Voikin pohtia, johtuiko vastausten kiertäminen epäselvistä kysymyksistä vai luottamuksen puutteesta vastata täysin rehellisesti.

Kaksi haastateltavaa lähettikin sähköpostitse kritiikkiä, kuinka tutkijat kysyivät joitain kysymyksiä useaan kertaan. Toisaalta tutkijat saivat myös myönteistä palautetta kysymysten selkeydestä ja apukysymysten toimivuudesta. Suurin osa haastateltavista koki apukysymykset hyvänä tukena.

Tutkijat pyrkivät tekemään haastatteluiden teemat omiksi asiakokonaisuuksiksi. Tutkijat esitetasivat teemahaastattelut kahdella sairaanhoitajalla ja teemat toimivat tuolloin hyvin. Tutkimukseen osallistuneet haastateltavat korostivat kuitenkin niin paljon kirjaamisen merkitystä osana hiljaista raportointia, että teematkin menivät monissa haastatteluissa limittäin.

Teemojen sekoittuminen vaikeutti hieman aineiston analysoimista. Toisaalta voidaan myös ajatella, että samansuuntaiset vastaukset saman haastattelun aikana osoittavat haastateltavan rehellisyyttä. Analysoinnissa haasteena olivat muutamat Oulun murre sanat, joskaan ne eivät vaikuttaneet merkittävästi saatuihin tutkimustuloksiin. Lisäksi tutkijat pyrkivät kysymään haastateltavilta murre sanojen merkityksen heti haastattelutilanteissa, jolleivät ymmärtäneet jotakin.

Teemahaastatteluissa tutkijat selvittivät haastateltaville käsitteet suora ja välillinen potilastyö, jotta haastateltavat ymmärtäisivät käsitteiden merkitykset oikein ja vas-

taukset olisivat mahdollisimman luotettavia. Tutkijat kuitenkin huomasivat litteroidessaan, kuinka osa haastateltavista oli sekoittanut nämä termit.

Tämäkään ei kuitenkaan vaikuttanut merkittävästi tutkimustuloksiin, koska lähes kaikki haastateltavat joko yhdistivät kyseiset termit pelkäksi potilastyöksi tai vaihtoehtoisesti analysoivat tarkkaan, millaisesta potilastyöstä oli kulloinkin kyse. Niinpä he saattoivat kertoa esimerkiksi yleisesti ottaen omaisten kanssa juttelemisestä, jolloin tutkijat määrittelivät sen välilliseksi potilastyöksi.

Jokaisen teemahaastattelun alussa tutkijat kertoivat haastateltaville tutkimuksesta ja sen luottamuksellisuudesta. Lisäksi he pyysivät haastateltavia kysymään haastattelun aikana mahdollisia epäselväksi jääneitä kohtia, jolleivät haastateltavat ymmärrä jotakin. Kysymyksiä ei juuri tarvinnut tarkentaa. Voidaan siis päätellä, että kysymysten selkeydessä ei ollut epäselvyyttä.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija voi jatkaa haastatteluita niin kauan kuin ne tuovat tutkimuskysymysten kannalta uutta tietoa. Aineisto on riittävä, kun alkaa tapahtua saturaatiota, eli samat asiat alkavat kertautua haastatteluissa. (Hirsjärvi ym. 2007: 177.) Tutkijat havaitsivat haastatteluissa saturaatiota, mutta haastateltavat silti kaikki 10 sairaanhoitajaa. Voidaan siis ajatella, että aineiston keruu oli tutkimuksen kannalta riittävää. Tämä lisää myös luotettavuutta.

Tutkijat pyrkivät kysymään apukysymyksiä vasta pääkysymysten jälkeen, jolleivät saaneet niiden avulla riittävän kattavia vastauksia. Myönteistä palautetta tutkijat saivat myös siitä, että he antoivat haastateltaville aikaa miettiä ja vastata rauhassa kysymyksiin keskeyttämättä heitä.

Eräs haastateltava toi haastattelutilanteessa esille, kuinka olisi mielellään miettinyt vastauksia ennakkoon kotona. Tutkijat halusivat kuitenkin nähdä ja kuulla haastateltavien ensireaktiot kysyttävistä asioista, joten ennakkoon annetut kysymyspaperit eivät olisi olleet tarkoituksenmukaisia.

Toisaalta tuloksiin saattoi myös vaikuttaa, etteivät haastateltavat välttämättä muistaneet kaikkia asioita, joita heille olisi ehkä tullut kotona mietittynä mieleen. Lisäksi hiljaiseen raportointiin siirtymisestä oli kulunut noin kaksi vuotta aikaa, ei-

vätkä kaikki haastateltavat muistaneet silloisia kokemuksiaan kovin hyvin. Voi-
daan kuitenkin olettaa, että apukysymysten avulla tutkijat saivat mahdollisimman
kattavat vastaukset haluamistaan asioista.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi pidetään suotavana, että
analysoijia on useita (Aira 2005: 1076). Tutkijoita oli kaksi jokaisessa tutkimus-
prosessin vaiheessa. Teemahaastattelussa toinen toimi aina taustahavainnoijana ja
toinen haastatteli. Jokaisen haastattelutilanteen jälkeen tutkijat pohtivat yhdessä,
millaisia ajatuksia ja tunteuksia haastattelut herättivät. Litteroitaessa toinen tut-
kija purki sanelukoneelle tallennettuja tietoja ja toinen kirjoitti niitä tietokoneelle.

Tutkimuksen uskottavuutta vahvistavat tutkijoiden pitämät tutkimuspäiväkirjat,
joissa he kuvaavat kokemuksiaan ja pohtivat valintojaan. Tavoitteena on, että tut-
kijat pystyvät hyödyntämään näitä kuvauksiaan toimintansa tiedostamisessa. (Ju-
vakka & Kylmä 2007: 128.) Lisäksi tutkimuspäiväkirjat helpottavat tutkijoiden
kykyä erottaa omat tunteensa ja kokemuksensa aineistosta (Janhonen & Nikkonen
2001: 92).

Päiväkirjaan kirjataan kuvaukset haastattelun ilmapiiristä, sanattomasta viestin-
nästä sekä alustavan analyysin eteneminen tutkijoiden mielessä (Aira 2005: 1076).
Havainnot kannattaa sanella nauhalle tai kirjoittaa ylös (Janhonen & Nikkonen
2001: 67). Tutkijat pitivät päiväkirjaa haastatteluiden yhteydessä sekä sanelivat
nauhalle jokaisen haastattelun tarkat alkamis- ja loppumiskellonajat.

Lisäksi tutkijat vaihtoivat taustahavainnoijan roolia jokaisen teemahaastattelun
puolivälissä ja pitivät samalla omia tutkimuspäiväkirjojaan, jotka toimivat myö-
hemmin litteroinnin tukena. Tämä vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta.

Jokaisen haastattelun jälkeen tutkijat pyysivät haastateltavia pitämään kaikki haas-
tatteluun liittyvät asiat omana tietonaan, jotta muut hoitajat, joilla oli haastattelut
vasta myöhemmin eivät mieltäisi vastauksia valmiiksi. Kaikki haastateltavat lupa-
sivat olla kertomatta tietoja eteenpäin.

Sisällönanalyysissä luokittelun suorittaa monesti usea eri henkilö, jolloin tuloksi-
en samansuuntaisuutta voidaan myös arvioida (Janhonen & Nikkonen 2001: 37).

Tutkijat tekivät itsenäisesti luokittelut ja vertasivat saamiaan tuloksia keskenään sekä muodostivat niiden pohjalta teoriaosuuden. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa, että tutkija on riittävän kauan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa (Juvakka & Kylmä 2007: 128). Toisella tutkijalla oli aiempaa käytännön kokemusta hiljaisen raportoinnin toteutumisesta. Kokemus auttoi hypoteesin määrittämisessä. Toinen tutkija oli puolestaan tutustunut hiljaiseen raportointiin vain teoriassa. Niinpä hänellä ei ollut aiempia oletuksia tai ennakkoluuloja asian suhteen. Yhteistyössä objektiivisuus säilyi hyvin ja asetettu hypoteesi ei vaikuttanut saatuihin tutkimustuloksiin.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuskriteeri, vahvistettavuus, liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toisella tutkijalla on mahdollisuus seurata tutkimusprosessin kulkua pääpiirteissään (Juvakka & Kylmä 2007: 129). Tutkijat pitivät muistiinpanoja koko tutkimusprosessin ajan sekä kirjoittivat ajatuksiaan ja ideoitaan muistiin. Tutkijat pyrkivät kirjoittamaan tutkimuksen mahdollisimman tarkasti, jotta kaikki tehdyt ja havaitut asiat olisivat jäljiteltävissä.

Reflektiivisyys sen sijaan edellyttää, että tutkijan on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkijan on arvioitava vaikutuksensa aineistoon ja tutkimusprosessiin sekä kuvattava lähtökohdat raportissa. (Juvakka & Kylmä 2007: 129.) Tutkijat pohtivat omia lähtökohtiaan paljon ja antoivat jatkuvaa palautetta toisilleen. Lisäksi he olivat useaan kertaan yhteydessä ohjaavaan opettajaan, joka neuvoi tutkimuksen etenemisessä. Lähteiden etsinnässä apuna oli informaatikko.

Tutkijoiden aiempi kokemuksen puute vaikutti varmasti tutkimuksen etenemiseen ja asioiden selvittelyyn. Analysointia tehdessään tutkijat huomasivat joitain asioita, joita olisi voinut vielä kysyä ja tarkentaa. He olivat kuitenkin vielä jälkeempään yhteydessä osastonhoitajiin, joilta sai arvokasta lisätietoa osastojen toiminnasta.

Yksi kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuskriteeri, siirrettävyys, puolestaan tar-koittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkijan on esimerkiksi annettava riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä, jotta lukija pystyy arvioimaan tulosten siirrettävyyttä. (Juvakka & Kylmä 2007: 129.) Tutkijat pyrkivät kuvaamaan tutkimusprosessin ja siihen liit-tyvät tekijät mahdollisimman kattavasti.

Lisäksi siirrettävyyttä parantaa perusjoukko, joka muodostui kahdesta erilaisesta kirurgisesta osastosta. Toisella osastolla potilaat olivat lapsia, toisella aikuisia. Molemmat osastot olivat kuitenkin Yliopistollisen sairaalan kirurgisia osastoja, joten toimintaperiaatteiden voidaan olettaa olevan samantyyllisiä ympäri Suomen.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkijan tulee luotettavasti osoittaa aineistonsa ja tutkimustulostensa välinen yhteys (Janhonen & Nikkonen 2001: 36). Tuloksiin liitetään usein suoria lainauksia saadusta tutkimusaineistosta, jotta lukija voi muo-dostaa käsityksen aineiston laadusta ja analyysin osuvuudesta (Aira 2005: 1076). Tutkijat pyrkivät havainnoimaan saamiaan tutkimustuloksia saatujen suorien lai-nausten avulla. Pyrkimyksenä oli tutkimustulosten konkretisoiminen ja luotetta-vuuden lisääminen.

7.4 Eettisyys

Tarkasteltaessa laadullisen tutkimuksen eettisyyttä tulee pohtia, onko aihe eetti-esti oikeutettu. Lisäksi tutkimusaiheen arkaluonteisuus ja haastateltavien erityi-nen haavoittuvuus tulee huomioida. Eettistä pohdintaa edellyttävät myös tutki-muksen menetelmälliset valinnat. Tutkijan ja haastateltavien suhde on myös arvi-oitava aineiston keruussa, analyysissä ja raportoinnissa. (Kylmä ym. 2003: 612.)

Keskeiset eettiset periaatteet ovat itsemäärääminen, hyvän tekeminen, vahingon tuottamisen välttäminen ja oikeudenmukaisuus (Kylmä ym. 2003: 612). Lisäksi kvalitatiivisen tutkimuksen tärkeitä eettisiä periaatteita ovat haastateltavan vapaa-ehtoisuus ja anonymiteetin suojaaminen sekä luottamuksellisuus (Janhonen & Nikkonen 2001: 39).

Aiheen valinta ja tutkimuskysymyksiä rakentaminen ovat hyvinkin merkittäviä eettisiä ratkaisuja (Juvakka & Kylmä 2007: 144). Aihetta valittaessa tutkijat huomioivat tutkimuksen arkaluonteisuuden ja takasivat haastateltavien anonymiteetin, ettei tutkimus aiheuta vahinkoa kenellekään. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla tutkijat saivat parhaan mahdollisen tiedon haastateltavien kokemuksista. Kyseistä menetelmää käytettäessään tutkijat huomioivat jatkuvasti eettisyyden tutkimuksen jokaisessa vaiheessa.

Tutkijat huomioivat eettisyyden myös perusjoukkoa määriteltäessä. Lähtökohtana oli, että tutkijat tekevät tutkimuksen heille vieraalla paikkakunnalla, jolloin eettisyys säilyy mahdollisimman hyvin. Oulu oli tutkijoille täysin vieras kaupunki ja niinpä myös Oulun Yliopistollinen sairaala oli heille täysin tuntematon paikka.

Eettisyyttä tukee myös se, että tutkijat hakivat asianmukaisesti tutkimuslupaa Oulun Yliopistollisesta sairaalasta. Lisäksi tutkijat saivat luvan käyttää Oulun Yliopistollisen sairaalan ja tutkimukseen osallistuneiden osastojen nimiä tutkimuksessaan.

Tutkijat valitsivat haastateltavat yhteistyössä osastonhoitajien kanssa. Käytännössä tutkijat antoivat osastonhoitajille haastateltavien kriteerit, minkä jälkeen osastonhoitajat valitsivat haastateltavat. Tutkijat painottivat kuitenkin jokaiselle tutkimukseen osallistuneelle haastatteluiden alussa, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja sen voi halutessaan keskeyttää. Tutkijat ottivat siis haastateltavien vapaaehtoisuuden ja itsemääräämisoikeuden huomioon.

Tutkijat pyysivät haastateltavilta lupaa haastatteluiden nauhoittamiseen ja saivatkin luvan kaikilta. Tutkijoiden on arvioitava haastateltavien sensitiivisten ja henkilökohtaisten tietojen tarpeellisuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 177). Henkilötietoja tutkittavilta ei kysytty, koska sillä ei ollut merkitystä tutkimuksen toteutumisen kannalta. Tutkijoiden pyrkimyksenä oli, että tutkimuksessa käytetyistä suorista lainauksista ei tulisi tunnistaa haastateltavien henkilöllisyyttä.

Tutkijat kunnioittivat aiempien tutkijoiden tekijänoikeuksia välttämällä plagiointia ja merkitsemällä lähdeviittaukset selkeästi näkyviin. Lisäksi tutkijat huomioivat

tutkimusta tehdessään, ettei tutkimus johtaisi lukijoita harhaan. He olivat myös huolellisia, että tutkimustulosten analysoinnissa haastateltavien alkuperäiset ajatukset eivät vääristy.

Tutkijat pyrkivät käyttämään mahdollisimman luotettavia lähteitä. Kaikki lähteet ovat 2000-luvulta ja niitä löytyy suomeksi, englanniksi, ruotsiksi ja tanskaksi. Lisäksi tutkijat olivat erityisen tarkkoja tarkasteltaessa sähköisten lähteiden oikeellisuutta.

Haastatteluaineistossa on monesti luottamuksellista tietoa, joten tutkijoiden on huolehdittava tarkasti luottamuksellisuuden säilymisestä (Aira 2005: 1075). Tutkijat säilyttivät kaiken tutkimusmateriaalin lukkojen takana omissa asunnoissaan. Kaikki tutkimukseen liittyvä materiaali hävitettiin tutkimuksen valmistuttua.

7.5 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Jotta suomenkielisiä hoitotieteellisiä tutkimuksia voitaisiin hyödyntää, on tärkeää, että osastoilla kiertävät alan uusimmat julkaisut (Lauri 2003: 145). Niinpä tutkijat lähettävät valmiin opinnäytetyön Oulun Yliopistolliseen sairaalaan sähköisesti.

Tutkimuksen tuloksia voi hyödyntää tutkimukseen osallistuneiden osastojen hoitohenkilökunta. Tutkimuksesta kävi ilmi, että hiljainen raportointi on käytössä osastolla 1 joka vuoroon tultaessa. Osastolla 60 puolestaan toteutetaan suullista raportointia yövuoroon tultaessa. Haastatteluista kävi ilmi, että kyseisellä osastolla hiljaisen raportoinnin toimivuutta epäiltiin yövuoron suhteen. Toisaalta eräs haastateltava pohti kehittämisideana raportoinnin muuttamista hiljaiseksi yövuoroon tultaessa.

Tutkimus osoittaa, että hiljainen raportointi on mahdollinen jokaisella raportointikerralla. Lisäksi tutkimukseen osallistuneiden osastojen henkilökunta näkee tutkimustuloksista, millaisia kehittämisajatuksia hiljainen raportointi haastateltavissa herätti. Niinpä he voivat halutessaan pyrkiä kehittämään toimintaansa sen mukaisesti.

Tutkimustuloksia voivat hyödyntää tutkimukseen osallistuneiden osastojen lisäksi myös muut osastot, joissa pohditaan hiljaiseen raportointiin siirtymistä. Tutkimus soveltuu myös osastoille, joissa on jo käytössä hiljainen raportointi, sillä tutkimuksessa tulee ilmi erilaisia kehittämisideoita. Lisäksi tutkimuksesta saa neuvoja huolelliseen hoitotyön kirjaamiseen.

Tutkimustuloksia voidaan siis hyödyntää monella tavalla. Niitä ei tule kuitenkaan yleistää, sillä kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen. Voidaan kuitenkin ajatella, että tutkimalla yhtä tapausta tarpeeksi tarkasti saadaan näkyviin myös se, mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä usein toistuu tarkasteltaessa ilmiötä yleisellä tasolla. (Hirsjärvi ym. 2007: 177.)

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, onko tilastoiduissa hoitovirheissä tapahtunut muutosta suullisesta raportoinnista hiljaiseen siirtymisen myötä. Mikäli muutosta on tapahtunut, voisi myös selvittää, mistä virheet johtuvat. Lisäksi voisi tutkia, miten hiljainen raportointi toteutuu ulkomailla. Olisi myös mielenkiintoista tietää, kuinka paljon hiljaista raportointia on Suomen eri sairaaloissa.

LÄHTEET

- Aira, Marja (2005). Laadullisen tutkimuksen arviointi. *Duodecim* 121 (10), 1073–1077.
- Albert, Hanne & Hovmand, Bente & Lund, Hans & Winkel, Annette & Sørensen, Lisbeth Villemoes (2008). *Case rapport. Att beskriva praktiskt patientarbete – en grundbok*. Munksgaard Danmark, Köbenhavn. Norstedts Akademiska Förlag.
- Anttila, Kyllikki & Hirvelä, Mervi & Jaatinen, Tiina & Polviander, Marjut & Puska, Eeva-Liisa (2009) *Sairaanhoito ja huolenpito*. Helsinki. WSOY.
- Dorsén, Kati (2010). Jaa tietoa suullisesti. *Tehy* (6), 10.
- Dowding, Dawn (2001). Examining the Effects that Manipulating Information Given in the Change of Shift Report has on Nurses' Care Planning Ability. *Journal of Advanced Nursing* vol 33, 836–846.
- Ensio, Anneli & Saranto, Kaija (2004). *Hoitotyön elektroninen kirjaaminen*. Siipoo. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Haho, Annu (2009). Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. *Sairaanhoitaja* (12) vol 82, 38–39.
- Henriksson, Lea & Wrede, Sirpa (toim.) (2004). *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki. Gaudeamus.
- Hildén, Raija (2002). *Ammatillinen osaaminen hoitotyössä*. Tampere. Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2000). *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki. Helsingin yliopisto.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2007). *Tutki ja kirjoita*. Helsinki. Tammi.
- Hurri, Suvi (2006). Tieto kulkee hiljaakin. *Sairaanhoitaja* (8) vol 79, 5–8.
- Hyrkäs, Kristiina & Nieminen, Paula (2009) *Kliinisen hoitotyön sanasto*. Helsinki. WSOY.
- Häyrinen, Kristiina (2011). Sähköisen potilaskertomuksen yhtenäisten tietorakenteiden ja ydintietojen käyttöönotto – hyödyt terveydenhuollon ammattihenkilöille. *Pro terveys* (1), 7.
- Jahren Kristoffersen, Nina & Nortvedt, Finn & Skaug, Eli-Anne (toim.) & Nieminen (suom.) (2006) *Hoitotyön perusteet*. Tanska. Edita.
- Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja (toim.) (2001). *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki. WSOY.

- Juvakka, Taru & Kylmä, Jari (2007). Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri (2009). Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.
- Kassara, Heidi & Paloposki, Sanna & Holmia, Silja & Murtonen, Irja & Lipponen, Varpu & Ketola, Marja-Leena & Hietanen, Helvi (2006). Hoitotyön osaaminen. Helsinki. WSOY.
- Kihlgren, Mona (red.) & Engström, Birgitta & Johansson, Gunilla (2010). Sjuksköterska med uppdrag att leda. Malmö AB, Sweden. Studentlitteratur.
- Kylmä, Jari & Vehviläinen-Julkunen, Katri & Lähdevirta, Juhani (2003). Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 119 (7), 609–615.
- Kärkkäinen, Oili (2006). Hoitamisen ja hoitotyön kirjaamisen sisältö. *Pro terveys* (1) vol 34, 12–15.
- Laine, Heidi & Rekomaa-Niskanen, Sirkku & Lukkari, Liisa (2002). Suullinen raportointi kirurgisen potilaan siirtotilanteissa. *Sairaanhoitaja* (3) vol 75, 22–24.
- Lauri, Sirkka (toim.) (2003). Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki. WSOY.
- Lauri, Sirkka (2006). Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki. WSOY.
- Lamond, Dawn (2000). The Information Content of the Nurse Change of Shift Report: a Comparative Study. *Journal of Advanced nursing*. vol 31, 794–804.
- Lehestö, Mika & Koivunen, Olli & Jaakkola, Heikki (2004). Hoitajan turva. Helsinki. Edita.
- Leino, Kaija (2004). Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta (2009) Etiikka hoitotyössä. Helsinki. WSOY.
- Louhiala, Pekka & Launis, Veikko (2009). Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki. Edita.
- Lukkari, Liisa & Kinnunen, Timo & Korte, Ritva (2007). Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki. WSOY.
- Opiskelu sairaanhoitajaksi 2010. Helsinki. [siteerattu 7.12.2010] Saatavilla internetissä: <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/opiskelu_sairaanhoitajaksi/>
- OYS: Os. 1. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Oulun Yliopistollinen sairaala. Gastroenterologinen ja endokrinologinen kirurginen osasto 1. [siteerattu 6.1.2011]

Saatavilla internetissä: <http://www.ppsHP.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime104/prime101.aspx>

OYS: Os. 60. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Oulun Yliopistollinen sairaala. Osasto 60. [siteerattu 6.1.2011] Saatavilla internetissä: <http://www.ppsHP.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime108/prime105.aspx>

Pakarinen, Suvi (2008) Sairaanhoitajien ja perushoitajien kokemuksia hiljaisen raportin käytöstä terveyskeskuksen vuodeosastoilla. [viitattu 19.3.2011]. Saatavilla internetissä: < http://www.ncp.fi/julkaisut/sahkoinenjulkaisu/pakarinen_opinaytetyo.pdf >

Puumalainen, Anne & Långstedt, Karin & Eriksson, Elina (2003). Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedon välitykseen. Tutkiva hoitotyö (1) vol 1, 4–9.

Runne, Tiina (2000). Perioperatiivisen raportointipuheen diskurssit ja niiden funktiot. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Rushton & Hylton, Cynda RN, PhD; Department Editor (2010). Ethics of Nursing Shift Report. AACN Advanced Critical Care (4) vol 21, 380–384.

Ruuskanen, Susanna (2007). Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen: Kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Sajama, Sinikka (2010). Kirjattu tieto ei jää leijumaan. Tehy (15), 34–35.

Saranto, Kaija & Ensio, Anneli & Tanttu, Kaarina & Sonninen, Anna Liisa (2007). Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki. WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004). Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Helsinki. [viitattu 9.4.2011] Saatavilla internetissä: <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8920.pdf>

Syvöja, Pirjo & Äijälä, Outi (2009). Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki. Tammi.

Tanttu, Kaarina (2011). Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen – Kansallisen tietotutannon edellytys. Pro terveys (1), 10.

Tuomi, Jouni (2005). Hoitotyön teoreettiset ja käytännölliset perusteet. Helsinki. Tammi.

Tutkinnot ja haku 2011. Helsinki. [siteerattu 8.1.2011] Saatavilla internetissä: <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/opiskelu_sairaanhoitajaksi/tutkinnot_ja_haku/>

Ukkola, Veijo & Ahonen, Juhani & Alanko Arto & Lehtonen, Timo & Suominen, Sinikka (2001). Kirurgia. Porvoo. WSOY.

Valvira: Salassapito- ja vaitiolovelvollisuus. [siteerattu 6.1.2011] Saatavilla internetissä: <http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/salassapito/salassapito-_ja_vaitiolovelvollisuus>

Wilskman, Kaarina & Koivukoski, Sirpa & Knuutila, Mikko & Isotalo, Tina (2007). Sähköinen kirjaaminen tulee – Mikä muuttuu hoitotyössä? Sairaanhoitaja (6–7) vol 80, 12–15.

Saatekirje

Hei!

Olemme 3. vuoden terveydenhoitajaopiskelijoita Vaasan Ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää **sairaanhoitajien** kokemuksia hiljaisesta raportoinnista, siihen siirtymisestä ja sen toteutumisesta kirurgisilla osastoilla.

Tutkimusmenetelmä on laadullinen. Aineiston keruun toteutamme teemahaastatteluin ja haastattelut nauhoitetaan. Haastattelut analysoidaan aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkimukseen osallistuvilla sairaanhoitajilla tulee olla kokemusta sekä suullisesta että hiljaisesta raportoinnista. Haastattelut toteutetaan yksilöhaastatteluina työpaikallanne työajan puitteissa vuoden 2010 loppuun mennessä, mutta viimeistään tammikuussa 2011. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja sen voi halutessaan keskeyttää. Toivomme, että voimme tarvittaessa ottaa yhteyttä haastateltaviin vielä teemahaastattelujen jälkeen, mikäli tarvitsemme lisätietoja tai tarkennuksia joistakin asioista. Anonymiteetti säilyy, kyselyt ja nauhoitteet tuhotaan välittömästi opinnäytetyön valmistuttua.

Tutkimukseen osallistuvat Oulun Yliopistollisen sairaalan kirurgiset osastot, 1 ja 60. Haastateltavat valitaan ja haastatteluajoista sovitaan yhteistyössä osastonhoitajien kanssa. Osallistumalla haastatteluun sairaanhoitajilla on mahdollisuus olla mukana hiljaisen raportoinnin kehittämisessä ja sen viemisessä eteenpäin muille kirurgisille osastoille ympäri Suomea.

Ystävällisin terveisin,

Riina Hakala

Mariela Veikkola

(yhteystiedot poistettu)

(yhteystiedot poistettu)

Teemahaastattelurunko

1. Raportointikäytännön muutosprosessi
2. Hiljaisen raportoinnin vaikutukset työyhteisöön
3. Hiljaisen raportoinnin vaikutukset potilaiden hoitoon
4. Hiljaisen raportoinnin vaikutukset kirjaamiskäytäntöihin
5. Hiljaisen raportoinnin vaikutukset ajankäyttöön
6. Hiljaisen raportoinnin kehittämisehdotukset

Apukysymykset

Raportointikäytännön muutosprosessi

- Miten muutos tapahtui osastolla?
- Siirryttiinkö hiljaiseen raportointiin suoraan vai oliko siirtymävaiheita?
- Miten muutokseen suhtauduttiin yleisesti?
- Ilmenikö muutosvastarintaa?
- Onko hiljainen raportointi riittävä toimintatapa?
- Suuntaako hiljainen raportointi huomion eri asioihin kuin suullinen?

Hiljaisen raportoinnin vaikutukset työyhteisöön

- Miten ilmenee työn itsenäisyydessä?
- Miten yhteistyö sujuu hoitajien ja muun henkilökunnan välillä?
- Miten vaikuttaa työilmapiiriin?

Hiljaisen raportoinnin vaikutukset potilaiden hoitoon

- Vaikutukset potilaiden kokonaisuhoitoon?
- Vaikutukset potilaiden hyvinvointiin?
- Vaikutukset potilaiden tyytyväisyyteen?
- Vaikutukset potilasturvallisuuteen?
- Mahdolliset hoitovirheet?
- Saatko tarpeeksi tietoa potilasasiakirjoista potilaiden turvallisen hoidon takaamiseksi?
- Miten hoitotyön jatkuvuus onnistuu?
- Miten salassapitovelvollisuus säilyy?
- Hoidon tavoitteiden asettaminen?
- Potilaan sairaushistorian selvittäminen?

Hiljaisen raportoinnin vaikutukset kirjaamiskäytäntöihin

- Kirjausten huolellisuus hiljaisessa raportoinnissa?
- Uusimpien kirjausten välittyminen hoitajalta toiselle?
- Kirjausten luettavuus?

- Hoitajien kirjaamiserot hiljaisessa raportoinnissa?

Hiljaisen raportoinnin vaikutukset ajankäyttöön

- Onko välittömään potilastyöhön tullut lisää vai vähemmän aikaa?
- Onko välilliseen potilastyöhön tullut lisää vai vähemmän aikaa?
- Ajankäytön riittävyys perehdyttäessä potilasasiakirjoihin?

Hiljaisen raportoinnin kehittämisehdotukset

- Edut verrattuna suulliseen raportointiin?
- Haitat verrattuna suulliseen raportointiin?
- Voisitko kuvitella siirtyväsi takaisin suulliseen raportointiin?
- Voiko hiljaista raportointia kehittää?
 - Raportointipaikan osalta?
 - Tietotekniikan osalta?
 - Potilastietojärjestelmän osalta?
 - Ajankäytön suhteen?
 - Koulutustarpeen riittävyys?

Esimerkki aineiston analyysistäHiljaisen raportoinnin kehittämisehdotuksia (yläluokka)

1. *"Työskentelypaikat, lukemipaikat, niissä vois ajatella, että olis paikka eri. Rauhallisempi."*
2. *"Rauhallisempia paikkoja kaipais lisää."*
3. *"Meillä ei oo rauhallista tillaa lukkee."*
4. *"Jos mä meen kansliaan nyt tähän aikaan päivästä, niin eihän siä mitään saa rauhassa lukea. Sais olla pari semmosta raportointihuonetta."*
5. *"Lisää rauhallisia huoneita pitäis olla."*
6. *"Hiljaista raportointia voisi kehittää raportointipaikan osalta. Se, että sais enemmän rauhallista tilaa siihen raportin lukuun, niin auttais kyllä asiassa."*
7. *"Kyllähän sitä aina tietysti voi kehittää, että kaikilla olis semmonen rauhallinen paikka lukea."*
8. *"Sehän olis hyvä kehittämiskohde, ku meillä on aika levottomat nää lukupaikat."*
9. *"Kansliahan on aivan hirveä siinä vuoronvaihteessa, ku kaikki on siinä. On aamutyöläiset ja siinä on monta, mut siis se ei oo yhtään rauhallinen paikka lukea."*

➔ Lisää rauhallisia lukupaikkoja (alaluokka)

Hiljaisen raportoinnin kehittämisehdotuksia (yläluokka)

1. *"Päätteitä enempi."*
2. *"Tarvis enemmän myös tietokoneita."*
3. *"Vois kehittää, että kaikilla olis saatavilla koneita"*
4. *"Koneita ei ole riittävästi ja niitä sais olla enempi."*
5. *"Tietokoneita sais olla lissää."*
6. *"Konneita pittäis olla enemmän."*
7. *"Tietokoneitaki on nyt varmaan tullu lissää, mutta välillä on tilanteita, et-
tä ei ole riittävästi. Tarvis lissää."*

→ Lisää tietokoneita (alaluokka)