

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveys ja hyvinvointi

Kliininen asiantuntija

2020

Elisa Vuori

HILJAINEN RAPORTTI SALON TERVEYSKESKUSSAIRAALAN OSASTOLLE 1

Elisa Vuori

HILJAINEN RAPORTTI SALON TERVEYSKESKUSSAIRAALAN OSASTOLLE 1

Kehittämiprojektin taustalla oli Salon terveyskeskussairaalan osaston 1 tarve kehittää vuoronvaihtoon liittyvää tiedonsiirtoa kohti hiljaista raportointia. Projektin tavoitteena oli kehittää aamu- ja iltavuoron välinen vuoronvaihtoraportti suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin tiedon siirtymisen, potilasturvallisuuden, hoidon laadun sekä hoitajien työn sujuvuuden ja ajan hallinnan parantamiseksi. Tavoitteena oli samalla hiljaista raporttia tukevana toimena kehittää hoitotyön päivittäiskirjausta.

Tarkoituksena oli tukea hiljaisen raportin implementointia täyttämällä sen käyttöönottoon liittyviksi koetut edellytykset, laatimalla osastolle ohjeistus hiljaiseen raportointiin, sekä ohjeistamalla hoitohenkilöstö hiljaisen raportin käyttöön. Kirjaamisen kehittymistä oli tarkoitus tukea kirjaamisohjeistuksella sekä -koulutuksella.

Kehittämiprojekti eteni nelivaiheisesti. Ensimmäinen vaihe (2-3/19) keskittyi hiljaisen raportin keskeisimpään edellytykseen – kirjaamisen kehittämiseen. Osastolle laadittiin kirjaamisohjeistus, ja hoitajille järjestettiin kirjaamiskoulutusta. Toisessa vaiheessa (3-4/19) keskityttiin hiljaisen raportoinnin muihin edellytyksiin. Edellytykset nostettiin esiin hoitohenkilöstölle kohdennetuilla ryhmäteemahaastatteluilta, minkä jälkeen pyrittiin vastaamaan esiin tulleisiin tarpeisiin. Kolmannessa vaiheessa (4/19) laadittiin hiljaisen raportin ohjeistukset, sekä järjestettiin hiljaisen raportin nonstop-koulutusta. Kolmas vaihe huipentui hiljaisen raportin käyttöönottoon. Neljännessä vaiheessa (10-12/19) toteutettiin projektin toinen tutkimuksellinen osio, kysely, jolla saatiin kerättyä tietoa hiljaisen raportin koetuista vaikutuksista ja kehitystarpeista sen edelleen kehittämiseksi, sekä arviointia projektia kokonaisuudessaan. Vaihe päätti projektin.

Kehittämiprojektilla saatiin implementoitua hiljainen raportti Salon terveyskeskussairaalan osastolle 1, ja tätä kautta täytettyä osastolla koettuja kehittämistarpeita. Hiljaisen raportin koettu vaikutus todettiin myönteiseksi kaikilla arvioituilla osa-alueilla: tiedonsiirto ja kirjaaminen parantuivat, hiljaisen raportin koettiin säästävän aikaa, sekä vaikuttaneen myönteisesti hoitajien työn sujuvuuteen, potilaan saaman hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen. Implementointia tuki kirjaamiskoulutus, kirjaamisohjeistus, hiljaisen raportin ohjeistukset, sekä hiljaisen raportin käytön ohjaus. Kehittämiprojekti osoitti kirjaamisen kehittämisen, hiljaisen raportin muiden edellytysten täyttämisen, hiljaisen raportin käytön perehdytyksen ja osallistavan kehittämisen toimivan hiljaisen raportin implementoinnin avaintekijöinä.

ASIASANAT:

Hiljainen raportti, hoitotyön kirjallinen raportointi, vuoronvaihtoraportti, hoitotyön kirjaaminen

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care | Advanced Nursing Practise

2020 | 131 pages, 12 pages in appendices

Elisa Vuori

SILENT REPORTING IN SALO HEALTH CENTER HOSPITAL, WARD 1

The development project was grounded by the need for the Salo Health Center Hospital Unit 1 to develop shift reporting towards silent reporting. The aim of the project was to develop the nursing shift report between morning and evening shifts from oral to silent reporting to improve communication, patient safety, quality of care, and the flow and time management of nursing care.

The purpose was to support the implementation of the silent report by fulfilling the perceived requirements for its implementation, developing guidelines for silent reporting to the ward and instructing staff to use the silent report. The development of nursing documentation was supported by documentation guidelines and documentation training.

The development project proceeded in four phases. The first phase (2-3/19) focused on the development of documentation: creating the documentation guideline and providing documentation training for nurses. The second phase (3-4/19) focused on the other requirements for silent reporting. These were highlighted through targeted group interviews for nursing staff, followed by meeting the emerged needs. In the third phase (4/19), the silent reporting guidance was developed, and the silent report nonstop training was provided. The third phase culminated in the introduction of the silent report. On the fourth phase (10-12/19) the second research section of the development project, a survey, was carried out to gather information on the perceived effects of the silent report and further development needs for further development of the new reporting method, and also to evaluate the project as a whole. The fourth phase ended the project.

The development project implemented the silent report to Salo Health Center Hospital ward 1, and thereby fulfilled the experienced development needs. The perceived impact of the silent report was found to be positive in all areas assessed: data transfer and documentation improved, the silent report was considered to save time, and have positively impacted on nurses' flow of work, the quality of patient care and patient safety. The implementation was supported by documentation guideline, documentation guiding, guidelines for silent reporting and silent report usage guidance. The development project demonstrated the development of documentation, fulfilment of silent reporting requirements, introduction in silent reporting and participation in development work as the key factors in implementing silent report.

KEYWORDS:

Silent reporting, written reporting, change of shift reporting, handover, nursing documentation

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	8
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	9
2.1 Kohdeorganisaatio	9
2.2 Kehittämisprojektin tausta ja tarve	10
2.3 Kehittämisprojektin tavoite ja tarkoitus	13
2.4 Menetelmälliset lähtökohdat	13
2.5 Tietoperusta ja tiedonhaku	15
3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	16
3.1 Lainsäädäntö kirjaamisessa	16
3.2 Kirjaamisen sisältö ja laatu	17
3.3 Hoitotyön prosessimalli ja rakenteisuus kirjaamisessa	18
3.4 Systemaattisen ja rakenteisen kirjaamisen edut ja hyödyt	21
3.5 Kirjaamisen nykytila, haasteet ja kehittämisen polttopisteet	22
3.6 Yhtenäinen kirjaaminen	24
3.7 Organisaation tuki, koulutus, kirjaamisen arviointi ja asenteet kirjaamisessa	25
4 HOITOTYÖN RAPORTOINTI	27
4.1 Raportin sisältämä tieto	27
4.2 Raportoinnin menetelmät sekä potilasturvallisuus ja hoidon laatu raportoinnin näkökulmasta	28
4.3 Suullinen raportointi	30
4.4 Hiljainen raportointi	30
4.4.1 Hiljaisen raportoinnin edut	32
4.4.2 Hiljaisen raportin edellytykset ja haasteet	33
5 MUUTOS JA SEN JOHTAMINEN	38
5.1 Muutosvastarinta	38
5.2 Muutoksen johtaminen ja hallinta	39
6 KEHITTÄMISPROJEKTI PROSESSINA	42
6.1 Kehittämisprosessin eteneminen	42
6.2 Projektiorganisaatio	44

7 KEHITTÄMISPROSESSIN KÄYNNISTYS	45
8 KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN	47
8.1 Kirjaamisohjeistuksen laadinta	47
8.2 Kirjaamiskoulutukset	49
9 RYHMÄTEEMAHAASTATTELUT	52
9.1 Haastattelujen tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat	52
9.2 Ryhmäteemahaastattelu tutkimusmenetelmänä	52
9.3 Haastatteluaineiston keruu	53
9.4 Haastatteluaineiston analysointi	55
9.5 Haastattelujen tulokset	57
9.5.1 Hiljaisen raportin koetut edellytykset	57
9.5.2 Hiljaiseen raporttiin liittyvät odotukset	65
9.5.3 Kokemukset ja näkemykset uudesta kirjaamismallista	71
9.6 Haastatteluihin liittyvät johtopäätökset ja pohdinta	73
9.6.1 Johtopäätökset hiljaisen raportin edellytyksistä	73
9.6.2 Johtopäätökset hiljaiseen raporttiin liittyvistä odotuksista	79
9.6.3 Johtopäätökset hoitajien kokemuksista uudesta kirjaamismallista hiljaisen raportin tukena	82
9.7 Haastattelujen eettisyys ja luotettavuus	83
10 HAASTATTELUIJEN JÄLKEINEN KEHITTÄMISTOIMINTA	86
10.1 Hiljaisen raportin edellytysten täyttäminen	86
10.2 Hiljaisen raportin ohjeistuksen laadinta	89
10.3 Hiljaisen raportin nonstop-koulutukset ja hiljaisen raportin käyttöönotto	92
11 KYSELY	94
11.1 Kyselyn tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat	94
11.2 Aineiston keruu ja kyselylomake	94
11.3 Kyselyaineiston analysointi	95
11.4 Kyselyn tulokset	96
11.4.1 Hoitajien kokemukset hiljaisesta raportista ja sen vaikutuksista sekä koetut jatkokehitystarpeet uudelle raportointimenetelmälle	97
11.4.2 Hoitajien kokemukset kehittämisprojektista	103
11.5 Kyselyyn liittyvät johtopäätökset ja pohdinta	104
11.6 Kyselyn eettisyys ja luotettavuus	106

12 KYSELYN JÄLKEINEN KEHITTÄMISTOIMINTA JA PROJEKTIN PÄÄTÖS	108
13 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOKSET	109
14 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA	112
14.1 Tuloksen arviointi ja pohdinta	112
14.2 Projektin arviointi ja pohdinta	114
14.2.1 Projektin lähtökohtien ja projektin prosessin arviointi	114
14.2.2 Projektiorganisaation toiminta ja oma toiminta projektipäällikkönä	118
14.2.3 Projektin eettisyys ja luotettavuus	120
14.2.4 Jatkokehityshaasteet	122
15 LOPUKSI	123
LÄHTEET	124

LIITTEET

- Liite 1. Aamuvuoron kirjaamisohjeistus
- Liite 2. Haastattelurunko
- Liite 3. Kutsu haastatteluun
- Liite 4. Hiljaisen raportin ohjeistukset
- Liite 5. Kyselylomake saatekirjeineen

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämisen prosessin eteneminen vaiheittain.	43
Kuvio 2. Hiljaisen raportin hoitajista riippumattomat edellytykset.	58
Kuvio 3. Hiljaisen raportin hoitajista riippuvat edellytykset.	63
Kuvio 4. Odotukset hiljaisen raportin vaikutuksista.	66
Kuvio 5. Koetut hiljaisen raportin tiedontarpeet.	69
Kuvio 6. Kokemukset ja näkemykset uudesta kirjaamismallista.	71
Kuvio 7. Hoitajien ammattinimike, työkokemus ja työskentely iltavuorossa.	96
Kuvio 8. Hoitajan arvio panoksestaan hiljaisen raportin käyttöönoton edistämiseksi.	97
Kuvio 9. Hoitajan arvio kyvystään kirjata hiljaisen raportin vaatimalla tavalla.	97
Kuvio 10. Hoitajan arvio kirjatun tiedon löydettävyydestä.	98
Kuvio 11. Hoitajan arvio nykykirjausten perusteella potilaasta saadusta kokonaiskuvasta.	98
Kuvio 12. Hoitajien tyytyväisyys hiljaiseen raporttiin.	99
Kuvio 13. Hoitajien halukkuus palata takaisin suulliseen raporttiin.	99
Kuvio 14. Hiljaisen raportin koettu vaikutus.	101
Kuvio 15. Hoitajien kokemukset kehittämisprojektista.	103

TAULUKOT

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja abstrahoinnista hiljaisen raportin odotuksiin liittyen.

1 JOHDANTO

Terveysthuollon työkenttä elää jatkuvassa muutoksessa, mikä tuottaa jatkuvan tarpeen kehittää toimintaa (Holopainen ym. 2013, 32). Hoidolta vaaditaan yhä enemmän vaikuttavuutta ja toiminnalta tehokkuutta. Samalla käytössä olevat resurssit niukkenevat. Katse tuleekin siirtää muutokseen, vanhojen pölyttyneiden toimintamallien karistamiseen ja uusien tehokkaampien menetelmien soveltamiseen. Näin voidaan taata hoitotyön toimivuus ja sitä kautta tuotettu laadukas, turvallinen hoito.

Laadukas ja turvallinen hoitotyö edellyttää hyvää dokumentointia ja tiedonkulkua (THL 2011, 26). Hoitajien välisiä raportointikäytänteitä ollaan Suomessa viime vuosikymmenen aikana muutettu varsin aktiivisesti kohti hiljaisista raportointia. Taustalla ovat vaikuttaneet suullisessa tiedonvälityksessä esiintyneet ongelmat, sekä toisaalta hiljaisen raportoinnin käyttöönoton tuomat hyödyt (mm. Sinkkonen 2011; Laukkanen ym. 2012; Laitila ym. 2016; Berg 2017). Myös kirjaamiseen kohdistetut velvoitteet ovat osaltaan vaikuttamassa hiljaisen raportoinnin tarpeeseen tehden suullisen raportoinnin tarpeettomaksi (vrt. Salo 2005, 125; Mäkilä 2007, 39; Koivukoski & Palomäki 2009, 59). Salon terveyskeskussairaalassa oltiin niin ikään havahduttu raportointimenetelmän muutostarpeeseen, ja nostettu esiin tarve siirtyä hoitajien vuoronvaihtoon liittyvän iltapäiväraportin osalta hiljaiseen raportointiin.

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli kehittää hoitotyön vuoronvaihtoraportointia suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin Salon terveyskeskussairaalan osastolla 1 tiedon siirtymisen, potilasturvallisuuden, työn sujuvuuden, hoitajien ajan hallinnan, sekä hoidon laadun parantamiseksi. Tavoite osoitti selkeän tarpeen kohdistaa kehittäminen myös hoitotyön kirjaamiseen, joka on tässä kehittämisprojektissa nostettu erilliseksi kehittämistoiminnaksi. Lisäksi kehittämisen keskiössä oli muiden hiljaisen raportin edellytysten selvittäminen, ja näiden koettujen tarpeiden täyttäminen osana onnistunutta hiljaisen raportin implementointia.

Hiljaisen raportoinnin onnistunut käyttöönotto vaatii osaston yksilöllisten tarpeiden huomiointia. Tässä itse hoitohenkilöstö toimii työnsä ja toimintaympäristönsä asiantuntijana. Hoitajien osallisuus kulminoituu projektissa paitsi tiedon tuotantoon, myös osallisuuden kautta mahdollistuvaan mukana oloon, kuulluksi tulemiseen ja vastuun kantaan luoden motivaatiota, sekä edesauttaen sitoutuneisuutta ja edelleen uuden toimintamallin jalkauttamista. (vrt. Puumalainen ym. 2003, 8.)

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

Terveydenhuollossa kehittämistoiminnalla pyritään uusien palvelujen, menetelmien ja järjestelmien aikaansaamiseen tai jo olemassa olevien menetelmien parantamiseen. Tyypillisesti lähtökohtana on käytännön työssä havaittu konkreettinen ongelma (Heikkilä ym. 2008, 27, 55). Projekti on organisaatiolle keino vastata ympäristön muutoksiin – se on väline kehittämiselle asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Samalla se on myös tapa sopeutua muutokseen. (Ruuska 2006, 9, 18.)

2.1 Kohdeorganisaatio

Salon terveyskeskussairaala on kolmeosastoinen (osastot 1, 2 ja 5) laadukasta potilaan hoitoa ja kuntoutusta tarjoava terveydenhuollon toimintayksikkö. Terveyskeskussairaalan osastot 1 ja 2 ovat keskittyneet päivystyksen kautta saapuneiden akuutisti sairastuneiden hoitoon ja tutkimiseen, erikoissairaanhoidon puolelta saapuvien potilaiden sairauksien ja operaatioiden jälkeiseen jatkohoitoon ja kuntoutukseen, sekä saattohoitoon. Osasto 1 on lisäksi profiloitunut neurologisten kuntoutuspotilaiden sekä infektioiden hoitoon, osasto 2 vastaavasti ortopedisten potilaiden kuntoutukseen. Pääasiallinen saattohoitoyksikkö sijaitsee osastolla 2. Osasto 5 toimii geriatrisena arviointiyksikkönä. Tämä kehittämisprojekti kohdentuu 45 potilaspaikkaiselle terveyskeskussairaalan osastolle 1.

Osastolla työskentelee 28 sairaanhoitajaa ja 10 lähi- tai perushoitajaa, sekä noin 10 sijaista, jotka ovat lähi-, perus- tai sairaanhoitajia. Hoitajat työskentelevät osastolla kolmessa vuorossa. Aamuvuorossa on pääasiassa 13 hoitajaa, iltavuorossa 10 hoitajaa ja yövuorossa 2,5 hoitajaa.

Hoitajat jakautuvat eri vuoroissa erilaisiin kokoonpanoihin. Aamuvuorossa osasto toimii nelisoluisena (solut 1, 2, 3 ja 4), ja kussakin solussa työskentelee 3-4 hoitajaa. Solun sisällä potilaat ”jaetaan” solun hoitajien kesken ns. vastuullin mukaisesti niin, että kullakin hoitajalla on keskimäärin neljä potilasta hoidettavanaan. Iltavuorossa soluja yhdistetään niin, että 1 ja 2 -solut ja 3 ja 4 -solut muodostavat omat ryhmänsä. Nämä ryhmät on nimetty niiden sijainnin mukaan, osastolla puhutaan A- ja B- käytävistä. Ryhmä huolehtii kaikista ryhmäänsä kuuluvista potilaista, eli A-käytävä 24 potilaasta ja B-käytävä 21 potilaasta. Yövuoron hoitajat vastaavat koko osaston potilaista.

Jokaisen vuoron välissä on ns. vuoronvaihtoraportti, jossa hoitajat siirtävät tietoa potilaasta seuraavalle vuorolle. Aamuvuorossa on osin käytössä hiljainen raportti, jossa aamuvuoroon tuleva hoitaja käy läpi yövuoron jättämän muistion yövuoron tapahtumista, ja lukee potilastietojärjestelmästä tiedot omista potilaistaan. Pääasiassa aamuvuorossa käytetään kuitenkin suullista raportointia. Tällöin iltavuorossa edellisenä iltana ollut hoitaja raportoi solunsa muille hoitajille solun potilaista suullisesti, ja yövuoron jättämä muistio käydään läpi yhteisesti. Aamu- ja iltavuoron välissä on iltapäiväraportti. Raportti on perinteikkäästi ollut suullinen. Vastuuhoitajamallin mukaan kukin aamuvuoron hoitajista kertoo suullisella raportilla iltavuorolle omista potilaistaan. Näin ollen iltavuoroon tuleva hoitaja saa raportin 21-24 potilaasta keskimäärin kuudelta eri hoitajalta. Ilta- ja yövuoron välinen raportti on niin ikään suullinen. Sekä A- että B- käytävältä yksi hoitaja pitää raportin yövuoroon tuleville hoitajille kaikista käytävänsä potilaista.

Osastolla on käytössä Lifecare-potilastietojärjestelmä, johon hoitajat kirjaavat pääasiassa työvuoron lopussa tarpeelliseksi katsomansa asiat potilaan hoidosta. Käytännössä hoitajien kirjaukset kohdentuvat järjestelmän hoitotyön lehdelle. Hoidon suunnitteluun ei ole käytössä tarkoituksenmukaista alustaa. Kirjauksia ei pääsääntöisesti hyödynnetä vuoronvaihtoraportoinnissa.

2.2 Kehittämiprojektin tausta ja tarve

Kehittäminen on konkreettista selkeän päämäärän saavuttamiseen tähtäävää toimintaa, jonka lähtökohtana toimii nykyisessä toimintamallissa havaittu ongelma ja visio jostain uudesta (Toikko & Rantanen 2009, 16). Tämän kehittämiprojektin lähtökohtana oli Salon terveyskeskussairaalan osastolla 1 koettu **tarve kehittää hoitotyön raportointikäytäntöä kohti hiljaista raportointia.**

Hoitotyö on kehittynyt monimuotoiseksi ja eritasoista ammattitaitoa vaativaksi työksi (Sarajärvi ym. 2011, 82), mikä näkyy myös terveyskeskussairaalassa: toiminta on jatkuvasti yhä akuutimpaa, erikoissairaanhoidosta siirrytään terveyskeskussairaalaan yhä nopeammin ja yleisemmin, ja potilasvaihtuvuus on suurta (Salon sosiaali- ja terveystyöt 2017). Lisäksi potilasaineisto on yhä monisairaampaa ja tarvitsee vaativampia hoitotoimenpiteitä. Myös kuntoutus vaatii paljon resursseja. (Salon terveyskeskussairaala 2019.) Työn lisääntyvät tehokkuusvaatimukset, niukkenevat henkilöstövoimavarat ja työntekijöiden nopea vaihtuvuus lisäävät myös osaltaan työn paineita (STM 2017, 20). Terveyskeskussairaala toimintaympäristönä elää tässä jatkuvassa muutoksessa pyrkien

vastaamaan sille asetettuihin yhä haastavampiin toiminnallisiin edellytyksiin. Potilaan hoito vie yhä enemmän aikaa – sekä hoitaja että potilas tarvitsevat lisää aikaa. Osastolla oli selkeä tarve saada **lisää aikaa** itse **potilastyöhön**.

Käytössä ollut suullinen raportti oli menetelmällisesti asettanut ajallisia haasteita työssä selviämiseksi ja turvalliselle tiedonsiirrolle. Suullinen raportti vaati erillistä valmistautumista raportille, mikä osaltaan kulutti ylimääräistä aikaa. Toisaalta raportit venyivät aiheuttaen ylityötä. Keskustelua oli herättänyt myös ajan tuhlaaminen raportilla turhaan istumiseen potilaiden ollessa kuulijalle jo entuudestaan tuttuja. Osaston tarpeena oli siis **säästää raportointiin ja sen vastaanottamiseen kuluva aikaa**.

Potilaiden vaihtuvuus ja sijaisten jatkuva tarve asettavat yhä enemmän vaatimuksia myös tehokkaaseen ja täsmälliseen tiedonsiirtoon (Strople & Ottani 2006, 198). Kliinisesti merkittävän tiedon siirtymättä jääminen voi johtaa haittatapahtumiin, hoidon tai diagnoosien viivästymiin ja epäsopivaan hoitoon tai hoidon laiminlyöntiin (Smeulers ym. 2014, 1). Terveyskeskussairaalassa oltiin havahduttu suullisen raportoinnin tiedonsiirtoon liittyviin **potilasturvallisuutta vaarantaviin heikkouksiin**. Raportointi tapahtui pääasiassa omiin muistiinpanoihin nojaten suullisena tiedonjakona, mikä itsessään sisälsi riskin tiedonsiirtovirheille. Yleisesti ottaen tärkeää potilaan hoitoon liittyvää tietoa oli myös jäänyt itse raportilla siirtymättä eteenpäin, ja toisaalta raportilla oli voitu myös saada täysin virheellistä tietoa. Oman ongelmansa muodostivat työajan lyhennykset, jolloin raportin pitäjä oli jo lähtenyt työstä seuraavan vuoron saapuessa.

Raportoinnin ilmeinen heikkous osastolla on myös ollut **yhtenäisen käytänteen puute**: osastolla ei ollut yhteisesti hyväksyttyä ohjeistusta raportointiin esimerkiksi sen rakenteen ja sisällön suhteen, vaan kukin hoitaja piti raportin haluamallaan tavalla tuoden esiin haluamansa sisällön. Tarvetta oli siis selkeästi kuvatulle toimintaprosessille menettelytapojen ja vastuiden selkeyttämiseksi. Näin voidaan parantaa työn sujuvuutta ja vähentää poikkeamia ja virheitä (Kuntaliitto 2011, 13).

Suullinen raportti on vaikuttanut myös työn sujuvuuteen. Vuoronvaihto aika on yleensä osastolla hektinen. Laitossiirrot ja lääkärin määräysten toteuttaminen ajoittuvat usein vuoronvaihdon kohdalle. Aamuvuoron päivittäinen raportille ”jonottaminen” sitoi osaston henkilöstöä, kun omaa raporttivuoroa täytyi pitää silmällä muun työn ohessa. Raporttitahtumaa ja sen organisointia rasitti osaltaan myös osastolla käytössä oleva vastuuhoidtajamalli, jolloin yhdellä suullisella raportilla oli keskimäärin kuusi eri puhujaa. Nämä tekijät nostivat esiin **tarpeen kehittää hoitajien työn sujuvuutta**.

Keskeinen lähtökohtainen kehittämiskohde osastolla oli myös **kirjaamisen taso**. Osastolla ei ollut käytössä yhtenäistä kirjaamiskäytäntöä eikä siihen ohjaavaa kirjaamisohjeistusta. Hoitajien suorittama päivittäiskirjaus tapahtui potilastietojärjestelmän hoitotyön lehdelle pääosin hoitotyön toimintokenttään vapaana tekstinä komponenttitasolla. Osa hoitajista kirjasi päivittäiskirjaukseen hoidon tarpeen ja tavoitteen, mutta niitä ei käytetty yhdenmukaisesti eikä myöskään johdonmukaisesti. Hoitotyön prosessi ei näyttäytynyt kirjauksissa, eikä potilaista ylläpidetty ajantasaisia hoitotyön suunnitelmia. Potilastietojärjestelmässä ollut tieto ei myöskään aina vastannut potilaan tilaa. Tämäntyyppiset tilanteet aiheuttavat haasteita etenkin muuttuvan henkilöstön näkökulmasta, kun potilaan muuttuneen tilan vertailupohjassa ilmenee puutteita (Strople & Ottani 2006, 198).

Nämä edellä esiin nostetut projektin tarvetta kuvaavat perusteet nousivat käytännön työn kokemuksista: tarve tuotiin esiin hoitajien välisissä keskusteluissa sekä hoitajien esimiehelle esittämässä kehittämistarpeissa (E. Kaukinen, henkilökohtainen tiedonanto 10.10.2018). Näkemykselle kehittämistarpeesta oli osastonhoitajan ja hallinnollisen osastonhoitajan vahva tuki. Lähtökohtaisesti projekti sopi hyvin organisaation toimintatapaan pyrkiä jatkuvaan toiminnan laadulliseen kehittämiseen (Salon sosiaali- ja terveyspalvelut 2017), sekä Salon kaupungin strategiaan päämääriin, joissa korostuu henkilöstön osaamisen ja sen tukemisen kannustus (Salon sosiaali- ja terveyslautakunta 2018).

Hiljainen raportti kehittämisprojektin aiheena ei ole uusi. Samankaltaisia projekteja on tehty viime vuosikymmenenä useampikin. Kehittämisprojektin luonne tekee siitä kontekstisidonnaisen: ympäristöt, joissa projektit toteutetaan ovat yksilöllisiä – hiljaisen raportoinnin lähtökohdat ja tarpeet ovat erilaiset eri toimipaikoissa. Onkin tärkeää, että hiljaisen raportoinnin käyttöönotossa huomioidaankin sen käyttöönottoon liittyvät yksilölliset edellytykset. Vain sitä kautta saadaan luotettava, toimiva ja turvallinen tapa siirtää tietoa vuoronvaihdon yhteydessä. Tehdyt aiheeseen liittyvät muut tutkimukset ja kehittämisprojektit ovat tärkeitä vertailupohjia ja suunnannäyttäjiä tälle projektille. Niistä saatua tietoa hyödyntämällä voidaan myös toisaalta vahvistaa tässä projektissa saatuja tuloksia, ja toisaalta saada myös uusia näkökulmia muutokseen.

Kohdeosaston rajautuminen vain terveyskeskussairaalan osastolle 1 on perusteltua, sillä osasto 5 käyttää jo osaltaan hiljaista raportointia, ja osasto 2 puolestaan on toimintaprofiililtaan ja kehittämiskulttuuriltaan hyvin erilainen verrattuna osastoon 1. Osaston 1 ja 2 samanaikainen osallistuminen kehittämisprojektiin ei olisi ollut tarkoituksenmukaista niiden erilaisista lähtökohdista ja tarpeista johtuen. Lisäksi osastojen suuret hoitajamäärät olisivat vaatineet lisäresursseja projektin läpivientiin projektin hoitajia osallistavan

luonteen vuoksi. Kehittämiprojektissa tehtiin myös selkeä rajaaminen hiljaisen raportin käyttöönoton rajoittumisesta vain iltapäiväraporttiin, sillä sen käyttöönotolla tavoiteltujen tavoitteiden uskottiin toteutuvan nimenomaisella raportilla käytettyä raportointimenetelmää muuttamalla.

2.3 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus

Kehittämiprojektin kautta uskottiin vastattavan edellisessä luvussa mainittuihin organisaation tarpeista lähteviin kehittämishaasteisiin. Kehittämiprojektin **tavoitteena** oli parantaa terveyskeskussairaalan vuoronvaihtoon liittyvää tiedonsiirtoa hiljaisen raportin käyttöönotolla aamu- ja iltavuoron välisessä vuoronvaihtoraportoinnissa. Raportointimenetelmän muutoksella tavoiteltiin hoitotyön ajanhallinnan ja sujuvuuden, potilasturvallisuuden, sekä hoidon laadun paranemista.

Hiljaisen raportointiin liittyvä teoreettinen tausta, etenkin siihen liittyvä tutkimus ohjasi projektin tarkoitusten muodostumista. Muista tutkimuksista saatu tieto auttoi kohdentamaan ja rajaamaan aihetta eli tuomaan esiin sen mikä tämän tyyppisessä muutoksessa on keskeistä, minkälaiseen kehittämistoimintaan kannattaa panostaa. Tämän projektin kohdalla se tarkoitti paitsi kirjaamiseen myös muihin hiljaisen raportin edellytyksiin keskittymistä, sekä menetelmällisesti osallisuuden korostamista.

Kehittämiprojektin **tarkoituksena** oli vastata ensimmäiseksi kirjaamista koskeviin tavoitteisiin laatimalla tarpeita vastaava kirjaamisohjeistus, sekä ohjeistamalla koko hoitohenkilöstö ohjeistuksen käyttöön kirjaamiskoulutuksilla. Päämääränä oli kehittää hiljaisen raportin edellyttämää hoitotyön päivittäiskirjausta valtakunnallisesti hyväksyttävälle tasolle, yhdenmukaistaa osaston kirjaamiskäytänteitä, sekä saada se vastaamaan koettuja tiedontarpeita hiljaisen raportoinnin näkökulmasta. Toisena tarkoituksena oli edesauttaa ja tukea hiljaisen raportoinnin implementointia selvittämällä ja täyttämällä hoitajien kokemat muut edellytykset hiljaiselle raportille, laatimalla osastolle tarvetta vastaava ohjeistus hiljaiseen raporttiin, sekä ohjeistamalla hoitajat ohjeistuksen käyttöön.

2.4 Menetelmälliset lähtökohdat

Tutkimuksellisen kehittämistoiminta yhdistää kehittämistoiminnan ja tutkimuksellisen lähestymistavan. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa pyritään konkreettiseen

muutokseen, mutta tuotetaan samalla perusteltua tietoa. Tutkimuksellisuus näyttäytyy myös pyrkimyksenä jäsentää ja arvioida kehittämistoimintaa sen intresseineen, vaihteineen, tavoitteineen ja tuloksineen, sekä pyrkimyksenä analysoida ja arvioida tuloksia. Oleellista on tiedonkeruun systemaattisuus, dokumentoinnin ja analyysin huolellisuus, sekä esitettyjen perusteluiden ja johtopäätösten läpinäkyvyys. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa tutkimus palvelee kehittämistä – ei määrittele sitä. (Toikko & Rantanen 2009, 22–23, 156–157.)

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa on oleellista, että tiedontuotantoa ohjaavat käytännöstä nousevat ongelmat ja kysymykset (Toikko & Rantanen 2009, 22). Näin ollen terveydenhuollon henkilöstön vuosien työkokemuksen tuomalla tiedolla on tutkivan kehittämisen tiedontuotannon näkökulmasta suuri merkitys (Heikkilä ym. 2008, 55). Tieto tuotetaan aidossa käytännön ympäristössä käyttämällä tutkimuksellisia asetelmia ja menetelmiä (Toikko & Rantanen 2009, 22) – tutkimus luo perusteet käytännön uusille ja paremmille menetelmille (Heikkilä ym. 2008, 27).

Tässä kehittämissuorituksessa etsittiin ratkaisuja ja toimintamalleja uuden raportointimenetelmän käyttöönotolle kysymällä itse raporttien käyttäjiltä heidän kokemiaan edellytyksiä menetelmän uudistamiselle ja heidän kokemiaan hiljaisen raportin sisällöllisiä tietotarpeita. Nämä vaativat tutkimuksellisen otteen liittämistä projektiin. Tutkitun tiedon pohjalta rakennettiin työkalu käytännön toimintaan (ohjeistukset hiljaiseen raporttiin) ja pyrittiin vastaamaan esiin nousseisiin hiljaisen raportin tarpeisiin eli edellytyksiin uuden toimintamallin implementoimiseksi. Tutkimus kuului oleellisena osana myös projektin vaikutusten mittaamiseen ja edelleen kehittämisen suuntaamiseen projektin loppupuolella toteutetun kyselyn myötä.

Tutkimuksellisilla osioilla oli projektissa tietoa tuottavan tarkoituksensa lisäksi merkittävä asema henkilöstöä osallistavana elementtinä. Kuten Puumalainen ym. (2003, 7–8) ovat todenneet, osallistamisella on mahdollista vähentää muutosvastarintaa, edesauttaa muutoksen jalkautumista sekä tukea itse muutosta osallistujan vastuunkannon välityksellä.

Kehittämisessä edettiin muutosjohtamisen periaatteita noudattaen. Huomio painottui selkeän vision, mission ja strategian luontiin, aktiiviseen viestintään sekä osallistamiseen ja sitouttamiseen. Muutosvastarinnan hallinta, määrätietoinen ja johdonmukainen eteneminen, jatkuva seuranta, reagointi ja kiitos onnistumisesta olivat niin ikään muutoksen johtamisen keskiössä. (vrt. Kukkola 2018, 104–127.)

2.5 Tietoperusta ja tiedonhaku

Tutkittavan ilmiön käsitteellinen hahmottaminen ja liittäminen perusteltuun viitekehykseen vaatii teorian hahmottamista, mikä mahdollistaa tutkittavan ilmiön ymmärtämisen (Laitinen 2010, 45). Kehittämisprojektin tietoperusta on muodostettu seuraavista kokonaisuuksista: hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön raportointi sekä muutos ja sen johtaminen. Tietoperusta muodostaa projektin teoreettisen viitekehyksen. Viitekehyksen aiheita on käsitelty laajan lähdeaineiston varassa. Esiin on otettu niin kotimaista kuin kansainvälistäkin lähdeaineistoa ja tutkimuksia.

Kirjaamisen näkökulmasta teoreettisessa viitekehyksessä tuodaan vahvasti esiin systemaattisen hoitotyön prosessiin pohjaavan kirjaamisen merkitys hiljaista raporttia tukevana tekijänä. Tämä merkitys on konkretisoitunut etenkin kirjaamisen kehittämisessä, jossa teoreettinen pohja ohjasi kehittämistyötä vahvasti sekä menetelmällisesti että sisällöllisesti. Hiljaisen raportoinnin näkökulmasta teoreettinen viitekehys on niin ikään tärkeässä roolissa tarjoten tietoa muiden kehittämisprojektien anneista, ja antaen mahdollisuuden myös hyödyntää niistä saatuja tuloksia hiljaisen raportoinnin implementoinnissa, sekä ymmärtää hiljaista raportointia ilmiönä. Muutoksen ja muutoksen johtamisen viitekehys on puolestaan antanut eväitä muutoksen johtamiseen ja hallintaan, sekä ohjannut osaltaan myös projektin menetelmällisiä valintoja kehittämisen suhteen.

Viitekehyksen tiedonhaku suoritettiin kansainvälisistä Cinahl, Cochrane Library ja PubMed -tietokannoista sekä kotimaisesta Medic-tietokannasta, valtioneuvoston yhteisestä julkaisuarkistosta, Valtosta ja Julkari – STM:n hallinnonalan avoimesta julkaisuarkistosta. Keskeisimmät käytetyt hakusanat olivat hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön raportointi, silent reporting, handover, handoff, shift report, electronic handover, computer based reporting ja nursing documentation hyödyntäen MeSH-termejä, avainsanoja, sanojen katkaisua (*) sekä OR/AND toimintoa. Hakua rajattiin suomen- ja englanninkieliseen viimeisen viidentoista vuoden aikana julkaistuun lähdeaineistoon. Tiedonhaussa hyödynnettiin myös Theseus-tietokantaa sekä yliopistojen julkaisuarkistoja. Kirjallisuushaussa käytettiin Finna.fi -palvelua, ja lehtiartikkeleita haettiin myös manuaalisesti mm. Tutkiva hoitotyö ja Hoitotiede -lehdistä.

3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Hoitotyön kirjaaminen on hoitohenkilökunnan työn keskeinen tehtävä – osa päivittäistä työtä. Hoitotyön kirjaamista säätelevät useat juridiset ja ammattieettiset seikat (Nykänen & Junttila 2012, 3, 12) sekä erilaiset ohjeistukset. Myös hoitotyön kirjaamisen vaade perustua näyttöön asettaa osaltaan omat vaatimuksensa kirjaamiselle (Hallila 2005, 10).

Dokumentoinnin tavoitteena on kuvata potilaan hoito, varmistaa hoidon toteutus, seuranta ja arviointi, turvata tiedonkulku potilaan hoitoon osallistuvien kesken ja luoda edellytykset hoidon jatkuvuudelle sekä joustavalle etenemiselle (Tanttu 2008, 129). Asiakastyön dokumentoinnilla voidaan vaikuttaa työn laatuun, kehittämiseen ja vaikuttavuuden parantamiseen (Roivas & Karjalainen 2013, 149), sekä varmistetaan terveydenhuollon ammattilaisten oikeusturva (Nykänen & Junttila 2012, 15).

Potilasasiakirjoiksi määritellään potilaskertomus sekä potilaan hoidon ja järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot tai aineistot (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009). Potilasasiakirjan on tarkoitus tukea hyvää hoitoa (Valvira 2018). Sähköinen potilaskertomus koostuu eritasoisista tietokonnaisuuksista, jotka jäsentyvät näkymien, hoitoprosessivaiheiden ja otsikoiden avulla (Jokinen & Virkkunen 2018, 20). **Hoitokertomus** on osa potilaskertomusta, jossa dokumentoidaan potilaan hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta ja arviointi. Se sisältää hoitotyön suunnitelman ja potilaan vointia kuvaavat päivittäismerkinnät, joka on hoitotyön suunnitelman toteutusta ja arviointia kuvaava osa. (Sonninen & Ikonen 2008, 77.) Potilaskertomukseen voidaan kirjata tietoa rakenteisesti hyödyntäen valtakunnallisia tietorakenteita, koodistoja ja luokituksia, sekä täydentää tietoa tarvittaessa vapaamuotoisella kirjoituksella (Jokinen & Virkkunen 2018, 20).

3.1 Lainsäädäntö kirjaamisessa

Laki velvoittaa ylläpitämään jokaisesta potilaasta jatkuvaan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta, johon merkitään jokainen palvelutapahtuma, kuten osastohoitojakso (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009). Sähköisten potilasasiakirjojen käytön mahdollistamisesta esimerkiksi potilasasiakirjojen käytön suhteen säädetään laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä (159/2007).

Potilasasiakirjoihin kirjaaminen on lakiin perustuvaa toimintaa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) määrittelee mitä tietoja potilasasiakirjoihin kerätään, ja kuka potilasasiakirjoja voi laatia. Tähän ottaa kantaa myös Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), joka lisäksi muun muassa määrittää potilaan oikeuden laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon, sekä velvoittaa potilaskohtaisen hoitosuunnitelman laadintaan: terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on laadittava potilaan tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma, josta ilmenee hoidon aikataulu ja järjestäminen. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) määrittää hoitajan ammattivalmiutta ja -pätevyyttä koskevat vaatimet kirjaamiselle, sekä velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön soveltamaan työssään yleisesti hyväksytyjä ja näyttöön perustuvia menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Myös terveydenhuoltolaki (1362/2010) antaa suuntaviivat laadulle vaatimalla toiminnan näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvuutta. Hoitotyön dokumentoinnin voidaan katsoa olevan myös näyttö toteutuneesta hoidosta. Potilaan ja hoitotyön tekijän oikeusturvan kannalta huolellinen kirjaaminen on tästä näkökulmasta ensiarvoisen tärkeää – kirjaamattomaan tietoon ei voida esimerkiksi oikeusturvan näkökulmasta varmuudella luottaa. (Tanttu 2008, 129.) Kirjaamisella on myös keskeinen merkitys potilaan tiedonsaantioikeuden kannalta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

3.2 Kirjaamisen sisältö ja laatu

Terveydenhuollon ammattihenkilön on merkittävä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämiseen, suunnittelun ja toteutuksen seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot selkeästi ja ymmärrettävästi. Merkinnät tulee tehdä aikajärjestyksessä ja riittävän usein. Osastohoidon osalta tämä tarkoittaa päivittäisiä merkintöjä potilaan tilan muutoksista, hänelle tehdyistä tutkimuksista sekä hänelle annetusta hoidosta. Potilasasiakirjamerkinnöistä on selvittävä, miten hoito on toteutettu, onko jotain erityistä ilmennyt hoidon aikana, ja millaisia hoitoa koskevia ratkaisuja sen kuluessa on tehty. Merkinnöistä tulee käydä ilmi riittävässä laajuudessa myös perustelut valitulle hoidolle ja hoitoratkaisuille. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.) Kirjausten tulisi välittää tieto hoitoon liittyvien päätösten perusteista, keinoista ja vaikutavuudesta – eli tieto hoidon näyttöön perustuvuudesta (Hallila 2005, 12).

Myös tiedon luotettavuuden kannalta kirjaamisen laatu on merkittävässä asemassa (Roivas & Karjalainen 2013, 151). Kirjauksen tulisi olla ajantasaista (Nykänen & Junttila 2012, 24), merkintöjen virheettömiä, ymmärrettäviä ja selkeitä (STM 2012, 45; Roivas & Karjalainen 2013, 150), ja niissä tulisi käyttää vain yleisesti hyväksytyjä ja tunnettuja käsitteitä ja lyhenteitä (Liljamo ym. 2012, 9). Potilasasiakirjoihin tulisi merkitä potilas- ja tilannekohtaisesti vain käyttötarkoituksen näkökulmasta oleelliset asiat (Nykänen & Junttila 2012, 24; STM 2012, 45). Lisäksi lukijan tiedontarpeen mielessä pitäminen on kirjaatessa tärkeää. Keskeistä on asioiden esittäminen näyttöön perustuen, selkeästi kuvaten ja havainnollistaen kuitenkin rönsyilyä välttäen. (Roivas & Karjalainen 2013, 151–152.)

Potilasvahinkolaissa säädetään potilasvakuutuskeskuksen ja potilasvahinkolautakunnan oikeudesta saada potilasasiakirjoihin kirjattua tietoa (Potilasvahinkolaki 585/1986), mikä asettaa tehdyille kirjaamisen asianmukaisuudelle omat vaatimuksensa. On myös huomioitava, että potilaalla on oikeus tarkistaa mitä tietoja hänestä on potilasasiakirjoihin kirjattu. Viime vuosina aluehallintoviraston ja Valviran kantelupäätöksissä potilasasiakirjojen asianmukaiseen laadintaan on kiinnitetty yhä enemmän huomiota. Potilaiden oikeuksien toteutumisen puolesta asia on huomioitu myös eduskunnan oikeusasiamiehen taholta. (Valvira 2018.) Nämä kaikki tekijät määrittävät sisällöllisiä ja laadullisia kriteerejä kirjaamistyöhön.

3.3 Hoitotyön prosessimalli ja rakenteisuus kirjaamisessa

Suomessa on kehitetty Sosiaali- ja terveysministeriön ja sairaanhoitopiirien rahoittamissa kansallisissa kehittämissuunnitelmissa 2005–2009 (HoiDok-hanke, 2008; HoiData-hanke, 2009) kansallinen hoitotyön kirjaamismalli. Mallin taustalla on useiden tutkimus- ja kehittämishankkeiden, pilotoitien ja käyttäjäpalautteiden sekä asiantuntijaryhmien tuloksia. Sen perustan muodostavat WHO:n hoidollisen päätöksenteon prosessimalli, sähköinen kirjaaminen sekä rakenteinen kirjaaminen. Kirjaamismalli mahdollistaa kirjausten yhtenäisen käytön hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa sekä tiedon moniammatillisesta käytöstä ja jakamisesta hoitoon osallistuvien kesken (Nykänen & Junttila 2012, 15–16).

Kirjaamismallissa kirjaaminen perustuu hoidollisen päätöksenteon prosessimalliin (Nykänen & Junttila 2012, 15) – puhutaan hoidon systemaattisesta kuvaamisesta (Liljamo ym. 2012, 10). Hoitotyön prosessin johdonmukainen käyttö jäsentää hoitotyön toimintaa ja kirjaamista (Mykkänen ym. 2018, 211). Siinä hoitotyö näyttäytyy sellaisena kuin se

todellisuudessa on: siinä kulminoituvat toiminnan systemaattisuus, suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus sekä tulos – se tekee hoitajan professionaalisuuden näkyväksi (Salmela ym. 2011, 17).

Kirjaamismallissa kirjaaminen tapahtuu prosessin eri vaiheiden – hoidon tarpeen määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi – mukaisesti (Liljamo ym. 2012, 10) käyttäen hoitotyön ydintietoja. Keskeistä mallissa on rakenteinen kirjaus ja FinCC-luokituskokonaisuuden käyttö (Nykänen & Juntila 2012, 15), jolla rakenteistetaan hoitotyön ydintietoja (Salmela ym. 2011, 12). Hoitotyön prosessi luo siis raamit kirjaamiselle, muttei tuota siihen sisältöä (Sonninen ym. 2008, 80). Itse kirjaus muodostuu rakenteisista ydintiedoista, termistöistä ja niitä täydentävistä narratiivisista teksteistä (Saranto & Sonninen 2008, 14), jotka välittävät olennaisen tiedon potilaasta (Lindqvist ym. 2014, 111).

Kirjaamisen ydintiedoilla tarkoitetaan keskeisimpiä potilaan terveyden- ja sairaanhoidon toteutusta tai suunniteltua hoitoa kuvaavia tietoja. Valtakunnallisesti määritetyt hoitotyön ydintiedot ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenvedo. (Liljamo ym. 2012, 10.) Ne kirjataan kaikissa kertomusjärjestelmissä yhdenmukaisesti, ja ne kertovat henkilön terveys- ja sairaushistoriasta, sekä niihin liittyvistä hoidoista ja ohjauksesta (Saranto & Sonninen 2008, 13).

Sosiaali- ja terveysministeriön potilastietojärjestelmille asettamien tavoitteiden mukaan ydintiedot tulee kirjata rakenteisesti (Tanttu 2008, 130), mikä edellyttää standardoitujen termistöjen käyttöä ja tiedon koodausta yhtenäisellä tavalla. Ydintietoja kuvattaessa hoitoprosessin vaiheet kirjataan käyttämällä FinCC (Finnish Care Classification) -luokituskokonaisuutta. FinCC on rakenteisen kirjaamisen perusta, joka muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) ja Suomalaisesta hoidon tuloluokituksesta (SHTuL). SHTaL ja SHToL ovat rakenteeltaan yhtenäiset ja hierarkkiset. Molemmat näistä koostuvat 17 eri komponentista, eli hoitotyön sisältöalueesta, ja kussakin komponentissa on vaihteleva määrä pää- ja alaluokkia. (Liljamo ym. 2012, 10.) Tuloluokituksessa on kolme porrasta: parantunut, ennallaan ja heikentynyt. Tavoitteena kirjaamisessa on FinCC-luokituskokonaisuuden komponenttitason toimiminen otsikkotasona ja vapaan tekstin kirjaamistasona. Kirjaamisen tulisi tapahtua pää- ja alaluokkatasoilla mahdollisimman rakenteisesti niin, että kirjataan vain valitut luokat ja/tai mahdollinen valittuun luokkaan liittyvä mittausarvo. (Nykänen & Juntila 2012, 16, 24.)

Hoidon tarve- ja toimintoluokituksia käytetään päivittäisen hoitotyön kirjaamiseen esimerkiksi vuodeosastolla. Niiden avulla potilaan voinnista ja siinä tapahtuneista muutoksista saadaan johdonmukainen kuva. (Liljamo ym. 2012, 10.) Hoidon tarveluokitus pitää sisällään hoidon tarpeen määrittelyn priorisointineen sekä hoidon tavoiteasettelun. Toimintoluokitus puolestaan kattaa suunnitellut toiminnot ja hoitotyön toimintojen toteutuksen sekä osaltaan myös hoidon tuloksen arviointia. (Nykänen & Juntila 2012, 16.) Hoidon suunnittelu käsittää hoidon tarpeen, hoidon tavoitteen ja suunniteltujen toimintojen määrittelyn. Tämä suunnitelma muodostaa kirjaukselle perustan. Päivittäiset merkinnät (hoitotyön toiminnot) kuvaavat puolestaan sen toteutuksen ja arvioinnin. Kokonaisuudesta käytetään nimitystä hoitokertomus. (Sonninen & Ikonen 2008, 77.) Suunnitelmaa arvioidaan ja päivitetään jatkuvasti tilanteiden muuttuessa (Tanttu & Ikonen 2008, 117).

Hoidon tarve kuvaa potilaan olemassa olevaa tai mahdollisesti tulevaa ongelmaa, joka voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimien avulla. Hoidon tarpeenmäärittely on siis ongelmien kartoittamista. Tarpeenmäärittely tehdään mahdollisuuksien mukaan yhdessä potilaan kanssa. Merkittävimmät hoidon tarpeet kirjataan hoitokertomukseen. **Hoidon tavoitteen** kirjauksissa tulisi kuvata hoidon, kuntoutuksen ja terveyden edistämisen näkökulmista oleelliset tavoitteet. (Liljamo ym. 2012, 14, 21.) Tavoitteet asetetaan realistisesti suhteessa siihen, millaisiin muutoksiin potilaan tilassa pyritään, eli tarpeisiin peilaten. Tavoitteet eivät kuvaa hoitajan toimintaa, vaan niiden on oltava potilaslähtöisiä. Ne voivat olla kokonais- tai osatavoitteita. Tässä voidaan esimerkiksi kuvata mikä on tavoite konkreettisesti potilaan selviytymisen suhteen. (Tanttu & Ikonen 2008, 113, 117.)

Hoidon **suunnitelma** kuvaa potilaan hoitoa, tutkimusta, kuntoutusta ja näiden järjestämiseen liittyviä asioita (Jokinen & Virkkunen 2018, 42). Suunnitelmaa arvioidaan jatkuvasti asetettuihin tavoitteisiin nähden, mikä mahdollistaa suunnitelmien uudelleensuuntaamisen tarvittaessa (Sonninen & Ikonen 2008, 78). **Hoitotyön toiminto** puolestaan käsittää ne keinot, joilla hoitaja vastaa potilaan tarpeisiin. Hoitotyön toimintojen eli auttamiskeinojen perustana on hoitajan tiedot ja taidot (esim. ohjaus tai kädentaidot), jotka todentuvat potilaan ja hoitajan välisissä auttamis- ja ohjaustilanteissa. Tähän luokkaan kuuluu esimerkiksi potilaan tilan seuranta, avustaminen, tukeminen, puolesta tekeminen, hoitaminen, suorittaminen ja ohjaaminen. Hoidon toteutuksen yhteyteen kirjataan myös hoidon arviointia. (Liljamo ym. 2012, 14–15, 22.)

3.4 Systemaattisen ja rakenteisen kirjaamisen edut ja hyödyt

Systemaattisen ja rakenteisen kirjaamisen hyötyjä voidaan katsoa eri näkökulmista. Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa yhtenäisen kirjaamisen (Mäkelä-Bengs & Vuokko 2014, 27; Jokinen & Virkkunen 2018, 14), mikä näyttäytyy **valtakunnallisella tasolla** tiedonsiirtoa tehostavana elementtinä (Holopainen ym. 2016, 9): se luo edellytykset valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen ja sähköisten potilaskertomusten väliseen tiedonsiirtoon eri terveydenhuollon organisaatioiden ja potilastietojärjestelmien välillä (Jokinen & Virkkunen 2018, 14).

Organisaatiotasolla rakenteisuus korostuu kertaalleen kirjoitetun tiedon pysymisenä asiakirjoissa. Tällöin tieto on hyödynnettävissä myös muissa käyttötarkoituksissa kuin potilaan terveyden tai sairauden hoidossa. Rakenteisuus tehostaa myös palvelujen toteuttamista ja toiminnanohjausta, helpottaa kustannusten seurantaan, sekä helpottaa valvonta- ja seurantatehtäviä. (Mäkelä-Bengs & Vuokko 2014, 27–28.)

Potilaan näkökulmasta rakenteisuuden voidaan katsoa parantavan hoidon laatua (Mäkelä-Bengs & Vuokko 2014, 28; Jokinen & Virkkunen 2018, 14), sillä rakenteinen kirjaus ohjaa hoitosuosituksen noudattamiseen, tukee hoidon jatkuvuutta, parantaa potilaan oikeusturvaa mahdollistamalla tarkemman seurannan, sekä mahdollistaa tiedon käyttäjien yhteisen käsitteistön vähentäen tulkintaepäselvyyttä. Rakenteinen kirjaaminen on todettu myös lisäävän potilasturvallisuutta rakenteisuuden mahdollistaman tiedon semanttisen yhteentoimivuuden ansiosta, jolloin potilasta koskeva tieto on saatavissa organisaatioriippumattomasti. (Mäkelä-Bengs & Vuokko 2014, 28.)

Hoitotyön näkökulmasta ennalta sovittu rakenteinen kirjaaminen yhtenäistää (Mäkelä-Bengs & Vuokko 2014, 28; Jokinen & Virkkunen 2018, 14) ja yksinkertaistaa hoitotyön kirjaamista, sekä varmistaa, että kaikki ymmärtävät laaditun tekstin samoin (Ensio & Häyrinen 2008, 73). Sovitulla kirjaamisrakenteella tuetaan myös hoitajien hoidollista päätöksentekoa hoitosuunnitelman ohjatessa potilaan koko hoitoprosessia (Saranto & Sonninen 2008, 15; Mäkelä-Bengs & Vuokko 2014, 28). Rakenteisuuden on todettu lisäävän hoitosuunnitelmien teon toteumaa (Lindqvist ym. 2014, 112). Yhtenäinen ja rakenteinen kirjaaminen tukee myös potilaan päivittäisessä hoidossa tarvittavan tiedon viiveetöntä käytettävyyttä (Saranto & Sonninen 2008, 12; Lindqvist ym. 2014, 112). Rakenteisuus helpottaa potilastiedon hakua, käyttöä ja hoidon seurantaan, sekä helpottaa jo kirjatun tiedon hyödynnystä uuden kirjaamisessa (Jokinen & Virkkunen 2018, 14). Rakenteisesti

jäsennellympi ja keskitetympi tieto mahdollistaa myös tehokkaamman tiedonsiirron hoitoa antavien osapuolten välillä (Liljamo ym. 2012, 14) luoden edelleen mahdollisuuksia esimerkiksi raportoinnin ja toimintakulttuurin uudistamiselle ja kehittämiselle (Lindqvist ym. 2014, 111).

3.5 Kirjaamisen nykytila, haasteet ja kehittämisen polttopisteet

Kirjaamisen taso ja laatu ovat Suomessa viime vuosikymmenenä parantuneet, ja kirjaamiselle asetettuja tavoitteita ja kehittämiskohteita on pystytty saavuttamaan. Kirjaamisessa on kuitenkin vielä paljon kehittämisen varaa. (Mykkänen ym. 2018, 203–210.)

Tuoreen kyselyn mukaan rakenteinen kirjaaminen on käytössä 88 %:ssa Suomen terveyskeskuksista (Reponen ym. 2018, 64). Rakenteiseen kirjaamiseen haasteena on tuotu ilmi FinCC:n epäkäytännöllisyys ja -tarkoituksenmukaisuus, sen ei ole katsottu palvelevan potilaan hoitoa (Nykänen & Juntila 2012, 20). Hoitotyön luokituksia on myös kritisoitu niiden tavasta pilkkoa hoitotyötä liian pieniin osiin (Nykänen ym. 2010, 35).

Häyrinen (2011, 47) tuo esiin, että kirjaamistavat eivät ole yhtenäisiä. Hoitajat kokevat epäselvyyttä siitä, mihin tietyt asiat kirjataan: mihin vaiheeseen, komponenttiin tai luokkaan (Nykänen ym. 2010, 24). Komponenttien käytössä esiintyy epäyhtenäisyyttä (Häyrinen 2011, 47; Nykänen ym. 2010, 24) ja luokituksia käytetään epäjohdonmukaisesti (Häyrinen ym. 2010, 554; Häyrinen 2011, 47). Myös eri ammattiryhmien erilaiset luokitukset ja jokaisen ammattiryhmän oma subjektiivinen näkökulma rakenteisiin haastavat rakenteisuuden toimivuutta (Lindqvist ym. 2014, 111). Kullakin ammattiryhmällä on omanlaisensa tiedon jäsennysmalli, jonka mukaan he dokumentoivat (Häyrinen 2011, 51).

Käytetyn järjestelmän, terminologian tai kirjauksen tuottavan ammattiryhmän asemesta kirjaamisen keskiössä tulisi olla potilas (Nykänen & Juntila 2012, 35). Hoitotyön kirjauksessa ollaan perinteisesti keskitytty turhan usein kirjaamaan hoitajan tekemiä tehtäväkeskeisiä kirjauksia. Kirjaamisen sisältönä ei kuitenkaan tulisi olla se mitä hoitaja on tehnyt, vaan on kirjattava sitä, mitä hoidetaan ja mitkä ovat sen hetkiset ongelmat ja miten niihin vastataan. Kirjaamisista uupuu usein hoitajien päätöksentekoprosessin näkyvyys. Hoitajat kertovat hoitoa koskevia päätöksiä enemmänkin suullisesti. (Mäkilä 2007, 37–39.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009), peräänkuuluttaa potilasasiakirjoihin tehtäviltä merkinnöiltä riittävän laajuisia perusteita valitulle

hoidolle ja hoitoratkaisuille. Laadukkaan ja tarkoituksenmukaisen kirjaamisen tarkastelussa pelkkä rakenteisuuden tarkastelu ei siis riitä. Vaikka kirjaaminen saataisiinkin työyksikössä rakenteiseksi, se ei tarkoita, että kirjaaminen olisi johdonmukaista yhtenäisellä tavalla, ja että hoitotyön vaiheet linkittyisivät kirjaamisen sisältöä ajatellen loogisesti toisiinsa. Vaaditaan siis hoitotyön prosessin ymmärtämistä ja siihen pohjaavaa systemaattista kirjaamista. (Salmela ym. 2011, 16.)

Hoitotyön prosessimallin näkökulmasta hoitotyötä ollaan jo hyvin opittu jäsentämään kansallisen hoitotyön kirjaamismallin mukaan, ja hoitotyön prosessimallin on todettu olevan toimiva (Nykänen ym. 2010, 24; Mykkänen ym. 2018, 203–210). Toteutumisessa esiintyy kuitenkin vielä vaihtelua (Häyrinen ym. 2010, 554), eikä jokaisen potilaan kohdalla prosessin eri vaiheita kirjata (Häyrinen 2011, 47). Kirjaamisen sisällön kannalta usein tarvittuja ohjauksen kohteita ovat olleet hoidon tarpeen määrittämien, sekä tavoitteiden ja suunniteltujen toimintojen välisen eron ymmärtäminen (Mäkilä 2007, 40). Suunnitellut auttamismenetelmät ovat nykyisellään yksi kirjauksen huonoimmin toteutetuista alueista. Hoidon tarpeen ja tavoitteen kirjaaminen on sen sijaan viime vuosikymmenen aikana parantunut. (Mykkänen ym. 2018, 209.) Hoidon tuloksen arvioinnissa ja kirjaamisessa puolestaan esiintyy haasteita etenkin suhteessa potilaan yksilölliseen tavoitteeseen (Häyrinen ym. 2010, 554; Häyrinen 2011, 47; Mykkänen ym. 2018, 209). Kirjaus hoitotyön auttamismenetelmien vaikutuksesta löytyy vain 50 %:ssa kirjauksista (Mykkänen ym. 2018, 209).

Itse kirjausten sisällöstä ja tarkkuudesta hoitoprosessissa Suomessa ei ole saatavissa tuoretta tutkimustietoa. Mykkänen ym. (2018, 212) toteavatkin tässä olevan tunnistettu tutkimustarvealue. Kansainvälisellä tasolla haasteita on todettu liittyvän potilaan psykososiaalisten, sosiaalisten, kulturaalisten ja hengellisten asioiden aspekteissa. Samoin potilaiden mieltymysten tai tietotarpeiden, aiemman terveystietämisen, yleisen terveydentilan ja elämänlaadun kirjaamisessa on havaittu puutteita. Lisäksi potilaan saaman neuvonnan ja ohjauksen kirjaaminen on tunnistettu kehittämisaikana. (Wang ym. 2011, 11–12.)

Stevenson & Nilsson (2012, 667) toteavat potilastietojärjestelmiä ja potilasturvallisuutta käsittelevässä tutkimuksessaan, että kirjauksessa ei osata ottaa esiin kliinisen käytännön ydintä. Potilas ja hänen tilassaan tapahtuneet muutokset tulisi saada paremmin kirjauksen kohteeksi (Stevenson & Nilsson 2012, 667). Olennaisen kirjaaminen ja laadukas kirjaaminen on suuri tiedon jakamisen ja lisäämisen paikka (Mäkilä 2007, 40).

3.6 Yhtenäinen kirjaaminen

Valtakunnallisella tasolla maassamme on pitkään tehty ponnisteluja **yhtenäisen kirjaamiskulttuurin** aikaansaamiseksi. THL asetti 2010 asiantuntijaryhmän, jonka tehtävänä oli hoitotyön luokitusten ja potilastietojärjestelmätoteutusten kehittäminen hoitotyön kirjaamismallin ja kirjausten moniammatillisen hyödyntämisen parantamiseksi. Työryhmä sai koottua suosituksen ja toimenpide-ehdotukset kehittämisen tavoitetilalle. Ohjeistus on suunnattu terveydenhuollon kirjaamiskäytännöistä vastaaville, koulutussektorille ja tietojärjestelmätoimittajille. Kirjaamisen sisällöstä ja toteutuksesta ei ohjeistukseen kuitenkaan saavutettu yhtenäistä näkemystä. Kansallinen kirjaamismalli ei ole levinnyt täyteen valtakunnalliseen käyttöön, ja toisaalta kirjaaminen on edelleen maassamme kirjavia kansallisesta kehittämistyöstä huolimatta. Kirjaamiseen liittyviin puutteisiin on pyritty vastaamaan koulutuksilla ja kehittämällä kirjaamismallia ja FinCC-osaluokitusta eri hoitotyön toimintaympäristöjä tukeviksi. (Nykänen & Juntila 2012, 4.) THL on nyt tuoreeltaan julkaissut Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen oppaan (osa1), jonka tavoitteena on potilastiedon käyttäjän tai kirjaajan näkökulmasta kuvata valtakunnallisesti yhtenäisten rakenteisten potilastietojen kirjaamista ja käyttöä. Jatkossa on tarkoitus laatia erillisohteita erikoisala-, palveluala- ja ammattiryhmäkohtaiseen kirjaamiseen sekä tiettyjen potilasryhmien hoidon rakenteiseen kirjaamiseen. Esimerkiksi hoitotyön päivittäismerkintöihin on luvattu ohjeistusta. (Jokinen & Virkkunen 2018, 7.)

Vaikka yhtenäinen kirjaaminen valtakunnan tasolla ontuu, on siihen pyrkiminen tärkeää. Suositusten mukaisten kirjaamiskäytänteiden yhtenäisellä käytöllä voidaan tuottaa laadukasta potilaan hoitoa tukevaa tietoa (Häyrinen 2011, 61). Yhtenäiset kirjaamiskäytännöt vaativat systemaattisen kirjaamisen mahdollistamaa standardointia, eli kirjataan mitä on sovittu (sisältö) ja miten on sovittu (rakenne) (Saranto & Sonninen 2008, 12). Tässä työyhteisön selkeä **ohje kirjaamiseen** on keskeisessä roolissa oleellisen tiedon välittymiseksi. Oleellista on, että osaston omiin kirjaamiskäytäntöihin sovelletaan lain tuomat vaatimukset kirjaamisen sisältöön. (Mäkilä 2007, 35.)

Yhteisesti sovittujen kirjaamiskäytäntöjen ajatellaan yleisesti lisäävän potilasturvallisuutta kaikkien ymmärtäessä laaditun tekstin samoin tavoin (Ensio & Häyrinen 2008, 73). Yhdenmukaisten, sovittujen kirjaamisen rakenteiden ja sovittujen sisältöjen käytöllä on merkitystä myös hoidon sujuvuuden näkökulmasta. Sen avulla hoitotyön kirjaamisesta on mahdollista tehdä luonteva ja nopeasti toteutettava osa hoitotyön prosessia. Yhtenäinen kirjaaminen edellyttää paitsi yhteisten tapojen sopimista, myös **sitoutumista**

niiden käyttöön (Tanttu 2008, 129). Kettunen & Gerlander (2013, 312) toteavatkin, että keskeistä on, että kaikki noudattavat yhteisesti sovittuja kirjaamiskäytänteitä, yhteisiä täsmällisiä termejä ja kirjaamisrakenteita ja -malleja.

3.7 Organisaation tuki, koulutus, kirjaamisen arviointi ja asenteet kirjaamisessa

Hyvien ja turvallisten palvelujen perusta on osaava henkilöstö (STM 2017, 16). Kirjaamisen kehittämisen näkökulmasta organisaationallinen tuki on keskeisessä roolissa (Wang ym. 2011, 12). Johdon tehtävä on tukea henkilöstöä suositusten käyttöönotossa ja sitouttaa henkilöstö niiden mukaisiin kirjaamiskäytäntöihin (Häyrinen 2011, 61). Tässä etenkin hoitotyön prosessin mukaisen kirjaaminen ja terminologian käyttöön liittyvä koulutus on keskiössä (Häyrinen ym. 2010, 554). Oleellista on tarjota ajantasaista koulutusta. Kirjaamisen koulutuksen tulee muuttua kirjaamiskäytäntöjen muuttumisen mukana (Nykänen & Juntila 2012, 28).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa työnantajaa luomaan edellytykset ammatilliselle täydennyskoulutukselle. Esimiesten on vastattava osaamistarpeiden arvioinnista ja hoitajien ammattitaidon varmistamisesta (STM 2017, 16). Kirjaaminen tulisi pitää elävänä teemana osaston kulttuurissa. Esimiesten vastuunotto asiasta, kirjaamisvastaavien tukeminen, kirjaamismahdollisuuksien luominen, kirjaamisen kehittymisen seuraaminen ja palautteen anto hoitajille on tässä oleellista. (Salmela ym. 2011, 19.)

Myös kirjaamisen arviointi on tärkeää kehitystarpeiden määrittämiseksi (Mykkänen ym. 2018, 205). Sähköisen potilaskertomuksen tietojen arvioinnista tulisikin muodostaa jatkuva käytänte (Häyrinen 2011, 61). Käytännön työkaluna tässä voidaan käyttää erilaisia auditointimalleja. Esimerkiksi Mykkänen ym. (2018, 205) ovat todenneet hoitotyön kirjaamisen auditointimallin toimivaksi ratkaisuksi. Se mahdollistaa kirjaamisen toistuvan arvioinnin ja laadun valvonnan (Mykkänen ym. 2018, 205).

Aiemmin mainituista työnantajavelvoitteista huolimatta on muistettava, että jokaisella työntekijällä on pitsi oikeus myös velvollisuus huolehtia omasta osaamisestaan ja koulutuksensa ajantasaisuudesta (vrt. STM 2017, 16). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilön soveltamaan yleisesti hyväksytyjä kokemuseräisesti perusteltuja menettelytapoja ammattitoiminnassaan koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Kirjaaminen

tulisi mieltää muun ammattitaidon ohella keskeiseksi työn kehittämiskohteeksi, johon tarvitaan pitkäjänteistä, jatkuvaa kouluttautumista (Wang ym. 2011, 12).

Kirjaaminen on viime vuosikymmenenä saanut osakseen paljon arvostelua hoitajien taholta. Arvostelu on kohdentunut etenkin kirjaamisen aikaa vievyyteen ja kirjaamisen perusteisiin – kirjataanko itse kirjaamisen vai potilaan hoidon vuoksi (Nykänen ym. 2010, 24–25). Tämä viestii osaltaan siitä, että kirjaamisen merkitystä osana potilaan hoitoa ei ymmärretä. Onkin muistettava, että kirjaaminen on erityistä osaamista vaativa (Salmela ym. 2011, 16; Roivas & Karjalainen 2013, 149), luonnollinen osa asiakastyötä – ei ylimääräistä lisätyötä (Roivas & Karjalainen 2013, 149). Myös kirjaamisen sisällön laadukkuus vaatii ryhtiikkettä – painotus on siirrettävä kuluneesta ajattelumallista ”mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty” nykypäivän potilaslähtöiseen, mutta samalla hoitajan työtä arvostavaan lakien vaatimuksiin vastaavaan ajatteluun ”hyvin suunniteltu on puoliksi tehty” (vrt. Ahonen ym. 2007, 6).

4 HOITOTYÖN RAPORTOINTI

Tiedon käyttö, välittäminen, talletus ja uudelleenkäyttö ovat terveydenhuollossa päivittäistä toimintaa – tieto on hoitotyön perusta (Saranto 2008, 25). Hoitovastuussa olevalle terveydenhuollon ammattilaiselle riittävä tiedonsaanti on tärkeää (Amberla 2008, 33). Viestintä toimii työn tekemisen välineenä: sillä luodaan edellytykset laadullisesti hyvälle hoidolle, potilasturvallisuuden toteutumiselle ja tavoitteiden saavuttamiselle (Amberla 2008, 33; Kettunen & Gerlander 2013, 293). Hoitotyön vuoronvaihdon yhteydessä tapahtuvaa tiedonsiirtoa kutsutaan raportoinniksi. Siinä potilaan sairauteen, vointiin ja hoitoon liittyvä informaatio siirretään hoitajalta toiselle. (Puumalainen ym. 2003, 4.) Raportointi varmistaa hoidon toteutuksen ja seurannan ja turvaa hoidon jatkuvuuden (Tanttu 2008, 129).

Vuoroon tuleva hoitaja tarvitsee asianmukaista tietoa asianmukaisessa muodossa. Tiedon on oltava määrällisesti ja rakenteisesti tuotettua niin että vuoroon tuleva voi tuntea sen perusteella olevansa valmistunut ja kykenevä toteuttamaan hoitoa. Asianmukainen tieto riippuu yksiköstä, jossa työskennellään. (Welsh ym. 2010, 152.) Keskeistä raportin onnistumisen kannalta on, että hoitajilla on yhteinen tietopohja - yhteinen näkemys siitä miten hoidossa edetään ja se, että hoitoprosessista vallitsee yhteisymmärrys (Flemming & Hubner 2013, 582).

4.1 Raportin sisältämä tieto

Raportoinnin tarkkuus on keskeistä hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden nimissä (Smeulers ym. 2014, 1). Hyvä raportti on kattava, yksityiskohtainen ja aukoton, mutta samalla olennaiseen keskittyvä ja relevantti. Vuoroon tulevien on osoitettu kaipaavan tietoa potilaan diagnoosista, hoitosuunnitelmasta, tuloksista, historiasta, sekä hoitoon vaikuttavista sosiaalisista asioista. Keskeisinä tiedontarpeina on koettu potilaan senhetkinen tila, tarpeet ja poikkeamat voinnissa. Nimenomaan oleellisen ja tavallisuudesta poikkeavan tiedon esiintuonti on koettu tärkeänä potilaan tilaan kuulumattomien yksityiskohtaisten tietojen asemesta. Myös tieto siitä, millaisia työtehtäviä hoitajalla on edessään, on todettu olevan hoitajien raportilta odottamaa asiasisältöä. Hoidon jatkuvuuden kannalta on koettu mielekkääksi saada raporttia niistä potilaista, joita ollaan jo aiemmin hoidettu. Tällöin myös koettu tiedontarve on pienempi. Tämä antaa edelleen mahdollisuuden keskittyä

raportoinnissa vain muuttuneeseen tietoon. (Streeter 2010, 44–45; Streeter & Harrington 2017, 539.)

4.2 Raportoinnin menetelmät sekä potilasturvallisuus ja hoidon laatu raportoinnin näkökulmasta

Viestinnän osatekijöitä ovat viestin lähettäjä, viestintäkanava ja viestin vastaanottaja sekä itse viesti. Laadukas viesti ei yksin riitä laadukkaaseen viestintään – tarvitaan myös aktiivinen viestin lähettäjä, tehokkaita kanavia ja joustavia vastaanottajia. (Saranto & Ikonen 2008, 157.) Raportointi voi käytännössä tapahtua usealla tavalla: kirjallisesti, suullisesti (kahden hoitajan tai hoitajan ja ryhmän välillä), nauhoiteraporttina, vuoteenvierusraporttina tai tapoja yhdistellen (Sherman ym. 2013, 308). Maailmalla yleinen raportointimuoto ns. vuoteenvierusraportti on yhdistelmä suullista ja kirjallista raporttia. Käytännön näkökulmasta menetelmä vaatii yksityisyyden turvaamista (Saranto & Ikonen 2008, 159), mikä saattaa olla ongelmallista salassapitovelvollisuuden ja usean hengen potilashuoneiden yleisyyden vuoksi (Blondon ym. 2017, 1042). Suomessa perinteikäs tapa siirtää tietoa vuoronvaihdon yhteydessä on pitkään ollut suullinen raportti (Puumalainen ym. 2003, 4), joka useassa työyhteisössä toteutetaan yhä edelleen samalla tavalla kuin se on jo vuosikymmenten ajan toteutettu (Pelander & Kirjonen 2011, 22). Siinä havaitut heikkoudet ovat viime aikoina ohjanneet raportoinnin kehitystä yhä enemmän kohti hiljaisia raportointia (Puumalainen ym. 2003; Kähkönen 2010; Berg 2017). Hiljainen raportti hyödyntää teknologian kehityksen mukana tuomia mahdollisuuksia, jossa viestin lähettäjän ja vastaanottajan ei enää tarvitse olla samassa tilassa tai samaan aikaan samalla viestintäkanavalla (Saranto & Ikonen 2008, 158), vaan vuoroon tuleva hoitaja lukee itse hoitamiensa potilaiden tiedot sähköisestä potilaskertomuksesta (Laukkanen ym. 2012, 7). Meum ym. (2011, 1) toteavatkin elektronisten potilaskertomusten olevan terveydenhuollon informaationkulun avaintekijöitä.

Terveydenhuollossa toiminnalta vaaditaan turvallisuutta, laatua ja asianmukaista toteutusta (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Potilasturvallisuus on oleellinen osa hyvää hoitoa. Sitä toteuttamalla potilaan saama hoito, hoiva ja palvelu toteutetaan niin, että se edistää hänen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointiaan mahdollisimman vähäisellä haitalla (STM 2017, 12). Potilasturvallisuutta edistämällä voidaan paitsi vähentää inhimillistä kärsimystä, myös saavuttaa merkittäviä säästöjä (THL 2011, 10). Terveydenhuollossa potilasturvallisuutta parannetaan riskienhallinnalla. Ennakoinnilla luodaan

mahdollisuuksia estää toiminnan kannalta kielteisiä tapahtumia. Terveysthuollon ammattilaisen näkökulmasta potilasturvallisuus on erilaisten periaatteiden ja toimien noudattamista tarkoituksena suojata potilaita vahingoittumiselta. (STM 2017, 12, 14.)

Potilasturvallisuus luo pohjan terveydenhuollon laadulle. Myös hoidon vaikuttavuus, oikea-aikaisuus ja sujuvuus ovat laadun ulottuvuuksia. Laatu- ja potilasturvallisuustyössä käytettävät menetelmät ovat pitkälti samoja: ne perustuvat jäsentyneeseen tapaan tehdä työtä. Kunkin työntekijän asianmukainen osaaminen ja ammatillinen toimintakyky on tässä keskiössä (STM 2017, 15–17, 20–21). Hyvä hoito vaatii ammattitaitoista henkilöstöä, joka toteuttaa hoidon turvallisesti sujuvana prosessina (Kuntaliitto 2011, 8) hyviä hoitokäytänteitä – näyttöön perustuvia toimintoja ja vaikuttavia menetelmiä – soveltaen (Terveysthuoltolaki 1326/2010; Kuntaliitto 2011, 8).

Laadukkaan ja turvallisen hoidon mahdollistuminen vaativat hyvää tiedonkulkua (Helo-vuo ym. 2011, 72). Heikko kommunikaatio ja vaihtelevat raportointikäytänteet voivat aiheuttaa tiedonsiirtoon liittyviä ongelmia (Riesenberg ym. 2010, 24). Ewing (2015, 6) tuo hoitotyön raportoinnin parhaita käytänteitä koskevassa kirjallisuuskatsauksessaan esiin, että tiedonsiirto kaipaa tehokkaampaa viestintää. Raportointivirheet ovat merkittävä vaaratapahtumia aiheuttava tekijä (Matic ym. 2010, 184). Mikäli kliinisesti merkittävä tieto jää siirtymättä täsmällisesti ja oikea-aikaisesti, voi se johtaa haittatapahtumiin, hoidon tai diagnoosin viivästymiin, sopimattomaan hoitoon, hoidon laiminlyöntiin (Smeulers ym. 2014, 1), pidentyneihin hoitoaikoihin (Flemming & Hubner 2013, 583; Ewing 2015, 12) hoitoon palaamiseen, sekä kustannusten lisääntymiseen (Halm 2013, 158). Virheet viestinnässä lisäävät myös sairastavuutta (Riesenberg ym. 2010, 24) tai voivat johtaa jopa potilaan kuolemaan (Riesenberg ym. 2010, 24; Ewing 2015, 12).

Turvallisuusriskien vähentämisessä itse tiedonkulun kehittäminen on yksi keskeisimpiä keinoja (STM 2017, 15). Viime vuosikymmenien aikana onkin yleisesti tiedostettu tarve kehittää hoitotyön raportointia (Smeulers ym. 2014, 1). Mutta vaikka riittämättömän raportoinnin kielteiset vaikutukset tunnetaan jo varsin hyvin, on parhaimman raportointimenetelmän tunnistamiseksi tehty varsin vähän tutkimusta (Riesenberg ym. 2010, 24). Näyttöön perustuvaa tutkimustietoa parhaaksi todetun raporttitavan valitsemiseksi ei vielä ole riittävästi (Riesenberg ym. 2010, 32; Smeulers ym. 2014, 9). Ylivertaisen raportointimenetelmän löytämisen hankaluus liittyy osin siihen, että toimintaympäristöt, joissa raporttia pidetään vaihtelevat (Staggers & Jennings 2009, 393; Riesenberg ym. 2010, 32) – erilaiset tarpeet vaativat erilaisia menetelmiä.

4.3 Suullinen raportointi

Suullisessa raportissa joukko ihmisiä kokoontuu kuuntelemaan raporttia (Koivukoski & Palomäki 2009, 59). Sen keskeiseksi ongelmaksi on muodostunut aikaa vievyys. Suullinen raportti vie usein paljon aikaa varsinaisesta hoitotyöstä (Puumalainen ym. 2003, 4; Koivukoski & Palomäki 2009, 59.) Suullisen raportin on todettu olevan myös altis erilaisille häiriöille (Roivas & Karjalainen 2013, 148). Riskinä on myös suullisen raportin perustuvuus osin muistinvaraiseen tietoon (Laukkanen 2012, 13), mikä asettaa tiedon luotettavuuden kyseenalaiseksi. Myös raportoinnin epäjohtamukaisuus (Riesenberg ym. 2010, 28) ja rönsyily on koettu suullisen raportin heikkoutena (Roivas & Karjalainen 2013, 148).

Suullisen raportin tarvetta perustellaan joskus sillä, että kun hoitaja ei tunne potilasta, hän tarvitsee kattavan suullisen raportin. Tässä kohtaa olisikin mietittävä, tunnistetaanko se tieto, jota todella tarvitaan potilaan hoidossa. Toisaalta voidaan myös kysyä, tarvitseeko jokainen potilas todella tuntea. Suuresta potilasmäärästä saatu suullinen raportti kyseenalaistaa sen mitä raportin vastaanottaja muistaa tai miten hän jäsentää saamansa tiedon. (Koivukoski & Palomäki 2009, 60.)

Suullisen raportin kasvokkainkontaktiin on koettu liittyvän positiivisia näkökulmia kuten vuorovaikutusta vahvistavia myönteisiä puolia (Roivas & Karjalainen 2013, 148). Suullinen raportti antaa kuulijalleen mahdollisuuden lisäkysymyksiin (Johnson ym. 2015, 26) – mahdollisuus lisäkysymyksille puolestaan nostaa raportoinnin laatua (Streeter & Harrington 2017, 539). Suullisen raportin merkittävänä etuna on nähty myös kattavamman ja kontekstisidonnaisemman informaation saaminen (Jefferies ym. 2012, 135). Fleming & Hubner (2013, 589) havaitsivat kirjallisuuskatsauksessaan, että hyvässä raportissa saadaan sellaista subjektiivista ja holistista tietoa potilaasta, jota ei löydy potilasasiakirjoista. Tällainen suullisesti annettu tieto ei kuitenkaan tallennu minnekään. Etu on siinä suhteessa kyseenalainen: haasteena tulisivin olla parantaa kirjausta niin, että tämä hiljaiseksi jäävä tieto saadaan potilasasiakirjoihin (Jefferies ym. 2012, 136).

4.4 Hiljainen raportointi

Ammattialan kehittyminen ja oikeudelliset huolenaiheet ovat lisänneet hoitotyön suunnitelmia ja kirjallista hoitotyön dokumentointia (Meum ym. 2011,1). Laissa potilaan

asemasta ja oikeuksista (1992/785) säädetään ammattilaisen velvollisuudesta merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun ja toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi olennaiset tiedot. Kun hoitotyön kirjaus tehdään kunnolla perustellun sähköisiin potilasasiakirjoihin, sitä ei tarvitse erikseen kysellä. Perusteiden ollessa luettavissa tieto saa myös lisää luotettavuutta. (Mäkilä 2007, 39.) Voidaankin todeta, että mikäli kirjaaminen on kunnossa, hyvin toimiva tiimi ei tarvitse suullista raporttia (Salo 2005, 125; Mäkilä 2007, 39; Koivukoski & Palomäki 2009, 59). Työvuorojen välisessä tiedonsiirrossa ollaankin alettu käyttää yleistyvästi kirjaamisen välityksellä tapahtuvaa tiedonsiirtoa (Salo 2005, 125; Laukkanen 2012, 7), josta Suomessa on vakiintunut käyttöön nimitys hiljainen raportointi (Roivas & Karjalainen 2013, 149).

Suomessa ollaan viimeisen vuosikymmenen aikana tutkittu muutosta suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin useammassa eri terveydenhuollon yksikössä. Seuraavassa esimerkkejä toteutetuista projekteista ja tutkimuksista hiljaiseen raportoinnin käyttöönottoon liittyen.

Puumalaisen ym. (2003) kehittämissuorituksissa tavoiteltiin hiljaiseen raportointiin siirtymistä seitsemällä sisätautien vuodeosastolla Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä Meilahden sairaalassa. Projektissa selvitettiin hiljaisen raportin vaikutuksia sekä sen käyttöön vaikuttavia asioita (Puumalainen ym. 2003).

Laukkanen ym. (2012) puolestaan selvittivät projektityössään hiljaisen raportoinnin tilaa osastonhoitajien kokemana Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä 40 somaattihoidon osastolla. Raportissaan he tuovat esiin hiljaisen raportoinnin käytön koettuja vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia sekä sen käyttämättömyyttä Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Tulos rohkaisee hiljaisen raportin yhtenäiseen käyttöön sairaanhoitopiirissä. (Laukkanen ym. 2012.)

Laitila ym. (2016) ovat tutkineet hiljaiseen raportointiin siirtymisen edellytyksiä neljällä erikoissairaanhoidon vuodeosastolla neljän eri sairaanhoitopiirien alueella tavoitteenaan kehittää vuodeosastojen hoitotyötä ja potilaskohtaista raportointia. Tutkimuksella tuotettiin tietoa siitä, mitä hiljaiseen raportointiin siirtyminen edellyttää vuodeosastojen henkilökunnan mielestä. (Laitila ym. 2016).

Hiljaisen raportin implementointi ja käyttöönotto ovat olleet aiheena useammassa yamk-kehittämissuorituksissa viimeisen 10 vuoden aikana. Kähkönen (2010) toteutti raportointikäytäntöjen muutoksen kehittämissuorituksena tehostetun hoidon osastolla, ja tutki hoitajien kokemuksia muutoksesta nostaen esiin uuden toimintamallin koettuja hyviä ja huonoja

elementtejä. Sinkkonen (2011) on kohdentanut toimintatutkimuksensa vuoronvaihtoraportoinnin kehittämiseen, ja loi laaditun selvityksen kautta mallin työvuorojen väliseen raportointiin. Aaltosen (2015) kehittämissuorituksissa kehitettiin raporttikäytänteet hiljaiseksi raportoinniksi sisätautiosastolla. Projektin tutkimuksellisessa osassa todennettiin hiljaisen raportin aikaa säästävää vaikutusta. Esiin nostettiin myös hiljaisen raportoinnin käyttöön ja sen koettuihin vaikutuksiin liittyviä tuloksia. Jormanainen (2015) on selvittänyt tutkimuksellisessa kehittämistehtävässään hiljaisen raportoinnin käytön systemaattisuutta, sen etuja ja ongelmia sekä käyttöönottoon liittyviä haasteita, sekä laati toimintamallin hiljaisen raportoinnin käyttöönoton edistämiseksi kohdeorganisaatiossaan. Harjula (2016) puolestaan selvitti yamk-opinnäytetyössään hiljaisen raportoinnin edellytyksiä ja laati suunnitelman hiljaisen raportin käyttöön sisätautiosastolla. Berg (2017) implementoi kehittämissuorituksissaan hiljaisen raportin terveyskeskussairaalaan suullisessa raportoinnissa ilmenneiden ongelmien siivittämänä. Kirjaamisen kehittäminen ja hiljaisen raportin mallintaminen olivat projektin keskiössä. Projektissa havainnoidtiin hiljaisen raportin hyötyjä, haittoja, kirjaamisen kehitystä ja hiljaisen raportin tuomia vaikutuksia.

4.4.1 Hiljaisen raportoinnin edut

Hiljainen raportista saatujen kokemusten mukaan hiljainen raportti parantaa kirjaamista. Tästä ovat antaneet viitteitä mm. Puumalainen ym. (2003, 7), Kähkönen (2010, 36), Meum ym. (2011, 1), Laukkanen (2012, 14), Aaltonen (2015, 36), Harjula (2016, 38) ja Berg (2017, 37). Harjula (2016, 46) painottaa, että hyvällä kirjaamisella on edelleen potilasturvallisuutta tukeva vaikutus. Kähkönen (2010, 50) raportoi hiljaisen raportin positiivisista vaikutuksista tiedonsiirtoon. Hiljaisen raportin etuna on koettu myös sen suullista raporttia parempi vastaavuus yksilöllisiin tiedontarpeisiin (Meum ym. 2011, 3; Laukkanen 2012, 14; Aaltonen 2015, 36). Hoitosuunnitelmiin ja potilasasiakirjoihin tutustumisen lisääntymistä on niin ikään pidetty hiljaisen raportoinnin tuomana etuna (Puumalainen ym. 2003, 7): hiljaisen raportointi velvoittaa lukijaansa todella perehtymään raporttiin (Puumalainen ym. 2003, 7; Roivas & Karjalainen 2013, 148). Itse lukemalla raportin tietojen on lisäksi koettu jäävän paremmin mieleen (Kähkönen 2010, 50).

Laukkanen ym. (2012, 25) tuovat esiin hiljaisen raportin vähentävän ennakkoluuloja, tulkintoja ja asenteita. Hiljainen raportti mahdollistaa raportinlukijan oman käsityksen muodostamisen potilaasta. Se suodattaa tulkinnat, asenteet ja ennakkoluulot, jotka

mahdollisesti syntyisivät hoitajan saadessa vastaavan raportin suullisesti toiselta hoitajalta (Laukkanen 2012, 25). Näin ollen kirjallisesti saadun informaation voidaan katsoa olevan luotettavampaa.

Hiljaisen raportoinnin positiivisena vaikutuksena on koettu myös sen aikaa säästävyys (Riesenberg ym. 2010, 30; Meum ym. 2011, 1; Laukkanen ym. 2012, 14; Roivas & Karjalainen 2013, 148; Jormanainen 2015, 44). Potilaille on todettu jäävän enemmän aikaa. Myös ylitöiden on todettu vähentyneen hiljaisen raportin käyttöön oton myötä. (Kähkönen 2010, 50; Laukkanen ym. 2012, 14; Aaltonen 2015, 35.) Hiljaisen raportin on niin ikään osoitettu parantavan työn sujuvuutta sekä vähentävän kiireen tuntua (Puumalainen ym. 2003, 7; Aaltonen 2015, 36). Menetelmän etuna on nähty sen luoma mahdollisuus työaikojen kohdentamisen kiirehuippuihin tai esimerkiksi toiminnan rakentamisen ajallisesti aivan uudella tavalla (Laukkanen ym., 2012, 27). Hiljainen raportointi on myös nähty mahdollisuutena paremman ergonomisen työajan käytölle (Kähkönen 2010, 50; Aaltonen 2015, 39), sekä päällekkäisten työvuorojen kohdalla keinona paremmalle työvoiman hyödyntämiselle (Aaltonen 2015, 39). Työn haasteellisuuden ja mielekkyyden lisääntyminen ovat niin ikään hiljaisen raportin koettuja etuja (Puumalainen ym. 2003, 7).

4.4.2 Hiljaisen raportin edellytykset ja haasteet

Hiljaista raporttia koskeva tutkimustieto tuo esiin, että raportointimenetelmään liittyy paitsi merkittäviä etuja, myös haasteita. Jotkin haasteet ovat suoranaisesti estäneet hiljaisen raportin käyttöönoton (Laukkanen ym. 2012, 23).

Hiljaisen raportin keskeisimpänä edellytyksessä on usein otettu esiin potilasasiakirjoihin tehtävä kirjaaminen ja sen hyvä laatu (Meum ym. 2011, 1; Laukkanen ym. 2012, 15; Roivas & Karjalainen 2013, 148; Aaltonen 2015, 36; Laitila ym. 2016, 35). Kuten Wang ym. (2011, 14) toteavat, laadukas hoitotyön kirjaaminen tuottaa parempaa hoitoa mahdollistamalla hoitajien välisen tehokkaan kommunikaation. Hyvän dokumentoinnin ja tiedonkulun välinen jatkumo on laadukkaan ja hyvän hoidon avaintekijä (THL 2011, 26). Näyttö hiljaisen raportin ja kirjausten laadun välisestä suhteesta on kiistaton. Eri näkökulmista voidaan arvioida toisen vaikuttavan toiseen. (Meum ym. 2011, 1.)

Hiljaisen raportoinnin edellytysten näkökulmasta kirjatun tiedon ajantasaisuus on oleellista. Potilaan hoitosuunnitelman on vastattava potilaan senhetkistä tilaa. (Sonninen & Ikonen 2008, 77.) Harjulan (2016, 61) mukaan päivitetty hoitosuunnitelma on hiljaisen

raportoinnin tärkein edellytys. Myös kirjausten oikea tietomäärä on tärkeää. Welsh ym. (2010, 149) ovat tutkineet raporttia rajoittavia ja helpottavia tekijöitä ja havainneet, että kirjallisella raportilla hoitajista pääosa koki saaneensa liian vähän tietoa. Toisaalta olennaisen tiedon löytämistä potilastietojärjestelmän valtavasta tietomäärästä on pidetty hiljaisen raportin uhkana (Laukkanen 2012, 15). Stevensonin ja Nilssonin (2012, 671) tutkimuksessa on puolestaan tullut ilmi, että potilaista ei saa kunnon yleiskuvaa potilasasiakirjojen perusteella, minkä vuoksi siirryttiin takaisin kirjallisesta raportoinnista suulliseen raporttiin.

Vuoronvaihdossa sekä vuoron jättävän että vuoroon tulevan hoitajan tulee hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi rakentaa yhteinen perusta hoidon jatkolle. Tällainen tietoperusta voi rakentua sähköiseen potilastietojärjestelmään, mutta sen käyttö voi olla myös este yhteisen ymmärryksen syntymiselle. (Flemming & Hybner 2013, 588–589.) Kehityshaasteita tässä suhteessa liittyy muun muassa käytettävyyden, yhtenäisyyden ja tarpeeseen vastaavuuden suhteen (Nykänen ym. 2010, 65). Stevenson & Nilsson (2012, 673) ovat kiinnittäneet huomiota etenkin tiedon löydettävyyteen potilasturvallisuustekijänä. Potilastietojärjestelmien heikkoutena on pitkään ollut se, että ne keskittyvät kirjaamiseen ja arkistointiin ammattilaisten välisen vuorovaikutuksen tukemisen asemesta. (Nykänen & Junttila 2012, 22.) Fleming & Hubner (2013, 586) ottavat esiin, että potilasasiakirjat eivät aina tue riittävästi raportointia osin potilasasiakirjojen rakenteisen luonteen vuoksi; yhteenvedon tekeminen näistä on koettu ongelmalliseksi. Laukkanen ym. (2012, 27) ovat niin ikään todenneet tiedon lokeroisuuden uhkana hiljaisen raportin käytölle. Kirjallisessa raportissa lukijalta vaaditaan taitoa syntetisoida ammattitaitoaan käyttäen ymmärrys potilaan senhetkisestä tilasta ja hoidon tarpeesta (Jefferies ym. 2012, 135).

Vaikka kirjausten rakenteisuus on siis osaltaan tuottanut ongelmaa hiljaisen raportin näkökulmasta vaatien kyvykkyyttä syntetisoida tietoa lokeroisestakin tietolähteestä, itse raportin rakenteisuuden on puolestaan todettu tukevan hiljaista raportointia. Welsh ym. (2010, 152) toteavat raportin rakenteisuuden vähentävän laiminlyöntejä, raportin kestoja ja epäorganisoitua raportointia. Ewing (2015, 12) toteaa standardoidun raportin käytöllä voitavan vähentää esimerkiksi lääkitys- ja hoitovirheitä. Kansainvälisesti potilasasiakirjojen tiedon lokeroisuuden aiheuttamiin ongelmiin ja tiedon syntetisointitarpeisiin ollaankin vastattu erilaisin raportointiohjelmin, jotka syntetisoivat tiedon valmiiksi. Esim. Fleming & Hubner (2013, 581) ottavat esiin integroitavien elektronisten raporttityökalujen avulla ratkaistavan raportointiin liittyviä ongelmia. Tiedon syntetisointi on myös Suomessa havaittu keskeiseksi hiljaisen raportin näkökulmasta. Nykänen ym. (2010, 28)

toteavat kirjaamismallin mukaisen kirjauksen mahdollistavan kirjaamiseen perustuvan raportoinnin. Liljamo ym. (2012, 14) tuovat esiin otsikoinnin edistävän tiedonsiirtoa potilasta hoitavien henkilöiden välillä. Kyse on niin ikään yhteisesti sovitusta tiedon rakenteesta ja sisällöstä – standardoinnista.

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään tavasta jakaa ja käyttää potilaan hoitoon liittyviä tietoja. Tiedonkulun kannalta yhdenmukaisuus tietojen siirrossa nähdään potilasturvallisuuden avaintekijänä (STM 2017, 16). Raporttien standardoinnilla on osoitettu voitavan yhtenäistää ja helpottaa tiedonkulkua. Standardoinnin ansiosta henkilöstö tietää mitä tietoja tiedon vastaanottaja tarvitsee (Matic ym. 2010, 187), ja tämä osaltaan ohjaa siis itse tiedon dokumentointia. Kehitettäessä hiljaista raportointia keskeistä on yhteiseen ohjeistukseen pohjaava toiminta. Ohjeella voidaan osoittaa mitä tulee raportoida, miten tieto tulee esittää ja millaista osaamista tiedon välittäminen edellyttää. Se vaikuttaa myönteisesti hoitoprosesseihin ja -tuloksiin niin taloudellisesta kuin potilaankin näkökulmasta. (Matic ym. 2010, 187; Halm 2013, 160–161.) Ns. optimaalisen raportoinnin määrittelyllä varmistetaan potilasturvallisuus vuoronvaihdon yhteydessä (Staggers & Jennings 2009, 397). Oleellista on huomioida, että raportointiin ei voida antaa yleisluonteista ohjeistusta, vaan sen rakenne, sisältö ja tapa toteuttaa sitä on määriteltävä toimipaikka-kohtaisesti (Bruton ym. 2016, 386). Ohjeistuksen lisäksi koulutus perehdyttämiseen on todettu olevan tärkeää hiljaisen raportoinnin implementoinnissa (Laitila ym. 2016, 35). Koulutuksessa on huomioitava myös sijaiset, opiskelijat ja uudet työntekijät, jotka tulee perehdyttää keskeisen tiedon etsimiseen tietojärjestelmistä (Laukkanen ym. 2012, 26).

Hiljaisen raportin on tietyissä tilanteissa koettu vaativan lisää aikaa (Laitila ym. 2016, 35–36). Jormanainen (2015, 44) kertoo, että osassa yksiköitä lomalta tai pitkältä vapaalta palaaville on annettu mahdollisuus työajan pidennykseen, jotta he saavat riittävästi raportinluku-aikaa. Ajallisesti myös kirjaamiseen kuluvan ajan lisääntyminen on koettu haasteena (Puumalainen ym. 2003, 7; Aaltonen 2015, 39; Berg 2017, 35). Laitilan ym. (2016, 35–36) tutkimuksen mukaan hiljaisen raportoinnin koettiin lisäävän henkilöstötarvetta, jotta potilasmäärä hoitajaa kohden olisi hallittavampi. Myös henkilökuntarakenteen on katsottu olevan este hiljaiseen raporttiin siirtymiselle. Osan perushoitajien toimien muuttaminen sairaanhoitajan toimiksi katsottiin tarpeelliseksi. Toiminnan muutoksen kannalta edellytyksinä nähtiin esimerkiksi työkäytäntöjen muutostarve kohti työparityökentelyä tai yksilövastuista hoitotyötä. (Laitila ym. 2016, 36.) Riesenbergen ym. (2010, 29) kiinnittävät huomiota raportointiin liittyvään koulutukseen. Raportointiin liittyvää koulutusta järjestetään vähän suhteessa siihen, että raportointia toteutetaan jokaisesta

potilaasta useasti päivässä sekä siihen liittyvään valtavaan vastuuseen nähden. Koulutuksen tulisikin olla oleellinen osa hiljaisen raportin käyttöönottoa (Riesenberg ym. 2010, 24, 29; Meum ym. 2011, 4). Huomio tulisi kiinnittää etenkin hoitajien kirjaamisvalmiuksiin ja tietoteknisten taitojen hallintaan (Harjula 2016, 22).

Työympäristön ja välineiden kannalta keskeisempiä edellytyksiä hiljaiselle raportille on todettu olevan riittävän rauhalliset työtilat (Aaltonen 2015, 37; Laitila ym. 2016, 36) ja tietokoneiden riittävä määrä (Laukkanen ym. 2012, 16; Aaltonen 2015, 37; Laitila ym. 2016, 36).

Hiljaisen raportin käyttöönoton myötä suulliseen raporttiin usein liittyneen keskustelun poisjääminen on koettu hiljaisen raportin haitaksi (Laukkanen ym. 2012, 15; Aaltonen 2015, 36). Samoin vertaistuen, pohdinnan, (Laukkanen ym. 2012, 15), kollegan konsultoinnin ja työnohjauksen mahdollisuuksien on nähty katovan. Hiljaista raportointia käytettäessä tilalle on kaivattu korvaavia foorumeita. (Laitila ym. 2016, 36.) Samoin ns. hiljaisen tiedon siirtymisen kanavan poistuminen (Laukkanen 2012, 15) ja opiskelijoiden oppimisen mahdollinen heikkeneminen on koettu hiljaisen raportoinnin heikkoutena (Puumalainen ym. 2003, 8; Laukkanen 2012, 15). Hiljaisen raportoinnin edellytyksenä nähdään siis myös näiden vuorovaikutuksellisten toimintojen uudelleenkanavoitumistarve, mikä vaatiikin työyksikössä sisäistä pohdintaa siitä, miten se toteutetaan hiljaisen raportoinnin käyttöönoton jälkeen.

Potilasturvallisuuden näkökulmasta hiljaisen raportin kohdalla tulee huomioida myös vastuun ja tiedon siirtymisen varmistaminen. Vastuunsiirron selkeyttämiseksi lähtevien ja saapuvien hoitajien tulisi myös hiljaisella raportilla kohdata toisensa. Samalla mahdollistuu tietojen täydennys suullisesti kysymällä. (Welsh ym. 2010, 153.) Hiljainen raportointi ei tarkoita puhumisen loppumista – asioista voi ja pitää edelleen keskustella (Jormanainen 2015, 55).

Muutosvastarinnan ja asenteiden on todettu luovan suuria haasteita hiljaiseen raporttiin liittyen (Jormanainen 2015, 55). Muutosvalmius onkin niin ikään hiljaiseen raporttiin siirtymisen merkittävä edellytys (Laitila ym. 2016, 35). Tämä koskee paitsi hoitohenkilöstöä, myös johtoa. Riesenberg ym. (2010, 24, 29) nostavat esiin esimiehen tuen merkityksen raportointikäytänteitä kehitettäessä. Esimiehen motivoituminen on tässä lähtökohtana. Esimiehen tulee olla vakuuttunut hiljaisen raportin merkityksestä ja sen tuomista eduista. (Laitila ym. 2016, 35.) Henkilöstö tarvitsee tukea ja tietoa muutoksesta. Hiljaisen raportin kohdalla etenkin tutkittu tieto raportointimenetelmistä (Puumalainen ym. 2003, 8) ja tieto

hiljaisen raportin hyödyistä on todettu oleelliseksi (Laukkanen ym. 2012, 27). Muutosviestintä vaikuttaa henkilöstön asenteisiin ja voimistaa hallinnan tunnetta ja tietoa tulevasta (Taskinen 2017, 161–162). Myös muiden pitkään hiljaista raporttia käyttäneiden kokemustiedon hyödyntämisellä arvellaan voitavan vaikuttaa asenteisiin (Laukkanen ym. 2012, 27). Henkilöstöä on myös kuunneltava (Laitila ym. 2016, 35). Hoitajien mielteiden kysyminen – osallistaminen – muutostilanteissa on niin ikään koettu merkittäväksi sitouttamisen kannalta (Pelander & Kirjonen 2011, 29–30; Stevenson & Nilsson 2012, 672). Näin hoitajat saavat ottaa itse vastuuta yksikkönsä hiljaisen raportin kehittämisessä (Pelander & Kirjonen 2011, 30).

5 MUUTOS JA SEN JOHTAMINEN

Terveydenhuollon organisaatioissa muutos tähtää potilaan tai asiakkaan hyvään hoitoon ja palveluun. Organisaation muutosvalmius ja kyky elää muutoksessa ohjaa sen menestystä tehtävässään. (Laaksonen ym. 2012, 80.) Jatkuva työelämän muutos moninaistaa johtajan roolia luoden johtamisosaamiseen yhä useampia kehityskohtia (Ora ym. 2018).

Muutos määritellään uudeksi tavaksi työskennellä tai organisoida toimintaa. Muutoksen eteneminen voidaan nähdä vaiheina. Ensimmäinen vaihe on päätös muutoksesta. Sitä seuraavat merkityksen selviäminen, vanhasta pois oppiminen, uuden toimintatavan ja identiteetin syntyminen sekä lopulta sitoutuminen muutokseen (Ponteva 2012, 15, 18). Muutosjohtamisen näkökulmasta nämä vaiheet ovat tärkeitä tunnistaa – muutosjohtamisen taidoilla voidaan vastata muutoksen tuomiin haasteisiin sen eri vaiheissa (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 30).

5.1 Muutosvastarinta

Muutosvastarinta on muutokseen tai sen suunnitteluun kohdistuvaa kritiikkiä ja vastustusta (Ponteva 2012, 20), joka todentuu muun muassa passiivisuutena, negatiivisina mielipiteinä, pessimisminä ja kriittisyytenä. Sen taustalla on usein pelko tuttujen ja turvallisten rutiinien särkymisestä ja ymmärtämättömyys muutosta kohtaan. (Kukkola 2018, 120.)

Tavoiteltaessa muutosta työntekijöiden motivaatiossa, käyttäytymisessä ja toimintatapojen muutoksessa vaaditaan johdonmukaista johtamista (Pirinen 2014, 14). Keskeistä on perustelu, tiedon jakaminen ja keskustelu (Pakkanen 2011, 60), sekä riittävien resursien tarjoaminen. Ensiarvoisen tärkeää on myös osallistaminen (Kukkola 2018, 121). Osallisuus vähentää muutosvastarintaa (Laaksonen ym. 2012, 89), edesauttaa muutoksen jalkautumista, sekä tukee itse muutosta osallistujan vastuunkannon välityksellä (Puumalainen ym. 2003, 8). Oleellista on, että muutoksen hallitsemisen pitäisi mennä sen vastustamisen edelle (Pakkanen 2011, 86).

Muutosvastarinta ei ole pelkästään kielteinen asia (Kukkola 2018, 120). Se viestii osaltaan henkilöstön sitoutuneisuudesta. Toisin kun muutosvastarintainen, sitoutumaton henkilö ei edes vaivaudu reagoimaan muutokseen (Aarnikoivu 2008, 166). Pakkanen

(2011, 68) toteaa, että muutosvastarinta vie ajatusprosessia eteenpäin tuoden mukanaan myös riskien pohdintaa. Muutosvastarinta saa siis miettimään muutoksen mielekkyyttä ja vaihtoehtoisia ratkaisuja (Aarnikoivu 2008, 166; Sarajärvi ym. 2011, 105), mikä voidaan nähdä hyötynä itse muutosprosessissa (Aarnikoivu 2008, 166). Rakentava, avoin ja kunnioittava kriittisyys vahvistaa osaltaan myös uskoa muutokseen (Sarajärvi ym. 2011, 105).

5.2 Muutoksen johtaminen ja hallinta

Hyvin suunniteltu, kurinalaisesti toteutettu ja laadukkaasti ohjattu toiminta ovat onnistuneen muutoksen avaintekijät (Hyppänen 2007, 231). Muutoksen johtajan tehtävä on määritellä muutos: tehdä muutos näkyväksi, luoda sille toimintaedellytykset ja hallita sitä omalla työllään (Ora ym. 2018). Muutos vaatii johtajalta oikeanlaista osaamista, tarkkaa suunnitelmaa, selkeitä sääntöjä ja hallintomallia, hyvää johtamista ja vahvaa viestintää (Pirinen 2014, 229) sekä kyvykkyyttä johtaa vision suuntaisesti. Oleellisinta on taito johtaa muutosta – muutosjohtamisen taito (Ora ym. 2018).

Uuden osaamisen ja uusien toimintamallien tuotto ei välttämättä johda muutokseen käytännön toiminnassa. Vaaditaan myös yhteisöllistä oppimista ja toiminnan perustelujen uudelleenrakentamista. Oleellista on huomioida työyhteisön jäsenten voivan yksilöinä olla muutosprosessin eri vaiheissa (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 30), sekä myös se, että henkilöstö ja johto ovat muutuskäyrän eri vaiheissa (Hyppänen 2007, 230). Vuorovaikutus toimii yhteisön oppimisen keskeisenä välineenä. Tarvitaan myös tavoitteellista, innostavaa ja sallivaa ilmapiiriä. Muutoksen ydin on muutos organisaation ja työyhteisön toimintakulttuurissa. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 43.)

Muutoksen johtamisessa on pitkälti kyse keskustelun ja muutoksen merkityksen johtamisesta. Tämä edellyttää muutoksen johtajalta hyviä vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoja. (Taskinen 2017, 162.) Muutoksen välttämättömyyden esiintuonti on tärkeää (Hyppänen 2007, 227). Perustelu, miksi muutosta tarvitaan, mihin sillä pyritään ja miten tavoite saavutetaan (Kukkola 2018, 108), tuo muutoksen syyn, tavoitteet ja vaikutukset esiin. Huomioitavaa on myös, että tavoitteet (Pirinen 2014, 1, 17) ja muutoksen tuoma konkreettinen hyöty (Hyppänen 2007, 227) tulee purkaa henkilöstön näkökulmasta. Näin työntekijä ymmärtää mitä muutos hänen kohdallaan tarkoittaa (Pirinen 2014, 17). Muutoksen perustelu edesauttaa näin hallinnan tunteen syntymistä muutosta kohtaan (Kukkola 2018, 108).

Muutosviestinnän on oltava määrällisesti riittävää ja jatkuvaa (Taskinen 2017, 161) sekä läpi projektin yltävää. Siltä vaaditaan suunnitelmallisuutta, säännöllisyyttä, ja toistoa sekä toteutusta eri kanavin. (Hyppänen 2007, 227.) Laadullisina vaatimuksina on realiteetti, selkeys, rehellisyys, avoimuus sekä luotettavuus (Taskinen 2017, 161). Myös sen oikea- ja (Kukkola 2018, 237) yhtäaikaisuus on tärkeää (Pakkanen 2011, 86). Muutosviestintä lievittää muutokseen liittyviä pelkoja – se auttaa henkilöstöä ymmärtämään muutoksen tarvetta ja tavoitetta (Kukkola 2018, 123). Onnistunut viestintä vähentää epävarmuutta, lisää turvallisuudentunnetta ja luottamusta, edistää myönteisiä asenteita sekä muutokseen liittyvää oikeudenmukaisuuden tunnetta, (Taskinen 2017, 161) sekä saa huhut hallintaan (Ponteva 2010, 23). Viestintä antaa henkilöstölle mahdollisuuden ennakoita ja suunnitella tulevaa, sekä lisää tilanteen hallinnan mahdollisuuksia. (Taskinen 2017, 161). Muutosviestinnän onnistumisen merkkejä ovat henkilöstön sitoutuminen, motivoituminen, yhteisen päämäärän eteen työskentely sekä luottamuksen syntyminen (Kukkola 2018,124).

Viestinnän vaatimuksena on myös kaksisuuntaisuus – viestintä ei saa olla pelkkää tiedottamista (Ponteva 2012, 16). Vuorovaikutuksen kaksisuuntaisuus antaa henkilöstölle mahdollisuuden paitsi huoliensa ilmaisuun myös mahdollisuuden täydentää tietojaan kysymällä. Näin syntyy myös osallistumisen kokemus – kokemus siitä, että saa vaikuttaa asioihin. (Taskinen 2017, 161.) Muutosviestinnän kaksisuuntaisuutta voidaan käyttää myös henkilöstön asiantuntijuuden hyödyntämiseksi muutoksessa (Kukkola 2018,123).

Henkilöstön osallistaminen on ratkaisevaa muutoksen onnistumisen näkökulmasta (Hyppänen 2007, 227; Taskinen 2017, 160). Osallistaminen vaikuttaa henkilöstön asenteisiin ja voimistaa hallinnan tunnetta ja tietoa tulevasta (Taskinen 2017, 162). Se luo kuvan vaikutusmahdollisuuksista ja sitouttaa henkilöstöä muutokseen (Hyppänen 2007, 227; Harjula 2016, 22–23; Taskinen 2017, 160). Mahdollisuus vaikuttaa myös motivoi ihmistä (Pirinen 2014, 19). Osallistamisen tulisi ajoittua jo muutoksen suunnitteluvaiheeseen (Pirinen 2014, 18; Kukkola 2018, 111). Se tarjoaa myös johtajalle mahdollisuuden hyödyntää henkilöstön kokemuksia (Pirinen 2014,19), osaamista ja asiantuntemusta muutoksen suunnittelussa ja toteutuksessa (Taskinen 2017, 161-162). Siitä hyötyvät kaikki. Osallistava johtamistyyli on kannustava, mutta kantaa itse johtajan vastuun kehittämistoiminnasta (Holopainen ym. 2013, 56).

Onnistuneilla esimerkeillä voidaan vauhdittaa muutoksen läpivientiä. Pilottien myöhemmin jakama kokemus muutoksesta havainnollistaa muille mistä muutoksessa on kyse synnyttäen vertaiskeskustelua ja parhaimmillaan uuden toimintamallin soveltamisen

laajenemista. Onnistunut esimerkki kannattaa viestiä organisaatiossa tehokkaasti. Näin tuetaan koko muutosta. (Valpola 2004, 45.) Muutosjohtamiselta vaaditaan myös tukena ja kannustajana toimijuutta (Laaksonen ym. 2012, 86). Palautteen antaminen on muutoksen onnistumisen kannalta välttämätöntä. Hyvä palaute kohdentuu kehittymiseen ja oppimiseen, on inspiroivaa, ohjaavaa ja tukevaa. (Kukkola 2018, 42.) Pienetkin edistysaskeleet on syytä nostaa esiin (Hyppänen 2007, 227).

Muutos vaatii resursseja (Pirinen 2014, 19). Muutosjohtamisen tärkeä tehtävä on edellytysten luonti muutokselle (Laaksonen ym. 2012, 86) muutoksen mahdollistavien prosessien ja rakenteiden osalta (Holopainen ym. 2013, 84). Muutoksen vaatimat tarpeet saadaan esiin suunnitelmallisella ja aktiivisella viestinnällä ja vuorovaikutuksella henkilöstön kanssa (Laaksonen ym. 2012, 86). Tavoiteasettelun tulee kulkea rinnan olemassa olevien resurssien kanssa muutoksen eri vaiheissa. Realistisuus on tässä tärkeää. (Pirinen 2014, 19.)

Muutos vaatii johtajalta kykyä varautua kaikkeen – sekä toisaalta ei mihinkään. Kun muutos koskee ihmisiä, voivat muutoksen aiheuttamat tilanteet olla hyvinkin yllättäviä, inhimillisiä. Todennäköistä myös on, että muutos tuo mukanaan jotain, mihin ei voitu mitenkään varautua ennalta. Oleellista on kuitenkin tarttua etenkin asioihin, joihin voidaan vaikuttaa. (Ponteva 2010, 53, 67.)

6 KEHITTÄMISPROJEKTI PROSESSINA

Kehittämiprojekti voidaan nähdä vaiheittaisena prosessina, jossa eri toiminnot ketjuuntuvat ja muodostavat strukturoidun tavoitteellisen toimintakokonaisuuden asetetun tavoitteen saavuttamiseksi (Toikko & Rantanen 2009, 58). Työn edetessä suoritettulla palautteen ja reflektion pohjalta tehdyllä jatkuvalla arviolla voidaan prosessia ohjata kohti asetettua tavoitetta (Seppänen-Järvelä 2004, 19). Kuhunkin prosessin vaiheeseen kuuluu tyypillisiä tehtäviä, joilla kerätään informaatiota päätöksenteon tueksi. Samalla luodaan perusta seuraavaan vaiheeseen siirtymiselle. (Toikko & Rantanen 2009, 58.) Toimivan projektin takana on toimiva ja asiantunteva projektiorganisaatio, jossa vastuut ja valtuudet olivat selkeästi jaettu (Ruuska 2006, 25) tehokkaan toiminnan takaamiseksi.

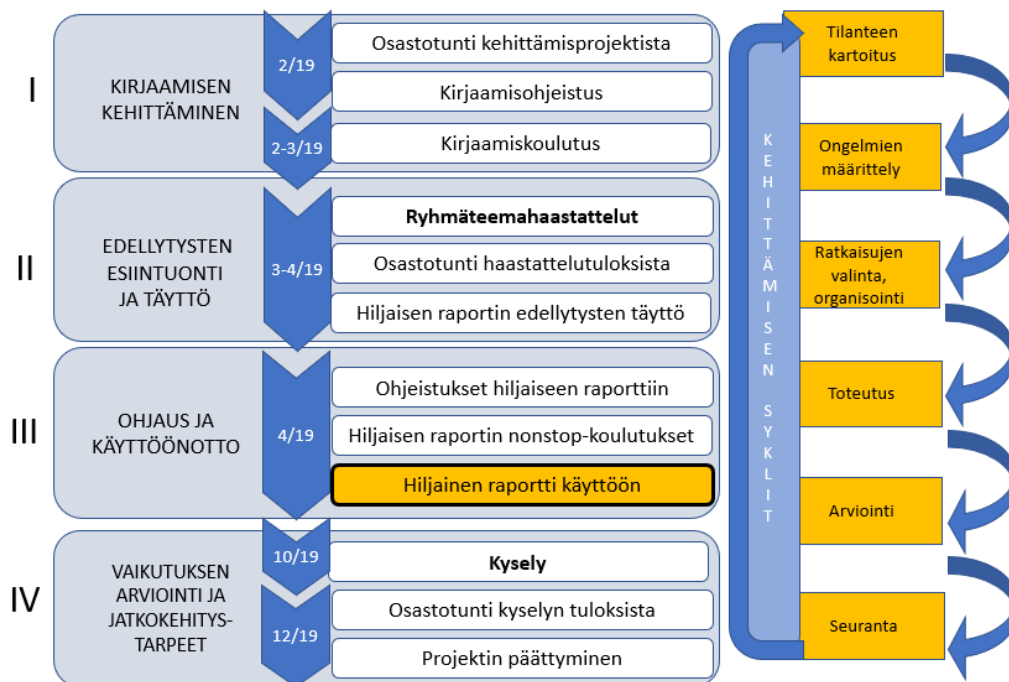
6.1 Kehittämisprosessin eteneminen

Kehittämistoiminta eteni nykykäytännön kehittämistarpeen tunnistamisesta ideointiin, suunnitteluun, toteutukseen ja tuotokseen sekä arvioinnin kautta päätösvaiheeseen. Käytännössä vaiheet limittyvät keskenään. (vrt. Salonen ym. 2017, 52.) Projektin etenemisen voidaan katsoa noudattaneen osin spiraalimallia. Kehittämistoiminta eteni prosessina, jossa eri tehtävät, organisointi, toteutus ja arviointi muodostavat kehiiän (vrt. Salonen 2013, 15). Saatuja tuloksia uudelleenarvioitiin ja kehitettiin edelleen. Kehittämisen tuloksena syntynyt tulos tai ratkaisu ei spiraalimallin mukaisesti ollut ehdottomaan totuuteen pyrkivä, vaan kehittämisessä pyrittiin jatkuvaan kehittämiseen vuorovaikutuksellisuuden ja reflektiivisyyden kautta (vrt. Toikko & Rantanen 2009, 66–67). Ihminen nähtiin oppivana ja luovana toimijana, jonka hiljainen osaaminen on hyödynnettävissä. Työskentelyssä korostui yhteisöllisyys, asiantuntijuuden hyödynnyks sekä työskentelyn moniulotteisuus. (vrt. Salonen 2013, 14.)

Kehittämiprojekti alkoi ideoinnilla ja sitä välittömästi seuranneella taustatyöllä (12/2018–1/2019), jossa tutustuttiin aihetta koskevaan kirjallisuuteen ja tehtiin tutkimuksiin, sekä laadittiin työlle teoreettinen viitekehys. Tieto auttoi ymmärtämään muutosta sekä suuntaamaan kehittämistoimintaa tarkoituksenmukaisesti (vrt. Sarajärvi ym. 2011, 101). Sen pohjalta luotiin raamit projektin rakenteelle ja suuntaviivat sen etenemiselle, sekä saatiin samalla sisällöllisiä rakennusaineita kehittämismenetelmille sekä tuotoksille. Kehittämiprojektista laadittiin suunnitelma, joka hyväksyttiin ohjausryhmällä,

kohdeorganisaation johtavalla hoitajalla sekä Salon terveystalouden johtajalla, vastavalla lääkärillä 2/2019.

Projektissa on aina selkeä alku ja loppu. Laajojen aiheiden pilkkominen ja osatavoitteiden asettaminen helpottivat kokonaisuuden hallintaa ja estivät tavoitteen karkaamisen etäiseksi. Välitavoitteet tukivat myös työskentelyn intensiteettiä ja paransivat työskentelymotivaatiota. (vrt. Ruuska 2012, 52–53.) Kehittämisen prosessi (Kuvio 1) eteni kokonaisuudessaan nelivaiheisesti. Ensimmäisessä vaiheessa (2-3/2019) **kehitettiin hoitotyön kirjaamista**: luotiin osastolle kirjaamisohjeistus ja järjestettiin kirjaamiskoulutusta. Kirjaamisen kehittämien pyrittiin pitämään aktiivisena prosessina läpi projektin jatkuvan reflektoinnin kautta. Projektin toisessa vaiheessa (3-4/2019) suoritettiin ryhmäteemahaastattelut, joiden pohjalta tuotiin **esiin hiljaisen raportin koettuja edellytyksiä**, siihen liittyviä odotuksia, sekä laadittiin ohjeistus hiljaiseen raporttiin. Tähän vaiheeseen sisältyi myös esiin tuotujen hiljaisen raportin edellytysten täyttö. Kehittämisen prosessin kolmannessa vaiheessa (4/2019) **siirryttiin hiljaisen raportoinnin käyttöön nonstop-koulutusten** kautta. Neljäs vaihe (10-12/2019 alkaen) käsitti hiljaisen raportin **kokemusten ja koettujen vaikutusten** sekä **tulevien kehitystarpeiden esiin nostamisen ja esiintuonin**. Neljäs vaihe päätti projektin, jonka tuotos jäi kuitenkin elämään sekä kehittämään edelleen ohjatun kehittämistoiminnan myötä.



Kuvio 1. Kehittämisen prosessin eteneminen vaiheittain.

6.2 Projektiorganisaatio

Projekti vaatii toimiakseen selkeän organisaation selkeine vastuineen ja rooleineen (Silfverberg 2005, 50). Tämän kehittämisprojektin **projektiorganisaation** muodostivat *Salon terveyskeskussairaala, projektipäällikkö, ohjausryhmä ja projektiryhmä*.

Projektipäällikkönä projektissa toimi Turun ammattikorkeakoulun kliinisen asiantuntijuuden YAMK-opiskelija, jonka vastuulla oli projektin menestyksekkäs toteuttaminen ja projektinhallinta (vrt. Mäntyneva 2016, 39), sekä vastuu projektin sisäisestä johtamisesta (vrt. Silfverberg 2005, 49). Projektipäällikkö vastasi ongelmien ratkonnasta, riskien hallinnasta sekä tarvittavien muutosten tekemisestä projektisuunnitelmaan. Työ sisälsi suunnittelua, organisointia, viestintää, projektin etenemisen toteutusta, seuranta ja raportointia. (vrt. Mäntyneva 2016, 34.)

Kehittämisprojektin **ohjausryhmän** muodostivat projektipäällikkö, osaston apulaisosastonhoitaja, Salon terveyskeskussairaalan hallinnollinen osastonhoitaja ja ammattikorkeakoulun opettaja. Ohjausryhmän tehtävä oli hankkeen edistymisen valvonta ja arviointi, sekä projektipäällikön tukeminen suunnittelussa ja projektin strategisessa johtamisessa (vrt. Silfverberg 2005, 50). **Projektiryhmän** jäseninä toimivat projektipäällikkö, apulaisosastonhoitaja ja osaston kirjaamistyöryhmään kuuluvia hoitajia. Projektiryhmän tehtävänä oli tuoda asiantuntijuutta projektiin, ja heidän valinnassaan huomioitiin ennen kaikkea asiantuntijuus (vrt. Ruuska 2012, 21) hoitotyön kirjaamisesta, potilastietojärjestelmästä ja osastotyöstä. Käytännössä projektiryhmä on tarkastanut sisällöllisesti projektin tuotosten validiuden ja hionut niitä yhdessä projektipäällikön kanssa projektipäällikön kuitenkin kantaessa päävastuun tuotoksista. Lisäksi ryhmä on toiminut kehittämistyön konkreettisena tukena osastolla.

7 KEHITTÄMISPROSESSIN KÄYNNISTYS

Raportointikäytännön muuttaminen vaatii hyvää muutosta edeltävää informaatiota (Harjula 2016, 55). Pelot ja mielikuvat voivat heikentää uusien toimintamallien omaksumista, joten keskustelu ja asioiden perustelu on tärkeää (Sarajärvi ym. 2011, 109). Laukkanen ym. (2012, 24) tuovat esiin, että hiljaisen raportin mieltäminen puhumattomuudeksi on yksi tekijä, joka joillain osastolla on estänyt hiljaiseen raportointiin siirtymisen. Tiedon jakaminen hiljaisesta raportista onkin tärkeää. Menetelmä tulee ymmärtää ennen sen käyttöön ottamista.

Kehittämisprojekti avattiin osastolla 2/2019 järjestetyllä osastotunnilla, jossa projekti-päällikkö esitteli kehittämisprojektin PowerPoint-esityksen tukemana. Kukkola (2018, 120) painottaa, että muutoksessa keskeistä on tuoda perustelut lähelle työntekijää – avata muutos niin, että se näyttäytyy työntekijän näkökulmasta, joten suullisen raportoinnin nykyongelmat tuotiin esiin projektin lähtökohtina. Hiljaisesta raportista on todettu kaivattavan ennen kaikkea sekä menetelmällistä että näyttöön perustuvaa tietoa sen tuomista eduista (Jormanainen 2015, 41). Näitä teemoja pidettiin osastotunnin punaisina lankoina. Lisäksi käsiteltiin kirjaamista koskevaa kehittämistarvetta paitsi itsessään, myös osana hiljaista raportointia. Esiin nostetut kehitystarpeet perusteltiin edelleen tutkimustiedolla ja lainsäädännöllä. Kehittämisprojektiin liittyvät tutkimukselliset osat, ryhmäteemahaastattelut ja kysely esitettiin lyhyesti ja tuotiin esiin niiden merkitys projektin ja hiljaisen raportoinnin implementoinnin näkökulmista. Osallistumisen merkitystä painotettiin tapana vaikuttaa omaan työhön ja sen sisältöihin. Koko kehittämisprojekti aikatauluineen käytiin läpi pääpiirteittäin. Informoinnin kattavuudella ja avoimuudella pyrittiin luomaan positiivista asennetta muutosta kohtaan. Osallisuutta ja yhdessä tekemistä alleviivattiin. Osastotunnista jäi muistio kaikkien paikalla olemattomien hoitajien tutustuttavaksi.

Hoitajat tunnistivat esiin nostetut olemassa olevat ongelmat, mutta hiljaisen raportin miellettiin osaltaan tuovan mukanaan myös uudenlaisia ongelmia. Hiljaiselle raportille löytyi välittömästi vastustajansa, ja muutosvastarinta oli osin voimakas. Esiin otettiin runsaasti asioita, joiden koettiin olevan esteenä hiljaiselle raportille. Projektin läpiviennin näkökulmasta muutosvastarintaa ei kuitenkaan nähty uhkana vaan mahdollisuutena sitouttaa myös vastustajia muutokseen osallisuuden kautta (vrt. Laaksonen ym. 2012, 89; Puumalainen ym. 2003, 7–8). Näin ollen vastustajille kerrattiin heille tarjoutuvasta

mahdollisuudesta tuoda juuri näitä kokemiaan esteitä esiin osallistumalla projektiin kuuluvaan haastattelututkimukseen - projektissa on pitkälti kyse juurikin hiljaisen raportin edellytysten esiintuonnista ja niihin vaikuttamisesta. Osastotunnilla esiin noussut reagointi vahvisti projektille alkujaan valittujen kehittämismenetelmien osuvuutta ja tutkimusongelmien oikeansuuntaista valintaa implementoinnin kannalta.

Muutosta päätettiin tukea johtavan hoitajan esiin tuomalla idealla kutsua hiljaista raporttia käyttävän organisaation edustaja vierailulle kohdeorganisaatioon kertomaan raportointimenetelmään liittyvistä kokemuksista. Hallinnollinen osastonhoitaja auttoi sopivan kohdeorganisaation haussa. Vastaavan kokemusperäisen tiedon hyödyntäminen on otettu esiin aikaisemmissa tutkimuksissa. Esim. Jormanainen (2015, 41) tuo esiin, että hoitajat nimenomaan olivat kaivanneet tietoa siitä, miten hiljaisen raportin käyttö on onnistunut muissa vastaavissa yksiköissä. Laukkanen ym. (2012, 27) ottavat myös esiin tämäntyyppisen toiminnan suositukseksi hiljaisen raportin implementoinnissa. Onnistunut esimerkki tukee muutosta (Valpola 2004, 45).

Osastolle saatiin järjestettyä vertaisarviovierailu hiljaista raporttia käyttävästä saman potilastietojärjestelmän varassa toimivasta Rasion terveyskeskussairaalaan. Vierailulla Rasion terveyskeskussairaalaan työskentelevä hoitaja kertoi osaston hoitajille menetelmän koetuista hyödyistä ja haasteista tätä varten järjestetyllä osastotunnilla. Vierailussa tuli esiin ennen kaikkea kontekstisidonnaisuus. Vaikka toiminnan pääpiirteet yksiköissä ovat samat, huomattiin ettei kaikkea voi suoraan soveltaa toiseen toimintaympäristöön. Suoranaista toimintamallia toisesta organisaatiosta ei saatu, mutta mahdollisuus vastavuoroiseen keskusteluun, sekä saatu informaatio toisen organisaation kokemuksista ja karioista tuntuivat luovan uskoa muutokseen omassa työyksikössä. Projektinäkökulmasta vierailu vahvisti käsitystä siitä, että oman organisaation edellytysten esiin nostaminen ja täyttäminen osana hiljaisen raportoinnin implementointia on muutoksessa keskeistä.

8 KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN

Aiemmat hiljaisen raportin käyttöönottoa ja käyttöä koskevat tutkimukset ja kehittämissuunnitelmat tuovat vahvasti esiin, että kirjaamiskäytänteiden kehittäminen, ns. kirjaamisen kuntoon saattaminen, on hiljaisen raportin tärkeimpiä edellytyksiä (mm. Meum ym. 2011, 1; Laukkanen ym. 2012, 15; Roivas & Karjalainen 2013, 148; Aaltonen 2015, 36; Laitila ym. 2016, 37) – hiljainen raportointihan perustuu potilasasiakirjojen sisältöön, kirjattuun tietoon. Tämän tiedon ohjaamana tässä projektissa lähdettiin kehittämään kirjaamista jo aivan projektin alussa ennakoivana toimena, sillä kirjaamisen kehittäminen vie aikansa.

8.1 Kirjaamisohjeistuksen laadinta

Hiljaisen raportoinnin näkökulmasta kirjaamisen yhtenäisyys on tärkeää. Kirjaaminen vaatii yhtenäistä käytännettä (Sinkkonen 2011, 46; Laukkanen ym. 2012, 26; Aaltonen 2015, 37; Harjula 2016, 56), jota tukee yhteinen ohjeistus (Matic ym. 2010 186; Sinkkonen 2011, 46; Aaltonen 2015, 37; Laitila ym. 2016, 36): on tiedettävä mitä kirjataan ja mihin kirjataan (Matic ym. 2010, 187). Myös laadulle on asetettu kriteereitä. Hiljaista raporttia tukevalta kirjaamiselta vaaditaan muun muassa tarkkuutta ja yksiselitteisyyttä (Sinkkonen 2011, 47).

Kirjaamisohjeen (Liite 1) laadinta vaatii laajaa kirjallisuuteen paneutumista. Ohjeistukseen haettiin tukea lainsäädännöstä ja eri suosituksista esiin nousevista keskeisimmistä ohjenuorista ja aiempien tutkimusten esiin nostamista tarpeista. Näin saatiin selville mitä kirjausten tulisi sisältää, ja millaista rakennetta kirjauksessa tulisi nykykäsitusten mukaan käyttää. Uudella kirjaamisohjeistuksella haluttiin paitsi täyttää hiljaisen raportoinnin vaatimukset, myös täyttää lain osoittamat edellytykset kirjaamiselle, sekä viedä osaston kirjaamista lähemmäs kansallista hoitotyön kirjaamismallia. Kun tieto siitä, millaista kirjaamisen tulisi olla, oli kerätty, voitiin sen pohjalta laatia osaston käytänteisiin sopiva ohjeistus kirjaamisen toteuttamiseen. Projektipäällikön pitkä työhistoria kohdeorganisaatiossa toimi tässä toimintaympäristön tarpeiden tuntemusta edustavana tekijänä. Kirjaamisohjeistuksen laadinnassa tuli näin huomioida osaston erityistarpeet kirjaamisen suhteen.

Hiljaisen raportin näkökulmasta tieto tulisi löytyä potilastietojärjestelmästä helposti ja keskitetysti (Laukkanen ym. 2012, 15) niin, että potilaasta saisi kirjausten perusteella hyvän yleiskuvan (Laukkanen ym. 2012, 27; Stevenson & Nilson 2012, 671; Flemming & Hubner 2013, 586). Kansallisen kirjaamismallin on todettu vastaavan tähän tarpeeseen (Nykänen ym. 2010, 28). Harjula (2016, 61) puolestaan on nostanut hoitosuunnitelman tärkeimmäksi hiljaisen raportin edellytykseksi. Myös THL (2011, 27) alleviivaa hoitosuunnitelman asemaa keskeisenä tiedonkulun ja yhtenäisen näkemyksen perustana. Näistä lähtökohdista oli ilmeistä, että hiljaista raporttia tukevan kirjaamisen kehittäminen tuli lähteä ajantasaisista hoitosuunnitelmista ja hoitotyön prosessin mukaisesta kirjaamisesta.

Käytössä oleva potilastietojärjestelmä ei kuitenkaan sellaisenaan mahdollistanut esiin noussutta tarvetta vastaavan hoitosuunnitelman kirjaamista tarkoituksenmukaiseen alustaan, sillä kohdeorganisaatiolla ei ole hankittuna sairaalaympäristöön tarkoitettua hoitosuunnitelma-alustaa hoitosuunnitelmien ylläpitoon. Hoitosuunnitelma otettiin tästä syystä osaksi hoitotyön päivittäiskirjausta potilastietojärjestelmän hoitotyön (HOI) -lehdelle. Näin saatiin samalla suuri määrä oleellista tietoa kootuksi yhteen paikkaan.

Kirjaamisohjeistuksessa hoidon suunnittelun pohjana on käytetty Lifecaren mahdollistamia otsikoita, jotka vastaavat hoitokertomuksen sisältöä. Pääotsikoiksi valikoituivat näin *hoidon tarve, hoidon tavoite, suunnitelma ja hoitotyön toiminnot*. Ohjeistuksessa neuvotaan kunkin otsikon kohdalla mitä kyseisen otsikon alle tulee kirjata, tai onko osiossa jotain erityistä huomioitavaa. Hoidon tarpeeseen ohjataan kirjaamaan potilaan senhetkiset tarpeet potilaslähtöisesti, hoidon tavoitteeseen mihin tavoitteisiin hoidossa pyritään suhteessa tarpeeseen, ja suunnitelmaan suunnitellut toiminnot eli keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoitotyön toimintoihin ohjataan kirjaamaan hoitotyön päivittäiset merkinnät kuvaamaan hoidon toteutusta ja arviointia.

Hiljaisen raportin näkökulmasta potilastietojärjestelmän puutteena nähtiin se, ettei siellä ollut keskitetysti tietoa potilaan tulositystä, diagnooseista, eristystarpeesta ja riskilääkityksestä. Tiedot haluttiin kuitenkin keskittää tiedon löytymisen helpottamiseksi, sekä sujuvan raportin luvun mahdollistamiseksi. Ongelma päätettiin ratkaista ottamalla nämä elementit osaksi hoitokertomusta. Tässä kohtaa siis poikettiin kansallisen kirjaamismallin raameista. Käytännössä ohjeistus näiden tietojen kirjaamisesta sijoitettiin kirjaamisohjeistuksen hoidon tarve -otsikon alle.

Ohjeistukseen sisällytettiin myös esimerkkikirjaus varsinaisen ohjeen rinnalle helpottamaan ohjeistuksen tulkintaa. Kirjaamisohje pyrittiin kaiken kaikkiaan tekemään helppokäyttöiseksi, tiiviiksi ja yksinkertaiseksi, näin uskottiin tuettavan henkilöstön sitoutumista sen käyttöön.

Hiljaisen raportin näkökulmasta kirjaamisohjeistus näyttäytyy kehyksenä, joka kertoo mitä tulee kirjata ja minne. Tällaisen yhteiseen ohjeeseen pohjaavan optimaalisen raportin määrittäminen varmistaa potilasturvallisuutta vuoronvaihdon yhteydessä (Staggers & Jennings 2009, 397; Matic ym. 2010, 187; Halm 2013, 160–161). Käytännössä uuden mallin mukaisessa kirjaamisessa hoitosuunnitelmaa päivitetään kopioimalla tekstit edeltävältä päivältä ja tekemällä kopioituun tekstiin päivitettävät muutokset. Nykänen ym. (2010, 35) toteavatkin, että aiempien kirjausten hyödynnys tarkoituksenmukaisella tavalla on suositeltavaa.

Yhtenäiseen kirjaamiseen liittyvä kirjausten yhdenmukainen sijoittaminen potilasasiakirjoihin ennen kaikkea tiedon löytämisen näkökulmasta puhututti osastolla juuri ennen projektin käynnistystä. Osastolla oltiinkin sovittu vuodenvaihteessa 2018–2019 erinäisten kirjausten, kuten sovittujen kotiutuspäivämäärien sijoittelusta potilastietojärjestelmään. Kirjaamisohjeistukseen lisättiin taulukko näistä sovituista sijoitteluista tukemaan kirjausten löydettävyyttä sekä kirjaamisen sijoittelun yhdenmukaisuutta.

Projektipäällikön laatiman kirjaamisohjeen sisältö läpikäytiin projektiryhmässä (2/2019) tarkoituksena varmistaa projektipäällikön näkemys ohjeistuksen sopivuudesta toimintaympäristöön, sekä saada ohjeeseen uusia näkökulmia ja kehittämisideoita projektiryhmän muilta jäseniltä. Ohjeistusta täsmennettiin ryhmässä hieman, ja hyväksyttiin vielä osastonhoitajalla osaston uudeksi viralliseksi kirjaamisohjeistukseksi, jonka noudattamista jokaiselta hoitajalta kirjaamiskoulutuksen jälkeen velvoitettaisiin. Projektipäällikkö vei ohjeen vielä organisaation tietohallinnon edustajalle, jonka avustuksella saatiin ohjeistus otsikoineen valmiiksi kirjausrungoksi, ns. fraasistoksi potilastietojärjestelmään. Fraasisto sisältää kirjauksen otsikoinnin lisäksi ohjeistuksen siitä, mitä kuhunkin otsikkokenttään tulee kirjata.

8.2 Kirjaamiskoulutukset

Kähkönen (2010, 40), Aaltonen (2015, 37) ja Harjula (2016, 46) tuovat esiin kirjaamiskoulutuksen merkityksen hiljaisen raportoinnin käyttöönottoa tukevana toimena.

Kirjaamisen kehittäminen ja uuden kirjaamisohjeistuksen mukaisen kirjaamisen käyttöönoton katsottiinkin vaativan jalkautusvaiheessa konkreettista hoitohenkilöstön opetusta. Kirjaamisen opettamisessa tähdentyy kokemuksellisuuden hyödynnys, yhdessä oppiminen sekä toiminnallinen opetusmenetelmä; ne on todettu menetelmällisesti kannattaviksi (Erkko 2010, 65, 67).

Kirjaamiseen liittyvä hoitohenkilöstön koulutus toteutettiin pienryhmissä 25.2-12.3.2019. Pienryhmätoteutus todettiin menetelmällisesti sopivimmaksi, sillä osallistujalla oli näin parempi mahdollisuus saada henkilökohtaista ohjausta. Hoitohenkilöstöstä muodostettiin kuuden hengen ryhmiä, joista jokaiselle järjestettiin oma koulutustilaisuus. Ryhmien kokoonpanojen suunnittelu ohjattiin osaston työvuorojen suunnittelijalle, sillä koulutus suunniteltiin toteutusta edeltävästi työvuorolistoihin. Koulutuspäiviä varattiin kahdeksan, joista viimeinen oli poissaolojen varalle. Kaikki kahdeksan koulutuspäivää toteutettiin. Yksittäinen koulutus oli kestoaltaan 1,5 tuntia, ja aika käytettiin kokonaisuudessaan lähes jokaisen koulutuksen kohdalla. Koulutuksesta oli laadittu etukäteen suunnitelma sisältörunkoineen, sekä tarkka aikataulu. Näin kukin ryhmä sai samansisältöisen koulutuksen. Projektipäällikkö piti kaikki koulutukset itse. Projektiryhmä ei osallistunut koulutukseen, sillä heillä oli vaadittava tieto kirjaamisesta ja he luonnollisesti osasivat käyttää uutta kirjaamisohjeistusta osallistuttuaan sen valmisteluun.

Koulutuksen avulla haluttiin opettaa uuden kirjaamismallin käyttö henkilöstölle, ja samalla kehittää kirjaamista yleisemmälläkin tasolla sisällyttämällä koulutukseen teoreettinen osuus kirjaamiseen liittyvistä asioista. Tässä keskeisin sisältö koostui rakenteisesta ja hoitotyön prosessin mukaisesta kirjaamisesta sekä hoidon suunnittelun merkityksestä. Koulutuksessa avattiin myös näkökulmia kirjaamisen ja hiljaisen raportin yhteyksiin. Uusi kirjaamisohjeistus käytiin yksityiskohtaisesti läpi case-tapauksella, jossa hoitajat pääsivät kokeilemaan uuden kirjaamismallin käyttöä pareittain testipotilaalla potilastietojärjestelmässä. Tehtävät purettiin lopussa yhdessä keskustellen tehdyistä valinnoista.

Kirjaamiskoulutuksen ensimmäisten ryhmien kohdalla nousi esiin tarve saada ohjausta FinCC-luokitusten komponenttien käyttöön. Osa hoitajista koki, että niiden käytössä on epäyhtenäisyyttä, ja toisaalta ei tiedetty minkä otsikon alle mikäkin asia tulisi kirjata. Esiin nousseeseen haasteeseen puututtiin välittömästi ja kirjaamisohjeistuksen kääntöpuolelle lisättiin taulukko FinCC-luokituksen otsikoista sisällönkirjausohjeistuksineen, ja koulutuksen sisältöön lisättiin esimerkkejä haastavimmiksi koettujen luokitusten käytöstä.

Koulutuksessa kullekin hoitajalle jaettiin oma paperiversio kirjaamisohjeistuksesta. Lisäksi ohjeistuksesta otettiin useita tulosteita, jotka laminoitiin ja sijoitettiin osaston tietokoneiden läheisyyteen kirjaamisen tueksi. Koulutuksen jälkeen saatu välitön palaute koulutuksesta oli erittäin positiivista. Usea hoitaja kertoi koulutuksen päätteeksi uuden ohjeen selkeyttävän omaa ajattelua kirjaamisesta. Pientä huolta kannettiin kirjauksen tulevasta pituudesta ja aikaa vievyydestä. Hoitohenkilöstö ei kuitenkaan antanut tämän lannistaa: uutta kirjaamisohjeistusta alettiin käyttää osastolla heti koulutuksen jälkeen, ja kun kaikki hoitajat olivat koulutuksen käyneet, oli jokaisesta potilaasta potilastietojärjestelmässä ohjeistuksen mukainen kirjaus. Uusi kirjaamismalli ehti olla käytössä osastolla kuukauden ennen hiljaisen raportin käyttöönottoa.

Systemaattisen kirjaamisen oppiminen vaatii paitsi koulutusta, myös tukea ja aikaa (Erkko 2010, 65). Kun uutta kirjaamisohjeistusta oli käytetty osastolla muutaman viikon ajan, lähetettiin koko osaston hoitohenkilökunnalle 3/2019 sähköpostitse kysely kirjaamisohjauksen tarpeesta. Vain viisi hoitajaa koki tarvitsevansa lisää tukea tai osaamisensa varmistamista. Projektipäällikkö antoi kullekin lisätukea kaipaavalle henkilökohtaista ohjausta kirjaamisesta.

9 RYHMÄTEEMAHAASTattelut

Hoitotyön kehittämisessä oleellista on tunnistaa ne edellytykset, joita muutos vaatii työyhteisössä (Sarajärvi ym. 2011, 102). Hiljaisen raportin edellytyksistä löytyy jo tietoa kansallisella tasolla: mm. Laukkanen ym. (2012), Harjula (2016) ja Laitila ym. (2016). Tämän kehittämisprojektin myötä on kuitenkin haluttu nostaa esiin juuri Salon terveyskeskussairaalan osaston 1 edellytykset ja tarpeet hiljaisen raportin käyttöönotolle. Vain vastamalla näihin yksilöllisiin kehityskohteisiin voidaan toiminta kohdistaa juuri tämän työyksikön kannalta relevantteihin tekijöihin. Puumalainen ym. (2003, 8) toteavat lisäksi yksilöllisten tarpeiden huomioidulla voitavan lisätä hoitajien motivaatiota ja sitoutuneisuutta muutokseen.

9.1 Haastattelujen tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat

Ryhmäteemahaastattelujen tavoitteena oli selvittää hoitajien kokemat edellytykset hiljaisen raportin käyttöönotolle, hoitajien odotukset hiljaisesta raportoinnista sekä ajatukset kirjaamisen edelleen kehittämisestä. Tarkoituksena on arvioida hiljaiseen raportointiin siirtymisen lähtökohtia, sitouttaa henkilökunta muutokseen ja hyödyntää saatua tietoa hiljaisen raportin ohjeistuksen laadinnassa sekä edelleen kirjaamisen kehittämisessä.

Haastattelujen kautta ratkaistavat tutkimusongelmat:

1. Millaisia edellytyksiä hoitajat kokevat hiljaiseen raporttiin siirtymisen vaativan?
2. Minkälaisia odotuksia hoitajilla on hiljaisesta raportoinnista menetelmänä sekä hiljaisen raportin käyttöön liittyvän ohjeistuksen ja ohjauksen suhteen?
3. Miten hoitajat kokevat uuden kirjaamismallin tukevan heitä hiljaiseen raporttiin siirtymisessä?

9.2 Ryhmäteemahaastattelu tutkimusmenetelmänä

Hiljaisen raportin edellytysten ja odotusten esiin nostamisessa on lähtökohtaisesti haluttu kuvata asioiden tilaa todellisen elämän näkökulmasta, eli menetelmäsuuntauksena on käytetty kvalitatiivista tutkimusotetta. Kvalitatiivinen tutkimus antaa mahdollisuuden

tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja tätä kautta ymmärtää itse tutkimuskohdetta. Se mahdollistaa tutkittavien äänen esiintulon. (Hirsjärvi ym. 2009, 161.)

Ryhmäteemahaastattelun valikoituminen tutkimusmenetelmäksi lähti kehittämisprojektille asetetuista tavoitteista, tarpeesta ja tutkimusongelmista. Kehittämistoimintaan liittyvällä tiedonkeruulla pyrittiin palvelemaan itse kehittämisen prosessia (vrt. Toikko & Rantanen 2009, 117). Menetelmällisesti haastattelun etuna nähtiin sen vuorovaikutuksellisuuden mahdollistama joustava aineistonkeruu, sekä mahdollisuus selventää ja syventää saatuja vastauksia (vrt. Hirsjärvi ym. 2009, 205). Ryhmähaastattelu nähtiin mahdollisuutena luoda tavanomaista yksilöhaastattelua moniulotteisempi kuva todellisuudesta. Haastateltavien keskinäisen toinen toisensa ajatusten kehittelyn uskottiin tuottavan vastauksiin keskinäisen vuorovaikutusten kautta uusia ulottuvuuksia ja merkityksiä. (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 85.)

Itse menetelmän valintaa ohjasi tarvittun tiedon lisäksi osallistujajoukko (vrt. Hirsjärvi ym. 2009, 184). Haastattelun mahdollistama haastateltavan mahdollisuus kertoa oma mielipiteensä oli tässä keskiössä. Haastateltavalle haluttiin luoda kokemus siitä, että juuri hänen omat ajatuksensa olivat arvokkaita (vrt. Eskola & Vastamäki 2015, 27). Matic ym. (2010, 186) toteavat oman mielipiteen ja huolien jakamisen tukevan osallisuutta muutokseen sekä vähentävän muutosvastarintaa. Myös Puumalainen ym. (2003, 8) tähdentävät, että oman työyksikön vaatimukset huomioiva uuden toimintatavan suunnittelu lisää hoitajien sitoutuneisuutta ja motivaatiota muutokseen.

Ryhmähaastattelut olivat luonteeltaan teemahaastatteluja. Teemahaastattelulle on ominaista haastattelun valmiit teemat ilman kysymysten tarkkaa muotoa ja järjestystä (Hirsjärvi ym. 2009, 208). Haastattelurungon (Liite 2) teemat rakennettiin tutkimusongelmien pohjalta (vrt. Vilkkä 2015, 124). Haastattelurunko esiteltiin projektiryhmässä 3/2019, ja projektiryhmä hyväksyi rungon sisällön muutoksitta.

9.3 Haastatteluaineiston keruu

Kehittämistoiminnassa keskeistä on tiedon käyttökelpoisuus. Tällöin kokemustiedon arvo nousee tasavertaiseksi tieteellisen tiedon kanssa (Toikko & Rantanen 2009, 156). Osallistujat valittiin sen mukaan, keillä on parhain tietämys tutkittavasta ilmiöstä (vrt. Kylmä & Juvakka 2006, 58). Osallistujien valinnassa haluttiin varmistaa, että osallistujalla on riittävän hyvä käsitys osaston toiminnasta ja mahdollisista kehitystarpeista sekä

riittävä vertauspohja aiemmin käytössä olleeseen suulliseen raportointiin. Osallistujajoukkoa valittaessa käytettiin kriteerinä vähintään vuoden hoitotyön kokemusta osastolla. Ryhmäkoon suunnittelussa huomioitiin kirjallisuuden osoittama suositus sopivasta osallistujamäärästä (3-12 haastateltavaa) sekä ryhmätilanteen hallinnan haasteet ja aineiston käsittelyn työläyden lisääntyminen ryhmän koon kasvaessa. (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 85.) Nämä näkökulmat huomioiden ryhmien osallistujamäärät päätettiin pitää pienehköinä.

Ryhmäteemahaastattelujen aihe kerrottiin hoitohenkilöstölle kehittämisprojektin alussa järjestetyllä osastotunnilla, sekä toistettiin vielä varsinaisessa haastattelun kutsukirjeessä (Liite 3). Tuomen & Sarajärven (2018, 86) mukaan tällainen ennakkotiedotus edistää haastattelussa tuotetun tiedon määrää.

Vaikka kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetäänkin yleensä saturoitumista (aineiston kylläisyyttä ja riittävyyttä) päättämällä esimerkiksi jatkaa haastatteluja niin kauan kun ne tuottavat uutta aineistoa (Hirsjärvi ym. 2009, 182), ei tätä haluttu hyödyntää tässä tutkimuksessa. Taustalla oli ajatus antaa kullekin osaston hoitajalle mahdollisuus osallistua haastatteluun – mahdollisuus tuoda äänensä kuuluviin. Toisaalta on myös muistettava, että kaikki tapaukset ovat ainutlaatuisia, tutkija ei voi olla varma, ettei kohde tuota enää uutta informaatiota (Hirsjärvi ym. 2009, 182). Haastattelujen laaja kattavuus oli siis näin perusteltua.

Haastattelukutsut jaettiin kirjaamiskoulutusten päätteeksi kaikille osallistumiskriteerit täyttäneille hoitajille (n=40). Sitä mukaan kuin suostumuksia (n=30) haastatteluun osallistumisesta palautui projektipäällikölle, projektipäällikkö ilmoitti osallistuneiden nimet osaston työvuorolistojen laatijalle. Hän puolestaan muodosti ilmoittautuneista sovitusti 5 hengen ryhmiä, ja valikoi kalenterista haastatteluajan kullekin syntyneelle ryhmälle niin kuin se työvuorolistan mukaan parhaiten onnistui häiritsemättä osaston normaalia toimintaa. Ryhmiä muodostui 6 kappaletta. Haastattelut toteutettiin toisessa osaston raportitiloista 11.3.2019 – 20.3.2019 välisenä aikana. Haastattelujen kesto oli keskimäärin tunti, ja ne nauhoitettiin kokonaisuudessaan.

Kiire työssä ja sairauslomat johtivat siihen, että kaikki haastatteluun ilmoittautuneet eivät päässeet osallistumaan suunniteltuun omaan haastatteluryhmäänsä, joten heille annettiin mahdollisuus osallistua aikataulujensa mukaan valitsemaansa myöhemmin järjestettävään ryhmään. Hoitajat, jotka eivät onnistuneet osallistumaan näihinkään ryhmään

eivät kokeneet ylimääräisten haastattelujen järjestämistä heitä varten tarpeelliseksi (asia kysyttiin heiltä henkilökohtaisesti).

9.4 Haastatteluaineiston analysointi

Ryhmäteemahaastattelujen aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi sitä mukaan, kun aineistoa syntyi. Litterointi suoritettiin sanatarkasti, jotta aineistosta voitiin lainata sitaatteja raporttiin. Syntynyt 79 sivuinen kirjallinen aineisto luettiin useamman kerran läpi, jotta kaikki ilmiöön liittyvä aineisto saatiin varmasti esiin (vrt. Kananen 2015, 161).

Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, joka on kvalitatiivisen tutkimuksen perinteinen menetelmä. Siinä aineisto kuvataan sanallisesti tiivistäen ja tuodaan esiin ilmiöiden väliset suhteet. Sisällönanalyysillä pyrittiin tuottamaan merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. Näkökulmana käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä, joka tuotti aineistolähtöisiä kategorioita tutkimusongelmien ohjaamana. Aineiston analysoinnin päävaiheet olivat redusointi (pelkistäminen), klusterointi (ryhmittely) ja abstrahointi (käsitteellistäminen). (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkinen 2017, 165–167.)

Aluksi aineisto **redusoitiin** karsimalla tutkimuksen kannalta epäoleelliset asiat pois. Aineistoa tarkasteltiin tutkimuskysymysten valossa aineistolähtöisesti siten, että siitä erotettiin sisällöt, jotka liittyvät kehittämissuunnan asetettuihin tutkimusongelmiin. Pelkistäminen tapahtui siis tutkimuskysymysten ohjaamana. Ensimmäiseen osaan koottiin tieto siitä, millaisia edellytyksiä hoitajat kokivat liittyvän hiljaisen raportin käyttöönottoon, toiseen osioon millaisia odotuksia hoitajilla on hiljaiseen raporttiin liittyen ja kolmanteen osioon hoitajien arviot siitä, miten he kokevat uuden kirjaamismallin tukevan heitä siirtymisessä hiljaiseen raportointiin. Pelkistämistä jatkettiin edelleen syntyneiden osioiden alla niin, että aineistosta muodostettiin analyysiyksiköitä, joina toimivat yksittäiset sanat, lauseet tai useamman lauseen muodostamat ajatuskokonaisuudet. Tutkimuskysymyksiin vastaavat alkuperäisilmaukset listattiin, ja tämän jälkeen ne pelkistettiin alkuperäisilmausten merkitykset säilyttäen. (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–124.)

Pelkistämisen jälkeen aineisto **klusteroitiin** etsimällä pelkistettyjen ilmaisujen samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaisut ryhmiteltiin ja yhdistettiin luokiksi, jotka toimivat alaluokkina. Alaluokille annettiin niitä kuvaava nimi. (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2018, 124.) Luokittelua jatkettiin yhdistämällä alaluokkia yläluokiksi ja yläluokista muodostettiin edelleen pääluokat. Taulukossa 1 esitetään esimerkki aineiston

pelkistämisestä ja abstrahoinnista. Esimerkki poimittu ryhmäteemahaastattelujen hiljaiseen raportointiin liittyviin odotuksiin annetuista vastauksista, jotka vastaavat 2. tutkimusongelmaan: Minkälaisia odotuksia hoitajilla on hiljaisesta raportoinnista menetelmänä ja hiljaisen raportin käyttöön liittyvän ohjeistuksen ja ohjauksen suhteen?

Taulukko 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja abstrahoinnista hiljaisen raportin odotuksiin liittyen.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Ryhmitelty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
”voit tarkistaa vaan ne jutut mitä sä kaipaat”	Voi tarkistaa vain haluamansa asiat	saa vain tarvittun tiedon	turhan tiedon välttäminen	yksilölliseen tiedontarpeeseen vastaaminen
”no se et saa itte kattoo ... ei tarte kaikkee kuunnella neljänä iltavuorona peräkkäin. Joka päivä kuuntelet ne samat, kun kaikki selittää ihan alusta asti (suullisella raportilla)”	Saa itse katsoa – ei tarvitse kuunnella tuttua tietoa peräkkäisinä iltavuoroina.	välttää entuudestaan tutun tiedon	turhan tiedon välttäminen	yksilölliseen tiedontarpeeseen vastaaminen
”jos on tuttu potilas, pystyt lukee vain tarvittavan”	tutusta potilaasta voi lukea vain tarvittavan	saa vain tarvittun tiedon	turhan tiedon välttäminen	yksilölliseen tiedontarpeeseen vastaaminen
”(suullisella raportilla) vakiokysymys rapsanpitäjältä on: haluutteks te kuulla kaikki diagnoosit... mä en kehtaa sanoa et kyl mä vaa haluaisin, hiljasel ei olis näin”	Raportinpitäjän vakiokysymys suullisella raportilla on, haluaako joku kuulla kaikki diagnoosit. Tähän ei kehtaa sanoa, että haluaa. Hiljaisella raportilla tilanne ei olisi tämä.	saa riittävästi tietoa	riittävä tiedon saanti	yksilölliseen tiedontarpeeseen vastaaminen

Klusteroinnin jälkeen aineistoa **abstrahoitii** edelleen. Abstrahointi on vaihe, jossa tutkimuksen kannalta oleellisesta valikoidusta tiedosta muodostettiin teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä eli merkityksiä. Aineistoa käsitteellistettiin yhdistelemällä luokituksia niin kauan kun sisällön näkökulmasta oli mahdollista. (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2018, 125.) Tämä toimintamalli toistettiin jokaisen tutkimusongelman kohdalla.

9.5 Haastattelujen tulokset

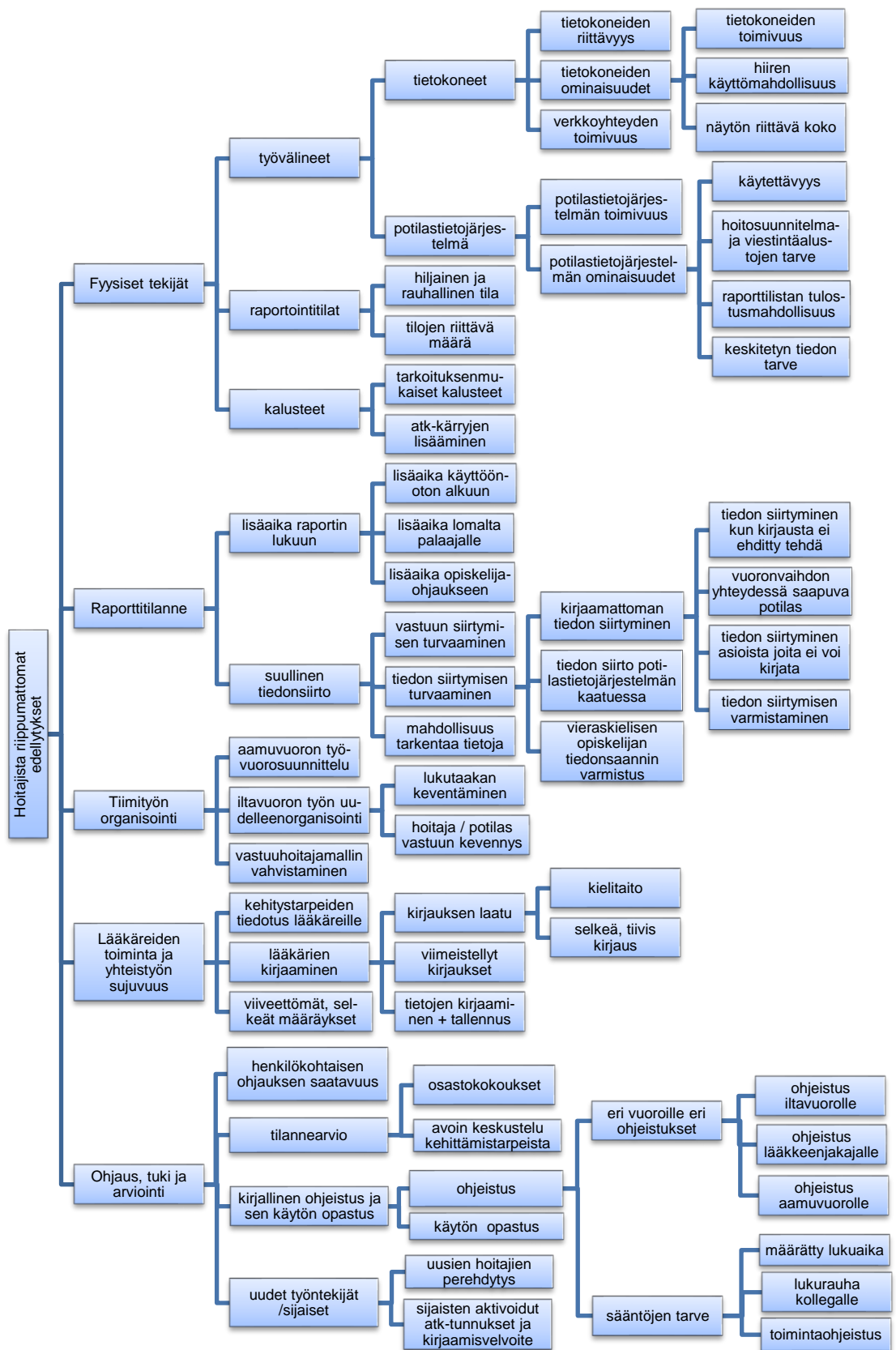
Haastatteluihin osallistui lopulta 68% (n=27) niihin kutsutuista hoitajista. Seuraavassa käsitellään haastatteluista saadut tulokset tutkimusongelmittain: hiljaisen raportin koetut edellytykset, hoitajien odotukset hiljaiselta raportilta sekä kokemukset ja näkemykset uudesta kirjaamismallista hiljaisen raportin tukena.

9.5.1 Hiljaisen raportin koetut edellytykset

Hoitajien kokemia hiljaiseen raporttiin liittyviä edellytyksiä koskevasta aineistosta nousi kaksi pääluokkaa: hiljaisen raportin hoitajista riippumattomat edellytykset ja hiljaisen raportin hoitajista riippuvat edellytykset. Edellinen käsittää pääosin työympäristöön liittyviä vaatimuksia hiljaisen raportin käyttöönoton edellytyksinä, ja jälkimmäinen kaikki ne tekijät, joihin hoitajat kokevat itse voivansa vaikuttaa toiminnassaan edellytyksinä hiljaisen raportin käyttöönotolle.

Hiljaiseen raportin hoitajista riippumattomat edellytykset

Hiljaisen raportin käyttöönoton onnistumiseen katsottiin liittyvän useita tekijöitä, joihin hoitaja itse ei suoranaisesti voi vaikuttaa. Näistä muodostui 5 yläkategoriaa: fyysiset tekijät, raporttitilanne, tiimityön organisointi, lääkäreiden toiminta ja yhteistyön sujuvuus sekä ohjaus, tuki ja arviointi (Kuvio 2).



Kuvio 2. Hiljaisen raportin hoitajista riippumattomat edellytykset.

Fyysisinä edellytyksinä esiin nostettiin konkreettiset *työvälineet*. Tietokoneiden riittävä määrä koettiin tärkeäksi. Tietokoneita katsottiin tarvittavan paitsi kullekin raportinlukijalle omansa, myös riittävästi aamuvuorolle raportin kirjoittamiseen. Tietokoneiden ominaisuuksista koneiden toimivuus, hiiren käyttömahdollisuus ja riittävä näytön koko koettiin merkityksellisiksi. Hiljaisen raportin todettiin vaativan myös luonnollisesti toimivaa verkko-yhteyttä.

Potilastietojärjestelmän toimivuus ja sen ominaisuudet nousivat esiin hiljaisen raportointiin vaikuttavina tekijöinä. Haastattelujen yhteyteen osui suuri potilastietojärjestelmän hitautta aiheuttava häiriötila, mikä itsessään puhututti haastatteluissa hoitajia. Itse potilastietojärjestelmän ominaisuuksiin kiinnitettiin myös huomiota hiljaista raportointia haittaavina tekijöinä. Osa hoitajista koki, ettei Lifecaren käytettävyys ollut paras mahdollinen hiljaisen raportin näkökulmasta. Lifecaren heikkoudeksi mainittiin tarkoituksenmukaisen hoitosuunnitelma-alustan puute. Potilastietojärjestelmään kaivattiin myös jonkinlaista alustaa tai herätejärjestelmää hoitajien väliseen viestintään. Lifecaren heikkoudeksi koettiin lisäksi se, ettei siitä voi tulostaa raporttilistaa. Ominaisuus on Lifecaressa olemassa, mutta sitä ei ole yksikössä saatu toimimaan oikein. Hiljaisen raportin kannalta potilastietojärjestelmän heikkoutena koettiin myös sen monikerroksisuus. Tieto on järjestelmässä hajautettuna usealle lehdelle, jolloin tiedon kerääminen vaatii usean eri lehden auki klikkailua. Tiedon keskitettyä saatavuutta pidettiin tärkeänä. Uuden kirjaamismallin todettiin kuitenkin samaan hengenvetoon pääosin jo vastanneen potilastietojärjestelmän lokeroisuuden aiheuttamiin haasteisiin.

Raportointitilat herättivät aktiivista keskustelua. Haastateltavat kertoivat osaston toisen raporttihuoneen olevan saneerausessa, ja osaston toisen kanslian toimivan korvaavana raportointitilana. Hoitajat kokivat huolestuttavana sen, että raporttia jouduttaisiin hiljaisen raportin tullessa käyttöön lukemaan häiriöalttiissa kansliassa. Hiljainen ja rauhallinen tila koettiin näin hiljaisen raportin tärkeäksi edellytykseksi. Myös tilojen määrä tuli esiin. Osa haastateltavista koki, että tarvittaisiin erillisiä tiloja niille, jotka haluavat yhdessä lukea raporttia keskustellen, ja niille, jotka haluavat hiljaisuudessa keskittyä lukemiseen yksin.

Kalusteiden osalta nostettiin esiin niiden tarkoituksenmukaisuus. Hoitajat kaipasivat riittävän isoja pöytiä, jotta muistiinpanojen kirjoittaminen olisi mahdollista samalla kun käyttää tietokonetta. Myös ergonomiset tuolit koettiin tarpeellisiksi. Osastolle koettiin tarvittavan lisää atk-kärryjä helpottamaan työn ohessa tapahtuvaa kirjausta ja koneiden siirtämistä kanslioista raportointitiloihin.

Varsinaista **raporttilannetta** koskevana edellytyksenä hiljaiseen raporttiin koettiin tarvittavan 15-30 minuuttia *lisää aikaa* menetelmän käyttöönoton yhteyteen. Ajantarve toivottiin arvioitavan uudelleen hiljaisen raportin oltua käytössä jonkin aikaa. Lomalta palaajille koettiin tarvittavan lisää luku-aikaa myös jatkossa. Samoin opiskelijoiden raportin-lukuun koettiin tarvittavan lisää ajallisia resursseja, sillä opiskelijoiden uskottiin kaipaavan ohjausta oleellisen tiedon haussa.

Hiljaisen raportin edellytykseksi koettiin mahdollisuus *suulliseen tiedonsiirtoon*. Taustalla oli tarve turvata tiedonsiirto silloin kun kirjausta ei vielä ole ehditty tehdä tai uuden potilaan saapuessa osastolle vuoronvaihdon yhteydessä. Suullinen osio katsottiin myös tarpeelliseksi kirjaamattoman tiedon siirtoon. Tämän koettiin käsittävän sellaisten asioiden välittämisen, joita ei syystä tai toisesta voi kirjata potilasasiakirjoihin, sekä tiedonsiirron varmistamisen huonokuntoisten potilaiden kohdalla. Haastateltavat ottivat esiin vielä tarpeen suullisen raportin pitoon tietojärjestelmän kaatumistilanteessa, sekä opiskelijoille, jotka eivät osaa suomea. Heille raportti tulisi pitää suullisesti englanniksi.

Haastateltavat toivat esiin erillisen suullisen raportin osion hiljaisen raportin rinnalla myös toimivan hyvänä työvuorojen välisenä konkreettisenä vastuun siirtymistapahtumana, jossa aamu- ja iltavuoro kohtaavat toisensa. Suullisen raportin katsottiin tarjoavan myös raportin lukijoille mahdollisuuden tarkentaa tietoja kysymällä. Täten osallistuminen suullisen raportoinnin osiolla koettiin aamuvuorolle pakolliseksi. Suullisen tiedonsiirtotilaisuuden tarvittavaksi kestoksi arvioitiin 10-30 minuuttia.

Haastateltavat näkivät hiljaisen raportin käyttöönoton vaativaan myös **tiimityön organisointiin** liittyviä toimia. Hoitajat kokivat hiljaisen raportin edellyttävän *aamuvuoron työvuorosuunnittelun* uudistamista niin, että hoitajat olisivat jo työvuorosuunnittelussa sijoitettuna suunnitellusti tiettyihin soluihin. Näin hoitajalla olisi suunnitellusti samat potilaat hoidettavanaan. Raportin lukijan koettiin näin voivan iltavuorossa ennakoida seuraavaa päivää kohdentamalla raportin lukuaan tiiviimmin oman solunsa potilaisiin. Vastuuhoitajamallin itsessään koettiin tukevan hiljaista raporttia vastuuhoitajamallin vähentäessä aamuvuoron hoitajan vastuulla olevien potilaiden määrää. Näin hän kykenee paremmin keskittymään yksittäisten potilaiden kirjauksiin ja suunnitelmien päivittämiseen. *Vastuuhoitajamallin vahvistamien* koettiin siis edellytykseksi onnistuneelle kirjaamiselle ja tätä kautta hiljaisen raportoinnin onnistumiselle.

Raporin lukuun koettiin liittyvän kuormittavuutta, jonka poistuminen nähtiin osassa haastatteluista edellytyksenä hiljaiselle raportille. Ratkaisuksi ehdotettiin *iltavuoron työn*

uudelleenorganisointia, jossa hoitajat työskentelisivät iltavuorossa pareittain neljässä eri solussa, eli käytettäisiin iltavuorossa solujakomallia olemassa olevan käytäväjaon asemesta. Mallin hyötynä nähtiin yksittäisen hoitajan vastuulle jäävien potilaiden väheneminen, jolloin myös hoitajan hiljaisen raportin lukutaakka kevenisi keskimäärin 50 %. Malli herätti myös kiivasta vastustusta. Pääosin vastustus koski työn mahdollista epätasaista jakautumista potilasaineksesta riippuen.

Lääkärien toimintaan liittyvät tekijät ja yhteistyön sujuvuus heidän kanssaan koettiin tärkeäksi hiljaisen raportin edellytykseksi. Hoitajat kokivat, että joidenkin *lääkärien kirjaaminen* vaati laadullista parannusta. Etenkin suomen kielen hallintaan koettiin tarvittavan kohennusta.

”Lääkärien pitäis tsemppata tota kirjaamista erittäin paljo”

Lääkärien kirjauksista toivottiin selkeämpiä ja tiiviimpiä, jotta olennainen tieto välittyisi paremmin. Tähän liittyivät etenkin pitkät sanelut, joista muodostuu pitkiä tekstejä. Lääkärien kirjauksissa arvosteltiin myös keskeneräisyyttä ja kysymysmerkkien käyttöä. Tilalle kaivattiin viimeisteltyjä kirjauksia. Joskus kirjaus oli myös puuttunut lääkärin unohdettua tallentaa kirjaamansa. Hoitajat toivat esiin myös *lääkärin määräysten* viivästymisen, minkä koettiin vaikuttavan merkittävästi hoitajan työnsuunnitteluun. Hoitajat kokivat, etteivät välttämättä ehtisi päivittää hoitosuunnitelmia joutuessaan odottamaan lääkärin ohjeistuksia tarpeettoman kauan. Viiveiden syntyyn katsottiin vaikuttavan merkittävästi määräysten anto sanelemalla. Sanelun purun odottamien hidasti hoitajan työtä. Määräysten kirjauksiin kaivattiin myös selkeyttä. Keskeistä hoitajien mielestä olisi, että nämä kaikki *lääkäreiden toimintaan liittyvät tarpeet* saataisiin *tiedoksi myös lääkärille* – tämä koettiin hiljaisen raportin edellytyksenä.

Uuden kirjaamismallin ja hiljaisen raportin käyttöön liittyvä **ohjauksen, tuen ja arvioinnin** tarve otettiin haastatteluissa esiin hiljaisen raportin edellytyksinä. Hiljaiseen raporttiin mainittiin haastattelussa tarvittavan *kirjallinen ohjeistus*. Ohjeessa tuli hoitajien mukaan olla lukuohje, jossa olisi osoitettu mitä potilasasiakirjan osia raportin lukijan olisi käytävä läpi, ja jonkinlainen osoitettu järjestys asioiden lukemiselle. Haastateltavien pohiessa hiljaisen raportin ohjeen sisällöllisiä tarpeita (nämä sisällöt otetaan esiin myöhemmin tässä raportissa) esiin tuli, että lääkkeenjako vuorossa työskentelevän tiedontarve poikkesi muiden iltavuorolaisten tiedontarpeesta. Täten haastateltavat katsoivat, että hiljainen raportti vaatii lääkkeenjakoajalle erillisen ohjeistuksen. Yhteiset hiljaisen raportin säännöt, otettiin esiin yhteistä toimintamallia tukevana edellytyksenä. Sääntöihin koettiin

tarvittavan sisällytettävän raportin luku-aika, yleinen toimintaohjeistus ja vetoamus luku-rauhan tarjoamisesta kollegalle. Haastateltavat kokivat, että iltavuoron lisäksi aamuvuoro kaipasi myös selkeitä sääntöjä esimerkiksi kirjaamiseen ja suulliseen raportointiin liittyen. Myös aamuvuoro tarvitsi siis ohjeistuksen hiljaiselle raportille.

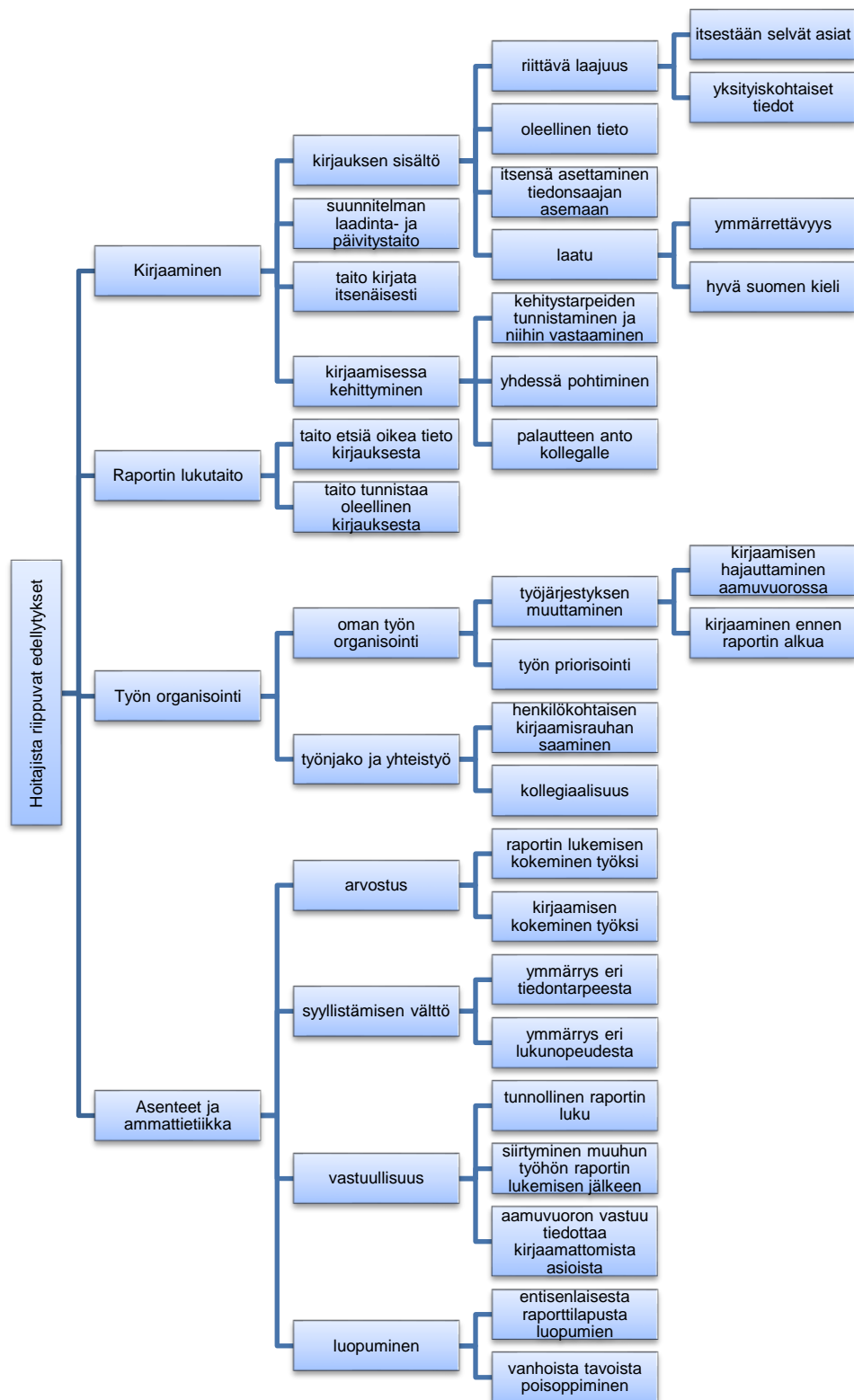
Hiljaisen raportin ohjeistus ei hoitajista osan mielestä kaivannut minkäänlaista ohjausta sen käyttöön, ellei siinä ilmenisi mitään erityistä huomioitavaa. Osa hoitajista koki, että *opastus ohjeen käyttöön tarvitaan*, ja tässä toimisi parhaiten osastokokous tai jonkinlainen pieni infotilaisuus.

Hiljaisen raportin edellytyksenä *henkilökohtaisen ohjauksen saatavuus* raportin lukuun tai kirjaamiseen liittyviin ongelmiin koettiin tärkeäksi. Hoitajat ehdottivat henkilökohtaisen ohjauksen järjestämistä sitä kaipaaville. Asioista puhuminen ja avoimuus toivat haastateltavien mukaan parhaiten mahdolliset ongelmat esiin. Hiljaisen raportin oltua käytössä jonkin aikaa toivottiinkin jonkinlaista *tilannearviota* esimerkiksi osastokokouksen yhteydessä. Tässä voitaisiin yhteisen keskustelun kautta ottaa esiin onnistumisia, karikoita ja mahdollisia kehittämistarpeita.

Uusi raportointimalli vaati haastateltavien mukaan myös *uusien työntekijöiden ja sijaisten* huomiointia. Uusien ohjeistusten perehdytys uusille hoitajille koettiin tarpeelliseksi. Samoin se, että sijaisilla olisi aktivoituneet atk-tunnukset potilastietojärjestelmään. Sijaisten velvoittaminen kirjaamiseen koettiin myös tarpeelliseksi uuden toimintamallin käyttöönoton myötä.

Hiljaisen raportin hoitajista riippuvat edellytykset

Hiljaisen raportin käyttöönottoon koettiin liittyvän tekijöitä, joihin hoitaja voi omalla toiminnallaan vaikuttaa. Nämä hoitajista riippuvat edellytykset muodostivat neljä yläkategoriaa: kirjaaminen, raportin lukutaito, työn organisointi sekä asenteet ja ammattietiikka (Kuvio 3).



Kuvio 3. Hiljaisen raportin hoitajista riippuvat edellytykset.

Hoitajat kokivat **kirjaamisen** keskeiseksi hiljaisen raportin käyttöönottoon vaikuttavaksi tekijäksi. Kirjauksen *sisällöiltä* odotettiin laatua. Tekstien odotettiin olevan ymmärrettäviä ja hyvällä suomen kielellä kirjoitettuja. Haastateltavat kokivat, että käyttöönoton myötä kirjausten sisältöä olisi laajennettava jopa itsestään selvänäkin pidettyjen asioiden kirjaamiseen ja kirjausten tulisi tarvittaessa olla hyvinkin yksityiskohtaisia esimerkiksi väkivalta- ja turvallisuusasioissa hoitajan turvallisuuden takaamiseksi. Toisaalta hoitajat alleviivasivat samalla, että kirjauksessa tulisi olla vain oleellinen tieto – muutoin tärkeä tieto hukkuu sanapaljouteen. Sisällön laajuuden arvioissa hoitajat kokivat parhaaksi ohjeuoraksi lukijan tiedontarpeen mielessä pitämisen.

Taito laatia ja päivittää hoitotyön suunnitelma koettiin oleellisina hiljaisen raportin edellytyksinä. Hiljaisen raportin käyttöönoton myötä kirjaamisen painottuessa osana hoitajan työtä, haastateltavat kokivat myös hoitajan *taidon kirjata itsenäisesti* olevan välttämätön. *Kirjaamisessa kehittymisen* mahdollistuminen oli niin ikään haastateltavien mielestä edellytys hiljaiselle raportille. Esiin tuotiin itselle haastavia kirjaamisen osa-alueita. Mitään erillistä lisäkoulutusta ei koettu enää tarvittavan. Jatkuvan kirjaamisesta saadun palautteen antamisen ja saamisen kollegoilta koettiin tukevan kirjaamisessa kehittymistä ja tätä kautta uutta raportointimenetelmää.

Raportin lukijan näkökulmasta hoitajalta vaadittiin **raportin lukutaitoa**. Tässä korostettiin paitsi *taitoa etsiä oikeanlainen tieto*, myös *taitoa tunnistaa oleellinen tieto*.

Työn organisoinnin aamuvuorossa koettiin muuttuvan hiljaisen raportin käyttöönoton myötä. *Oman työn organisointi* työjärjestyksiä muuttamalla ja priorisoimalla koettiin tarpeelliseksi, jotta kirjaaminen ei jäisi aamuvuoron loppuun. Haastateltavien mukaan kirjaaminen tuli hajauttaa enemmän koko aamuvuoron ajalle niin, että kirjaukset olisivat valmiit raporin alkaessa. Tämän koettiin vaativan muun, hoitajalle varsinaisesti kuulumattoman, työn karsimista. Hoitajat peräänkuuluttivat myös valmiuksia *yhteistyöhön ja työnjakoon*, jossa kollegiaalinen ajattelu mahdollistaisi jokaiselle erikseen oman kirjaamisaikansa ja -rauhansa.

Aineistosta nousi esiin myös hoitajien **asenteisiin ja ammattietiikan** noudattamiseen liittyviä edellytyksiä. Hiljaisen raportin *arvostus* – raportin lukemisen ja sen kirjoittamisen mieltäminen työksi – koettiin olevan tärkeää:

”... tääl ajatellaa et jos joku on koneella ni se ei tee töitä...Ruvetkaa ihmiset ajattelee et kaikki mitä me täällä tehdään on töitä!”

Syylistämistä haluttiin välttää. Hoitajat korostivat, että on ymmärrettävä erilaisten tiedontarpeiden heijastuvan raportin lukuaikaan. Kannettiin huolta siitä, että pidemmällä vapaalla ollut hoitaja saisi paheksuntaa lukiessaan raporttia pitkään. Toisaalta kaivattiin ymmärrystä hitaampaan lukunopeuteen henkilökohtaisena ominaisuutena. Myös *vastuullisuutta* peräänkuulutettiin. Hoitajat korostivat, että aito kiinnostus potilaasta on tärkeää. Hoitajan on todella luettava raportti, mikä koettiin ammattieettisesti tärkeänä. Toisaalta velvoitetta lukea raportti tarkasteltiin myös yhteistyön näkökulmasta: on raskasta tehdä työtä sellaisen hoitajan kanssa, joka ei ole kunnolla perehtynyt potilaaseen.

”sit sä oot ainoana vuoros ketä kiinnostaa ni se tulee olee tosi raskasta jos se semmoseks menee...”

Hoitajat ottivat vastuullisuuden näkökulmasta esiin myös velvoitteen siirtyä muuhun työhön raportin lukemisen jälkeen. Näin kukaan ei jäisi koneelle turhaan istuskelemaan. Aamuvuoron vastuullisuus nähtiin paitsi hyvän kirjaamisen myös suullisen tiedottamisen näkökulmasta. Aamuvuorossa olevan odotettiin vastaavan siitä, että kirjaamatta jääneet asiat tiedotettaisiin suullisesti iltavuorolle.

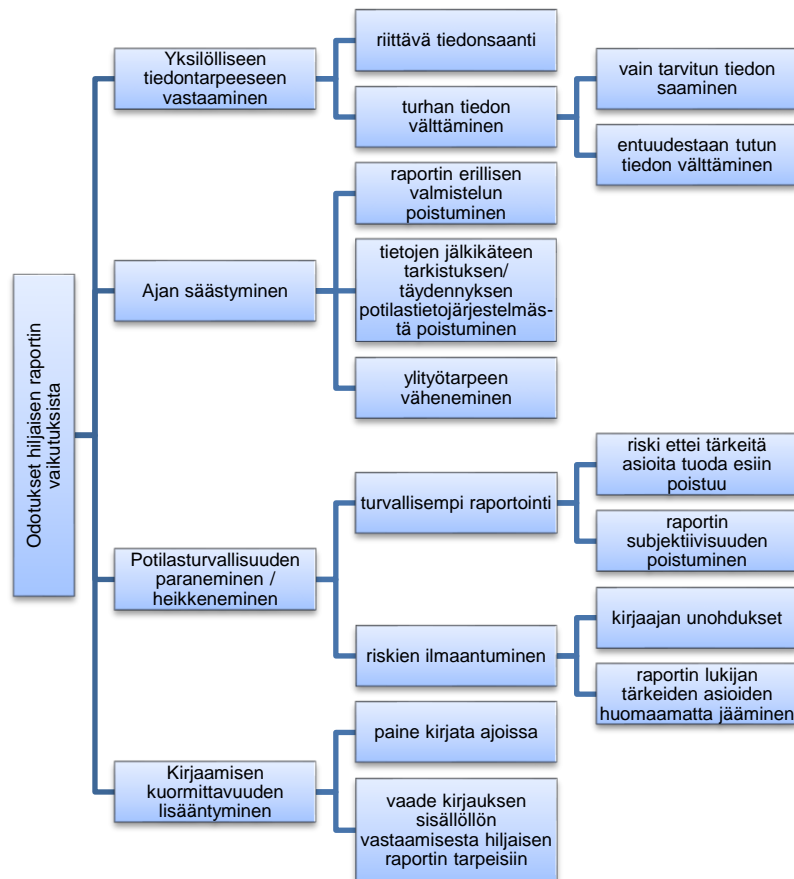
Luopuminen koettiin keskeisenä edellytyksenä uuden raportointimenetelmän käyttöönotossa. Kirjaaminen on vuosia pysynyt osastolla samoissa uomissa, ja uuden kirjaamismallin käytön osana hiljaista raporttia koettiin vaativan vanhoista tavoista poisoppimista. Toisena hiljaisen raportin käyttöön liittyvänä luopumista vaativana asiana koettiin suullisen raportin käyttöaikana käytetyistä itse käsin raportilla kirjoitetuista raporttilapuista luopuminen niiden entisessä laajuudessaan. Näistä muistiinpanoista hoitaja oli suullisen raportin aikana lukenut raportin vuoroon tuleville hoitajille, ja ne olivat myös toimineet hoitajan muistin tukena arjen hoitotyössä. Hiljaisen raportin myötä osa haastateltavista koki tällaisten muistiinpanojen sisällöllisen laajuuden pienenevän merkittävästi. Toisaalta hiljaisen raportin myötä koettiin, ettei kovin laajojen käsin kirjoitettujen muistiinpanojen kirjoittamiselle edes jää aikaa. Mielenpiteet raporttilapun tulevaisuudesta jakautuivat melko jyrkästi hoitajien kesken.

9.5.2 Hiljaiseen raporttiin liittyvät odotukset

Haastattelussa hoitajilta kysyttiin heidän hiljaiseen raporttiin liittyviä odotuksiaan. Saadut vastaukset jakaantuivat seuraaviin pääluokkiin: odotukset hiljaisen raportin vaikutuksista, ennakkoasenteet hiljaista raporttia kohtaan ja hoitajan kokemat tiedontarpeet hiljaisella raportilla.

Odotukset hiljaisen raportin vaikutuksista

Haastateltavat nostivat esiin hiljaisen raportin odotettuina vaikutuksina odotukset sen vastaamisesta yksilölliseen tiedontarpeeseen, odotuksen ajan säästymisestä, odotukset hiljaisen raportin vaikutuksista potilasturvallisuuteen sekä odotuksen kirjaamisen kuormittavuuden lisääntymisestä (Kuvio 4).



Kuvio 4. Odotukset hiljaisen raportin vaikutuksista.

Hoitajat odottivat hiljaisen raportin vastaavan suullista raportointia paremmin **yksilöllisiin tiedontarpeisiin**. Hiljaisen raportin odotettiin mahdollistavan *riittävän tiedon saannin*, ja toisaalta raportin vastaanottajan odotettiin *välttävän turhan*, entuudestaan tutun tai itselle tarpeettomaksi koetun *tiedon* kuuntelemiselta. Tätä kautta odotettiin saavutettavan myös **ajan säästymistä**.

”No aikaa säästy, ku ei kaikki oo siellä tuntia kuuntelemassa diipadaapaa”.

Aikaa odotettiin myös säästyvän, kun *raporttiin ei enää tarvitsisi erikseen valmistautua* kuten suulliseen raporttiin, jota ennakoitiin etsimällä potilasasiakirjoista tärkeät asiat ja kirjoittamalla ne itselle ylös henkilökohtaiseen raporttilappuun. Esiin tuotiin myös odotus suullisen raportin jälkeen usein vaaditun epäselväksi jääneiden *asioiden jälkikäteen tarkistamisen ja tietojen täydentämisen potilastietojärjestelmästä poistuvan* hiljaisen raportin käyttöönoton myötä. Tämä koettiin niin ikään aikaa säästävänä. Myös *ylityön tarpeen uskottiin vähenevän* uuden raporttikäytännön myötä.

Potilasturvallisuuden näkökulmasta odotuksina tuotiin esiin *turvallisempi raportointi*. Suullisella raportilla raportin puhujan raportointitaitojen koettiin vaikuttavan oleellisesti raportin vastaanottajien saamaan tietoon – esimerkiksi taito tuoda tärkeät asiat esiin. Tähän liittyvien riskien uskottiin hiljaisen raportin myötä vähenevän. Haastateltavat toivat esiin myös hiljaisen raportin mahdollistavan myös muun kuin raportin pitäjän oman näkemyksen esiintulon, sillä hiljaisella raporilla voi lukea myös muiden hoitajien ja lääkärin näkökulmia asioihin. Mahdollisina *hiljaisen raportin riskeinä* nähtiin unohdukset kirjaamisessa ja raportin lukijan tärkeiden asioiden huomaamatta jääminen. Tällaisten inhimillisten tekijöiden vaikutus kuitenkin todettiin olevan yleinen raportointiin liittyvä riski – ei niinkään yksin hiljaiseen raportointiin liittyvä ongelma.

Hiljaiseen raporttiin liittyvänä negatiivisena odotuksena ennakoitiin **kirjaamiseen liittyvän kuormittavuuden lisääntyvän**. Merkittäviksi tekijöiksi nähtiin *paine kirjata ajoissa*, sekä oman *kirjauksen sisällöllinen vastaavuus hiljaisen raportin tarpeisiin* – huoli siitä, ettei oma kirjaus täytä hiljaisen raportoinnin vaatimuksia.

Ennakoasenteet hiljaista raporttia kohtaan

Ennakkotunnelmiin liittyvät hoitajien asenteita koskevat ilmaukset olivat haastatteluissa melko harvasanaisia. **Odotuksettomuus** oli hallitseva piirre, joka osaltaan viesti tietämättömyydestä tulevaa muutosta kohtaan; hoitajat kertoivat, *ettei heillä ollut kokemusta hiljaisesta raportista eikä täten tietoa mitä tulevalta odottaa*. *Vaitonaisuus* oli yleistä tästä aiheesta kysyttäessä.

Esiin nousseet asenteita kuvaavat ilmaukset olivat pääasiassa **myönteisiä**. Hiljaisen raportin käyttöön kerrottiin lähdeävän *hyvällä mielellä*, osa nyökytteli myöntövyvyyden merkiksi. *Edellytysten täyttymistä* odotettiin *ehtona* myönteiselle asenteelle hiljaista raporttia kohtaan:

” En oo vastaan kunha mul on oma kone ja rauhalline paikka.”

Osa haastateltavista toi selkeästi esiin *intonsa* muutosta kohtaan. Mieltä kuvattiin *avoimeksi uudelle* ja tulevaa kohtaan koettiin *mielenkiintoa*. Hoitajat, joilla oli aiemmista työpaikoista kokemusta hiljaisesta raportista, olivat selvästi *luottavaisempia* tulevaa muutosta kohtaan. Myös hoitajien kyvykkyys oppia uutta tuotiin esiin luottamusta kuvaavana tekijänä:

”Jos me kirjaamaanki opittiin, ni kai sen lukemisenki oppii”

Jännittyneisyys oli kolmas aineistosta selvästi esiin noussut ennakkotunnelma. Tähän liittyi osalla *pelkoa* tulevaa muutosta kohtaan, osa hoitajista kertoi *mielensä olevan jännittyneen odottava*. *Huolta* kannettiin myös kollegojen selviytymisestä:

”...pelottaa vaan se hiljaiseen raporttiin siirtyminen... en tarkoita et se ois mikään ylitsöpääsemätön se pelko, mut jotenki sitä ihmist täytyis niinku auttaa siinä et se rohkaistuis – mä siis empatiseeraan sitä ihmistä, joka pelkää – mä haluaisin niinku auttaa sitä siinä jotenki...”

Osa hoitajien asenteista jäi **tulkinnanvaraiseksi**. Vastauksen *sisältö* saattoi jäädä epäselväksi:

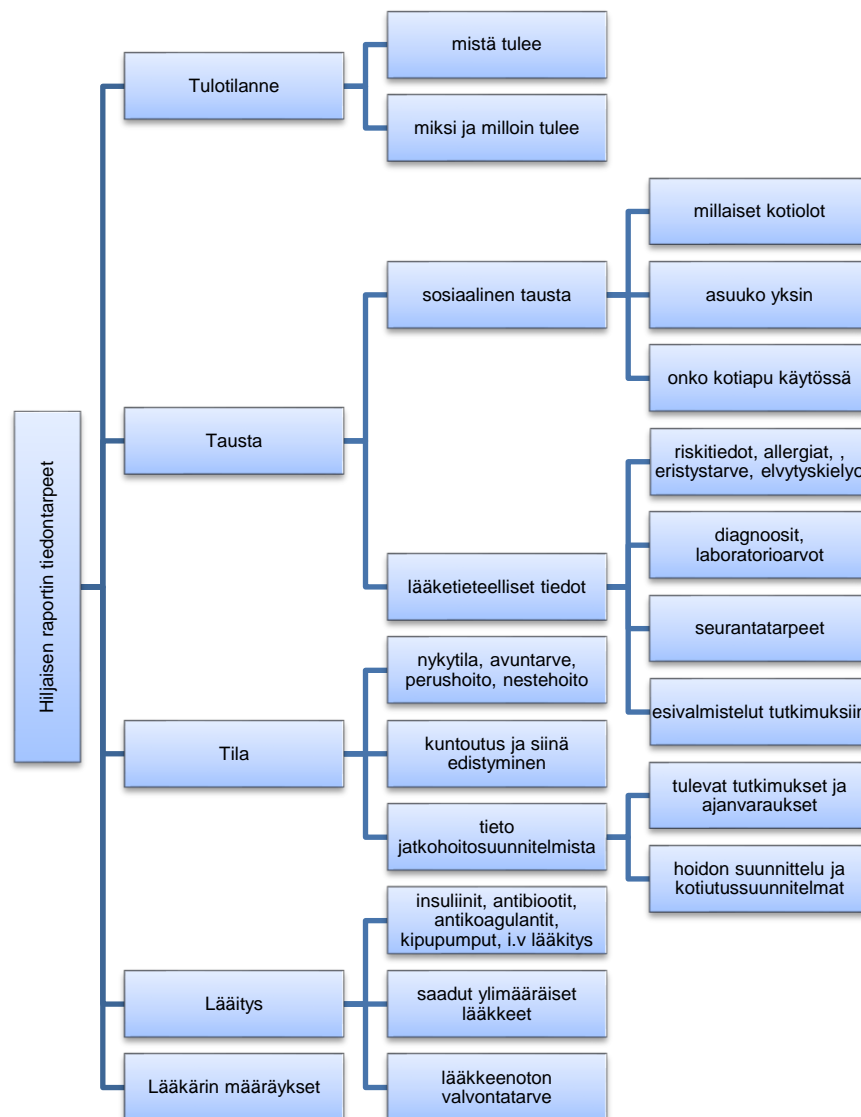
”Oon ihan sanaton”.

Myös *äänensävyllä* viestittiin muuta merkitystä mitä sanat antoivat ymmärtää, kuten eräs hoitaja sarkastiseen äänensävyyn lausui haastattelun loppuksi:

”Innoissaan ollaan...”

Hoitajan kokemat tiedontarpeet hiljaisella raportilla

Terveyskeskussairaalassa työskennellessään hoitajat kokevat tarvitsevansa melko kattavaa tietoa potilaasta ja tämän taustoista. Koetut hiljaisen raportin tiedontarpeet (Kuvio 5) vaihtelivat hoitajien kesken, ja näin myös hiljaisen raportin kannalta keskeiset potilasasiakirjat koettiin eri tavalla oleellisiksi. Esitettyihin tuloksiin on koottu kaikista haastatelluista kaikki esiin tulleet odotukset tiedontarpeeseen liittyen.



Kuvio 5. Koetut hiljaisen raportin tiedontarpeet.

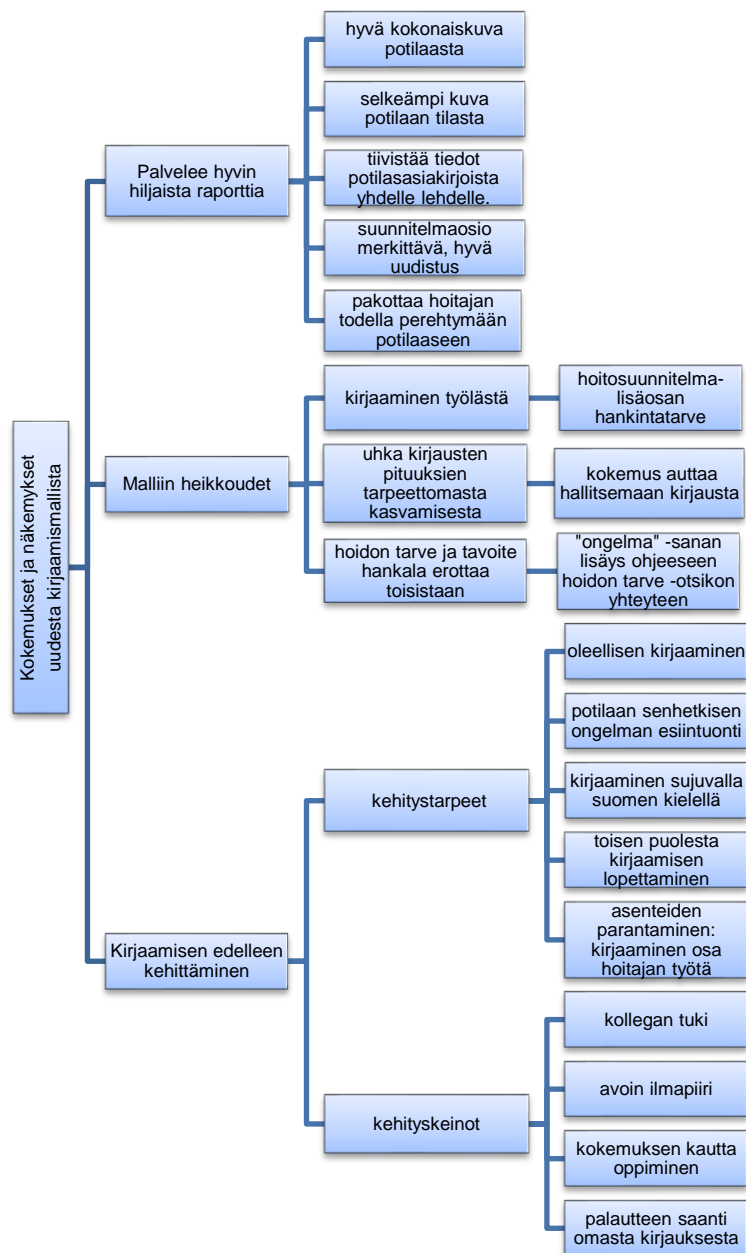
Raporilta saatavan tiedon tarpeeksi koettiin **tulotilanteen tunteminen**: *miksi, mistä ja milloin* potilas on osastolle tullut. Potilaan **tausta** koettiin niin ikään tärkeäksi tiedoksi. *Sosiaalinen taustan* näkökulmasta haluttiin tietää mistä potilas on tullut, millaiset kotiolot potilaalla on, asuuko potilas yksin ja onko hänellä kotiapua käytössään. Potilaan *lääketieteellisen taustan* tiedontarpeita olivat riskitiedot, allergiat, eristystarpeet, mahdollinen elvytyskielto, muut keskeiset diagnoosit, seurannat, laboratorioarvot sekä esivalmistelut tutkimuksiin. Tieto potilaan **tilasta** koettiin keskeiseksi raportin sisällöksi. Tässä *nykytilan* tunteminen, tieto *avuntarpeesta* liikkumisen ja syömisen suhteen, sekä tieto potilaan

perushoitoon ja tilaan liittyvistä asioista, kuten ravitseminen, nielemisongelmat, erittäminen, kudoseheys, psyykinen tasapaino, sekavuus, hengitys ja mahdollinen kaatuilu. Käsitys potilaan *nestehoidon* toteutuksesta ja seurannasta koettiin niin ikään tärkeäksi. Hoitajat odottivat raportilta tietoa myös potilaan *kuntoutuksesta* sekä sen edistymisestä ja toteutuksesta. Samoin potilaan *jatkoahoito suuntaviivoineen* haluttiin saada esiin. Tämä käsitti tulevat tutkimukset ja ajanvaraukset sekä hoitoon ja kotiuttamiseen liittyvän suunnittelun. **Lääkityksestä** tärkeäksi koettiin tieto potilaan mahdollisesti käytössä olevasta *insuliinihoidosta, antibiooteista, antikoagulanttihoidosta, kipupumpusta, suonensisäisistä lääkityksistä*, potilaan saamista *ylimääräisistä lääkkeitä* ja *tarpeesta valvoa* potilaan lääkkeenottoa. Merkittävä raportin sisällöltä kaivattu tieto olivat myös tuoreimmat **lääkärin määräykset**.

Haastateltavat toivat esiin erilaisia **Lifecaren sivuja**, joita hiljaisella raportilla tarvitaan. *Tärkeimmiksi koettiin:* HOI, HOISU, YLE ja LÄÄKITYS. HOI-lehdeltä hoitaja näkee uutta kirjaamismallia käytettäessä potilaan tulossyn ja tärkeimmät diagnoosit, mahdollisen riskitiedon ja eristyksen, riskilääkityksen, hoitotahdot, hoidon tarpeen, tavoitteen ja suunnitelman, tulevat tutkimukset ja ajat, seurannat, sekä päivittäisen hoitotyön merkinnät, joista ilmenevät muun muassa potilaan avuntarpeet, sekä peruselintoimintoihin ja potilaan tilaan liittyvät asiat. HOISU-lehdeltä voi täydentää tietoja potilaan diagnooseista ja YLE-lehdellä tutustua lääkärin potilaasta kirjaamiin teksteihin ja määräyksiin. LÄÄKITYS-lehdeltä selviää potilaan ajantasainen lääkehoito. *Muita sivuja*, joita mainittiin, olivat: TIIV, KURVA, RR, Lab-vastaus, DIA, ANTIKO, RADI, KUNTOUTUS, SOS, PUHE ja KHTOTS. Osa haastateltavista kuitenkin pohti nykyisen HOI-lehden sisältävän nykyisen kirjaamisohjeistuksen myötä suurimman osan tarvittavista tiedoista, jolloin useimmiten riittäisi vähempi sivustojen selaaminen. Varsinaista etsittävää tietoa ei koettu hiljaisen raportin ohjeistuksen tarvitsevan. Sen sijaan hoitajat kokivat, että osoitetut potilastietojärjestelmän osat läpikäymällä hoitaja saisi oleellisen ja tarvitsemansa tiedon potilaasta, ja toisaalta esiin tuotiin ohjeen pysyvän näin myös yksinkertaisempana. Useampi hoitaja kuittasi ohjeistuksen sisällöllisen tiedontarpeen osoittamiseksi riittävän periaatteessa vain uuden kirjaamismallin mukaisen kirjauksen lukemisen potilastietojärjestelmän HOI-lehdeltä, sekä lääkelehden ja lääkärin viimeisen määräyksen vilkaisun.

9.5.3 Kokemukset ja näkemykset uudesta kirjaamismallista

Haastatteluissa hoitajat toivat esiin kokemuksiaan ja näkemyksiään uudesta kirjaamismallista ja sen käytöstä (Kuvio 6). Esiin otettiin sen hiljaista raporttia palveleva ominaisuus sekä sen käyttöön liittyviä heikkouksia. Kirjaamisen kehittäminen otettiin niin ikään esiin: hoitajat paitsi tunnistivat kehitystarpeita, myös toivat esiin keinoja kirjaamisen edelleen parantamiseksi.



Kuvio 6. Kokemukset ja näkemykset uudesta kirjaamismallista.

Uuden kirjaamismallin koettiin **palvelevan hyvin hiljaista raporttia**. Sen käytöllä koettiin saatavan *potilaasta hyvä yleiskuva*. Kirjaamismallin koettiin *selkeyttävän kuvaa potilaan tilasta*, ja sen koettiin *vähentävän tarvetta selata potilasasiakirjojen eri osia* tiedon löytyessä tiivistetysti yhdeltä lehdeltä. Itse kirjaamismallissa etenkin *suunnitelmaosion hyöty* nähtiin tässä merkittävänä ja hyvänä uudistuksena. Suunnitelman koettiin kokoavan hoitajan kannalta keskeistä tietoa. Uuden kirjaamismallin koettiin myös pakottavan kirjaajan todella *perehtymään potilaaseensa*, mikä nähtiin merkittävänä parannuksena.

”kun mä teen sitä (suunnitelmaa) ni mä oon oppinu potilaast pal enemmän”

Kirjaamismalliin koettiin liittyvän myös **heikkouksia**. *Kirjaaminen* uuden mallin mukaan koettiin *työlääksi*. Potilastietojärjestelmän vastaamattomuus hoitosuunnitelman laadinnan tarpeeseen vaati suunnitelman kopioimista edeltävältä päivältä, minkä koettiin aiheuttavan ylimääräistä työtä. Hoitajat toivat esiin tarkoituksenmukaisen potilastietojärjestelmän lisäosan hankinnalla voitavan poistaa tätä kirjaamiseen liittyvää työläyttä.

Kirjaamismallin mukaisen sisällön tuottamisen näkökulmasta osa hoitajista koki hiljaisen raportin vaikuttavan kirjauksiin niitä pidentämällä. *Uhkana* nähtiin *kirjausten pituuden tarpeeton kasvaminen*. Tilanteen uskottiin kuitenkin helpottavan hoitajien totuttua uuteen kirjaamismalliin. Osa hoitajista koki uuden kirjaamismallin hoidon *tarpeen ja tavoitteen määrittelyt hankalina erottaa toisistaan*. Ratkaisuksi ehdotettiin sanan ”ongelmat” lisäämistä kirjaamisohjeeseen hoidon tarve -osion yhteyteen selkeyttämään sen sisältöä.

Uuden kirjaamismallin käyttöön koettiin liittyvän myös vahvasti **kirjaamisen edelleen kehittämisen**. *Kehitystarpeina* nähtiin oleellisen kirjaamisen ja potilaan senhetkisten, ajantasaisten ongelmien esiin nostaminen. Myös kirjaaminen selkeällä ja sujuvalla suomen kielellä koettiin tärkeäksi, sekä se, että kukin vastaisi itse omien toimiensa kirjaamisesta, ts. ei kirjattaisi toisen puolesta. Yleisesti ottaen peräänkuulutettiin parempaa asennoitumista kirjaamiseen osana hoitajan työtä.

Haastatteluissa tuotiin esiin myös *keinoja* kirjaamisen edelleen kehittämiseksi. Kirjaamiseen ei koettu tarvittavan varsinaisen jo järjestetyn kirjaamiskoulutuksen lisäksi muuta koulutusta. Kollegojen tuki ja avoin ilmapiiri koettiin ratkaisuksi kirjaamisongelmien ratkaisemisessa. Kokemuksen uskottiin kartuttavan taitoja:

”Tekemällä oppii”

”...kai se menee kaaliin ku tarpeeks monta kertaa...”

Omasta kirjaamisesta toivottiin palautetta projektipäälliköltä tai projektiryhmältä sekä myös tarvittaessa kollegoilta. Ainakin menetelmän alkutaipaleen palaute koettiin tärkeäksi, jottei mahdollisesti vääriä toimintamalleja ehdittäisi sisäistämään.

9.6 Haastatteluihin liittyvät johtopäätökset ja pohdinta

Ryhmäteemahaastatteluissa selvitettiin, millaisia edellytyksiä hoitajat kokivat hiljaisen raportin käyttöönotolle osastolla olevan. Esiin haluttiin tietoa hoitajien odotuksista tulevaa raportointimenetelmää kohtaan, sekä hoitajien käsitykset hiljaisen raportoinnin vaatimasta ohjeistuksesta. Lisäksi kerättiin tietoa hoitajien kokemuksista uudesta kirjaamis-mallista ja sen hiljaista raporttia tukevasta vaikutuksesta.

Haastatteluun osallistuminen oli aktiivista. Suurehko osallistumisprosentti (68 %) mahdollisti kattavan kuvan muodostumisen kohteena olevasta ilmiöstä. Haastattelut antoivat erinomaisen mahdollisuuden osallistaa henkilöstöä muutoksen läpivientiin. Parhaimmillaan se loi perustan yhteisen näkemyksen vahvistumiselle keskinäisen keskustelun kautta. Kuten Anttila (2007, 126) toteaa: ryhmähaastattelussa toinen toistensa kuuntelu loi kimmokkeita omiin ajatuksiin ja niiden selvempään esittämiseen ja perusteluun. Toisaalta myös ryhmädynamiikka generoi luovalla tavalla uusien ideoiden esiintuloa (vrt. Anttila 2007, 126). Haastateltavien toinen toistensa ajatusten kehittäminen ja haastaminen, sekä keskinäinen vuorovaikutus loivat vastauksiin uusia ulottuvuuksia ja merkityksiä (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 85). Niiden avulla saatiin uusia näkökulmia asioihin (vrt. Anttila 2007, 126). Ryhmädynamiikan näkökulmasta hiljaisen raportin kannattajien ja vastustajien osallistuminen samaan haastatteluun antoi haastateltaville mahdollisuuden omien mielipiteiden esittämiseen puolueettomalla maaperällä, ja sai haastateltavat perustelemaan argumenttejaan monipuolisesti. Yleisesti ottaen useampi aiemmin mustavalkoisena näyttäytynyt ongelma sai uutta perspektiiviä.

9.6.1 Johtopäätökset hiljaisen raportin edellytyksistä

Kehittämistoiminnan onnistumisen taustalla on hyvä nykytilanteen kartoitus (Pelander & Kirjonen 2011, 29). Ryhmäteemahaastattelujen mahdollistama hiljaisen raportoinnin koettujen edellytysten peilaaminen lähtötilanteeseen nosti hiljaisen raportin edellytykset esiin moniulotteisesti ja osaston yksilölliset tarpeet huomioiden.

Hoitajat kokivat hiljaisen raportin käyttöönoton vaativan useiden edellytysten täyttymistä onnistuakseen. Näistä suurin osa on samansuuntaisia, joita jo aiempi tutkimustieto on tuonut esiin, mutta tulokset tuottivat myös uudenlaista tietoa. Haastateltavat tarkastelivat aihetta monipuolisesti, ja asioihin mentiin osittain hyvinkin syvälle. Muutosvastarinta heijastui vailla ratkaisua olevien esteiden esittämisenä, muutosmyönteisyys puolestaan ratkaisujen pohtimisena ja ideointina. Yhteistä kaikille haastatteluille oli potilasturvallisuuden jatkuva huomiointi – hoitajien vastuullisuus.

Hoitajat kokivat hiljaisen raportin vaativan edellytyksiä, joihin he eivät suoranaisesti kokeneet voivansa itse hoitajina vaikuttaa - hoitajista riippumattomien edellytysten täyttymistä. Esiin nostettiin fyysisiä, raporttitilanteeseen, lääkäreihin, ohjaukseen ja arviointiin sekä uusiin työntekijöihin liittyviä edellytyksiä.

Fyysisinä edellytyksinä rauhalliset ja hiljaiset raportointitilat koettiin tärkeiksi edellytyksiksi hiljaiselle raportille, kuten myös Sinkkonen (2011, 44), Laukkanen ym. (2012, 13), Aaltonen (2015, 37), Harjula (2016, 40) ja Laitila ym. (2016, 36) ovat todenneet. Myös tietokoneiden riittävä määrä koettiin keskeiseksi. Hoitajat katsoivat, että kullakin raportin lukijalla tulisi olla oma kone käytössään. Myös mm. Sinkkonen (2011, 45), Laukkanen ym. (2012, 15), Aaltonen (2015, 37), Jormanainen (2015, 41), Harjula (2016, 40), Laitila ym. (2016, 36) ja Berg (2017, 23) ottavat esiin tietokoneiden riittävyyden hiljaisen raportin edellytyksenä. Myös haastateltavien näkemykset potilastietojärjestelmän vastaavuustarpeesta hiljaisen raportin vaatimuksiin saavat tukea aiemmista tutkimuksista (vrt. Laukkanen ym. 2012, 27; Harjula 2016, 40; Laitila ym. 2016, 36; Berg 2017, 24). Merkittävä myönteinen esiin tullut huomio kuitenkin oli, että hiljaisen raportin edellytyksiä ennakolta täyttäneen kirjaamisen kehitystyönä syntyneen uuden kirjaamismallin koettiin jo pitkälti vastanneen potilastietojärjestelmän puutteisiin. Vaikka siis esiin tulleet fyysiset edellytykset näyttäytyivätkin osaltaan taloudellista panostusta vaativina osa-alueina, haastattelu-tulokset osoittivat innovatiivisuudella voitavan ohittaa näitä vaatimuksia – kuten juuri uuden kirjaamismallin luomisen havaittiin tehneen.

Haastattelut toivat esiin hoitajien kaipaavan tilapäisiä ajallisia lisäresursseja hiljaisen raportin käyttöönoton yhteyteen. Myös Aaltonen (2015, 37) ja Laitila ym. (2016, 36) tuovat esiin lisääjän tarpeen raporttia luettaessa. Pelander & Kirjonen (2011, 27), Jormanainen (2015, 41) ja Berg (2017, 36) puolestaan tarkastelevat ajan riittävyyttä pitemmältä vapaalta palaavien näkökulmasta, mikä oli myös tässä haastattelututkimuksessa lisähuolta herättänyt aihe. Haastatteluun osallistuneet kuitenkin tähdensivät lisääjän tarpeen väliaikaisuutta; hoitajat odottivat hiljaisen raportin käyttöönotolla kuitenkin lopulta

säästettävän aikaa. Tälle antaa odotusarvoa Harjulan (2016, 56) tutkimuksessa lisääjän tarpeen liittäminen oleellisen tiedon etsinnän hankaluuteen: uusien toimintamallien – hiljaisen raportoinnin ja kirjaamisohjeistuksen mukaisen kirjaamisen – vakiinnuttua käyttöön, sekä hoitajien saatua kokemusta tiedonhausta koetun lisääjän tarve kohdeorganisaatioissa vähennee.

Hoitajat kokivat suullisen tiedonsiirron mahdollisuuden tärkeäksi hiljaisen raportin rinnalla potilasturvallisuuden näkökulmasta. Hiljaisen raportin edellytyksenä nähtiinkin hiljaisen raportin loppuun sijoittuva lyhyt suullisen raportin osio. Suullisen raportin tarvetta hiljaisen rinnalla ovat ottaneet esiin myös Sinkkonen (2011, 44), Aaltonen (2015, 36) ja Luomala (2018, 55). Suullisen raportin merkitys nähtiin välttämättömänä paitsi kirjaamattoman tiedon välittäjänä, myös vastuun siirtymisen konkretisoijana. Raportin merkitystä vastuun siirtymisen näkökulmasta korostavat myös Stroppe & Ottani (2006, 198) ja Roivas & Karjalainen (2013, 148).

Hiljaisen raportoinnin ei koettu istuvan suoraan osaston nykyisiin toimintamalleihin, vaan implementoinnin koettiin vaativan muutosta tiimityön organisointiin sekä aamu- että iltavuorossa. Taustalla oli raporttiin kohdistuva suuri potilasmäärä, joka loi tarvetta kohdentaa lukemista vain osaan potilaista jakamalla potilaat hoitajien kesken. Tulokset saavat tukea Jormanaisen (2015, 37), Harjulan (2016, 7, 44) ja Laitilan ym. (2016, 36) samansuuntaisista tuloksista. Hoitajat hakivat ratkaisua iltavuoron solujakomallista, jossa hoitajat hoitaisivat potilaita iltavuorossa soluittain, jolloin lukutaakka vähenisi merkittävästi. Toimintamalliehdotus sai osakseen myös jyrkkää vastustusta. Hoitajat kantoivat huolta pääasiassa siitä, auttaisivatko solut toisiaan tarvittaessa potilasaineksen hoidettavuuden ollessa epätasaista solujen kesken. Tämä konkretisoi osaltaan hoitajien vastuullisuutta: muutosta peilailtiin jatkuvasti koettuihin mahdollisiin uhkiin - toisaalta kyseessä saattoi myös olla muutosvastaisuuden ilmenemä. Tiimityön organisoinnin näkökulmasta muutosta kaivattiin myös aamuvuoroon, jossa itse raportin kirjoitus tapahtuu. Vastuuhoitajamallia vahvistamalla koettiin saatavan kirjauksiin vaadittua perehtyneisyyttä. Vastuuhoitajamallin vahvistamista haettiin työvuorosuunnittelusta asti. Harjula (2016, 44) puhuu vastaavasti omahoitajuudesta, jonka tukijana niin ikään hyvä työvuorosuunnittelu toimii.

Lääkärin toiminta ja yhteistyön sujuvuus nostettiin keskeisesti hiljaisen raportoinnin onnistumiseen vaikuttavaksi tekijäksi. Lääkärin kirjauksiin odotettiin parannusta, samoin määräysten annon aikataulutukseen. Hoitajat kaipasivat selkeitä, ytimekkäitä, hyvällä suomen kielellä kirjoitettuja lääkärin määräyksiä, jotka olisivat kirjattuna potilastietojärjestelmässä ajoissa. Näin hoitaja ehtisi sekä toteuttamaan määräykset, että

huomioimaan ne potilaan hoidon suunnittelua kirjatessaan. Suunnitelman päivittämisen ei siis koettu onnistuvan ilman päivitettyjä määräyksiä. Kaiken kaikkiaan hoitajat kokivat, että nämä koetut lääkäreihin liittyvät kehitystarpeet tulisi myös saada lääkäreille tiedoksi, jotta niissä voitaisiin saada parannusta aikaan. Lääkärien määräykset osana hiljaisen raportin onnistumista on otettu myös Kähkösen (2010, 40) tutkimuksessa esiin. Niiden puuttumisen koettiin estävän hiljaisen raportin käytön, eli kyseessä on oleellinen hiljaisen raportin onnistumiseen vaikuttava tekijä (Kähkönen 2010, 40). Kielitaitoon liittyvät tulokset hiljaisen raportin edellytyksinä sen sijaan eivät aiemmissa tutkimuksissa ole nousseet vastaavasti esiin. Tulos on kuitenkin merkittävä aikansa ilmentäjä, sillä kansainvälistyminen ja työvoiman valtiorajat ylittävä rekrytointi osana tulevaisuuden terveydenhuollon strategiaa nostavat kielitaidon osana viestintää merkittäväksi potilasturvallisuuden vaikuttavaksi tekijäksi. Tämänäyttypisten edellytysten tarkempi esiintuonti saattaa tulevaisuudessa olla entistä tärkeämpää. Kielitaitoon liittyvät uhkakuvat tunnistettiin tässä tutkimuksessa paitsi lääkäreihin, myös hoitajiin liittyvänä riskinä. Lainsäädäntö ottaa asiaan osaltaan kantaa velvoittamalla työnantajaa varmistamaan sen riittävyden kulloisessakin työtehtävässä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994). Tämän veloitteen todentaminen voidaan näin ollen nähdä hiljaisen raportin edellytyksenä.

Uusien työntekijöiden perehdyttäminen toimintamalleihin otettiin myös esiin edellytyksenä hiljaiselle raportille. Harjula (2016, 57) tuo esiin, että vastaava perehdytys lisää uuden työntekijän kokemusta turvallisesta työilmapiiristä ja nopeuttaa itsenäiseen työskentelyyn siirtymistä. Tällä voidaan edelleen lisätä potilasturvallisuutta, hoidon sujuvuutta ja säästää aikaa.

Hiljaisen raportin mahdolliset ongelmat ohjasivat keskustelua useissa kohdin haastatelluja hoitajan hiljaisen raportin hallintaan, johon koettiin tarvittavan ohjeistuksia, opastusta ja arviointia. Hoitajien kokemaan hiljaisen raportin ohjeistuksen tarpeeseen oltiin tässä projektissa jo ennalta suunniteltu olevan tarvetta kirjallisuuskatsauksen perusteella: hyvän raportoinnin perusedellytys on yhteisesti sovittu ohjeistus tai runko (mm. Strole & Ottani 2006, 202). Haastattelujen tulos vahvisti tätä tarpeellisuutta. Hoitajat kaipasivat konkreettista ohjetta, miten raportilla tulee toimia. Ohjeistuksen kohdalla haastateltavat keskittyivät pohtimaan hyvinkin tarkasti ohjeistusten sisällöllisiä vaatimuksia, sekä tarkastelivat opastusta myös kokonaisuutena. Merkittävä tehty huomio oli, ettei hiljaiseen raporttiin riittäisi yksi ohjeistus, vaan lääkevuorolaiselle tarvittaisiin oma ohjeistuksensa erilaisen tiedontarpeensa vuoksi. Lisäksi hoitajien mukaan myös aamuvuoro tarvitsi osaltaan opastusta hiljaisen raportin suhteen. Yksilölliseen tiedontarpeeseen

vastaaminen nousi esiin myös hiljaisen raportin odotuksissa. Yleisesti ottaen ohjeistuksiin kaivattu sisältö ja laajuus vaihtelivat haastateltavien joukossa. Yhtä mieltä oltiin kuitenkin siitä, ettei ohjeistus saisi olla turhan monimutkainen. Esiin otettiin jälleen, että uusi kirjaamismalli itsessään sisälsi pääosan hiljaisen raportin lukijan tarvitsemasta tiedosta – se vastaa hiljaisen raportin tarpeeseen.

Hiljaisen raportin ohjeistukseen koettiin tarpeelliseksi liittää erinäisiä sääntöjä varsinaisen toimintamallin rinnalle. Sääntöjen tarve juontuu muun muassa hoitajien tarpeesta määrittää tarkat lukuajat raportille ja vaatimuksista lukurauhan saamisen suhteen. Näitä sääntöjä koettiin tarvittavan myös aamuvuorolle kirjaamiseen, suulliseen raportointiin ja vastuun siirtymiseen liittyen.

Osa haastateltavista koki, että varsinaisen hiljaisen raportin ohjeistuksen lisäksi tarvitaan opastus ohjeistusten käyttöön. Myös Meum ym. (2011, 4), Harjula (2016, 55) ja Laitila ym. (2016, 35) tuovat esiin hiljaisen raportin käyttöönoton tarvitsevan ohjausta. Hiljaisen raportin hallintaa haluttiin varmistaa myös tarvittaessa saatavalla henkilökohtaisella ohjauksella ja erillisellä yhteisellä tilannearviolla menetelmän oltua käytössä jonkin aikaa mahdollisten karikoiden esiin nostamiseksi. Myös jatkuvaa avoimuutta ja rakentavan palautteen antoa ja sen saamista peräänkuulutettiin, mikä on myös Harjulan (2016, 46) mukaan oleellista. Uusien työntekijöiden perehdyttämisestä kannettiin niin ikään vastuullisesti huolta. Perehdytyksen merkitystä tähdentävät myös Laukkanen ym. (2012, 26) ja Laitila ym. (2016, 35).

Hiljaisen raportin edellytyksiä esiin nostettaessa hoitajat toivat esiin ulkoisten tekijöiden lisäksi esiin tekijät, jotka lähtevät heistä itsestään – hoitajista riippuvat edellytykset hiljaiselle raportille. Hoitajat tunnistivat tavassaan toimia kehitettävää muutoksen aikaansaamiseksi. Edellytyksiksi koettiin kirjaamiseen, raportin lukutaitoon, työn organisointiin sekä asenteisiin ja ammattietiikkaan liittyviä tekijöitä.

Kirjaaminen oli yksi merkittävimmistä hiljaisen raportin edellytyksenä esiin tuoduista asioista kuten projektissa lähtökohtaisesti oletettiin. Kehittyneiden kirjaamiskäytänteiden keskeisen merkityksen hiljaisen raportin edellytyksenä tuovat esiin myös Sinkkonen (2011, 45), Laukkanen ym. (2012, 15), Aaltonen (2015, 37), Harjula (2016, 46), Laitila ym. (2016, 35) ja Berg (2017, 24). Hoitajat kuvasivat melko tarkasti mitä kirjaamisessa tulisi kehittää, mikä osaltaan viestii heidän kokevan asian tärkeäksi. Etenkin hoitotyön suunnitelman merkitys hiljaisen raportin näkökulmasta koettiin tärkeänä kuten myös hiljaisen raportin ohjeistuksen sisällöllisissä vaatimuksissa tuotiin esiin. Suunnitelmien ja

niiden ajantasaisuuden merkityksestä hiljaisen raportoinnin näkökulmasta on raportoinut myös esim. Harjula (2016, 44) ja Meum (2011, 4). Hoitosuunnitelman ajantasaisuus heijastuu suoraan tiedonsiirtoon vaikuttavana tekijänä (THL 2011, 27). Olennainen tieto ja lukijan tiedontarpeen mielessä pitäminen koettiin niin ikään haastatteluissa hiljaista raportointia edistäviksi. Myös Sinkkonen (2011, 47) huomauttaa, että kirjattaessa tulee pohtia, pystyisikö kirjaaja itse hoitamaan potilasta kirjaamallaan tiedoilla.

Harjula (2016, 56) tuo esiin, että rakentavan palautteen antaminen kollegalle parantaa kirjaamista. Samankaltaista palautetta peräänkuulutettiin myös haastatteluissa. Kollegiaalisuuden yhdistäminen kirjaamisen kehittämiseen loi käsityksen, että kehittämistyötä tehdään nyt yhdessä yksissä tuumin toista tukien. Kirjaamisen merkitystä hiljaisen raportin edellytyksenä kuvasi hoitajien kokemus siitä, että juuri kirjaaminen on hiljaisessa raportissa haastavaa – itse raportin lukemisen odotettiin olevan helpompaa. Haastateltavien mukaan hiljaisen raportin lukemisesta selviää, kunhan osaa etsiä oleellisen tiedon. Oleellisen tiedon etsinnän haasteista ovat raportoineet myös mm. Pelander & Kirjonen (2011, 17) ja Harjula (2016, 56).

Hiljaisen raportoinnin koettiin edellyttävän oman työn uudelleenorganisointia. Ennen kaikkea organisointi liittyi työn priorisointiin ja ajoissa kirjaamiseen, jonka myös Sinkkonen (2011, 51) esittää hiljaisen raportin vaateena. Oman työn organisoinnin näkökulmasta peilattiin myös valmiuksia yhteistyöhön ja työnjakoon. Kollegiaalisella ajattelulla uskottiin saatavan kullekin hoitajalle erikseen omaa kirjaamisaikaa ja -rauhaa. Työn organisointia pohdittiin myös aamuvuoron näkökulmasta, sillä uuden kirjaamismallin mukaisen kirjaamisen koettiin vievän aiempaa enemmän aikaa, mutta toisaalta hoitaja säästää suulliseen raportointiin ja sen valmisteluun aiemmin kuluneen ajan.

Hoitajat toivat esiin hiljaisen raportin käyttöönoton edellyttävän asenteellista ja ammatiteettistä huomiointia. Myös Laitila ym. (2016, 35) ja Harjula (2016, 45) peräänkuuluttavat asenteiden muuttumisen tarvetta. Laukkasen (2012, 27) tutkimuksessa henkilökunnan vastustus oli suurin syy sille, ettei hiljainen raportti ollut käytössä. Ennen kaikkea tietokoneella työskentelyn näkeminen työksi ja koneella vietetyn ajan perusteiden ymmärtäminen olivat haastateltavien mukaan oleellinen edellytys hiljaiselle raportille. Hiljaisen raportin nähtiin myös muuttavan hoitajan roolia raportilla niin, että hänen tiedonsaantinsa oli aiempaa merkittävämmiin kiinni hänestä itsestään. Hiljaisen raportin käyttöönoton myötä hoitaja ei ole enää passiivinen tiedon vastaanottaja vaan aktiivinen tiedon etsijä. Hän kantaa itse vastuun tiedonsaannistaan.

Hiljaisen raportoinnin koettiin vaativan luopumista totutuista raportointitavoista, kuten myös Pelander & Kirjonen (2011, 27) toteavat. Tässä kohtaa otettiin esiin erityisesti uuden toimintamallin vaikutus omien muistiinpanojen tekoon raporttitilanteessa. Tähän ei koettu enää olevan aikaa entisessä laajuudessaan. Osa hoitajista tähdensi vahvasti, ettei laajoille muistiinpanoille enää olisi edes tarvetta – niistä ei enää pidettäisi suullisia raportteja. Osa hoitajista ei kuitenkaan halunnut edes ajatella muutosta tässä perinteessä.

Tutkimuksessa esiin nousseet teemat liittyen hiljaisen raportin edellytyksiin ovat pitkälti yhtenäiset muun tutkimustiedon kanssa. Muun tutkimustiedon ja tehdyn haastattelun tuloksia vertailtaessa esiin tulee muutama teema, jotka todentuvat aiemmassa tutkimustiedossa, mutta eivät nousseet tästä haastatteluaineistosta esiin. Esimerkiksi keskustelun pois jääminen on muussa tutkimuksessa nostettu hiljaiseen raporttiin liittyväksi ongelmaksi, joka vaatisi muuta foorumia kuin raportointihetki siirryttäessä suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin. (vrt. Aaltonen 2015, 36; Laitila ym. 2016, 36.) Strople & Ottani (2006, 197) ottavat esiin raporttitilanteen antavan mahdollisuuden ratkoa yhdessä hoitotyön ongelmia. Vuorovaikutuksellisten elementtien esiin nostaminen jäi haastattelujen ulkopuolelle mahdollisesti siksi, että suullinen raportti ei osastolla ole toiminut vastaavana foorumina – koko raporttiaika käytettiin potilastiedon siirtoon, ajallinen paine oli kova eikä muulle kommunikaatiolle ollut aikaa. Toinen merkittävä aiemmissa tutkimuksissa ilmennyt teema, joka ei tässä tutkimuksessa tullut esiin oli johdon tuki ja muutokseen osallistumisen vaatimus (Harjula 2016, 45). Esimerkiksi Laitila ym. (2016, 35) nostavat esimiehen motivaation, vakuuttuneisuuden hiljaisen raportin vaikuttavuudesta, tärkeäksi hiljaisen raportoinnin implementoinnin näkökulmasta. Tämän kehittämisprojektin lähtökohtaisena rikkautena toimi johdon ymmärrys muutosta kohtaan, eikä esimiehiä varsinaisesti otettu esiin hiljaisen raportin edellytyksenä. Esimiesten toiminta kuitenkin heijastui vastauksissa vastuun kantajana hoitajista riippumattomien tekijöiden mahdollistajana.

9.6.2 Johtopäätökset hiljaiseen raporttiin liittyvistä odotuksista

Edellä mainittujen hiljaisen raportin edellytysten esiin nostaminen toi esiin hiljaisen raportin käyttöönottoon liittyviä hankaluuksia osaston kontekstissa, kun taas hiljaisen raportin odotuksista keskusteltaessa esiin nousi pääosin positiivisia ajatuksia. Hiljaiseen raporttiin liittyvät odotukset olivat korkealla, mutta niiden voidaan nähdä myös olleen

realistisia: hoitajat odottivat monin osin vaikutuksia, joiden on hiljaista raporttia koskevissa tutkimuksissa todennettu hiljaisen raportin todella myös aikaansaavan.

Hiljaisen raportin odotettiin vastaavan yksilölliseen tiedontarpeeseen, joka on mm. Bergin (2017, 35) ja Laukkasen ym. (2012, 14) esiin nostama todennettu hiljaisen raportin merkittävä hyöty. Haastateltavien mukaan hoitajat kokivat hiljaisen raportin mahdollistavan toisaalta riittävän tiedon saannin, ja toisaalta säästävän raportin vastaanottajan entuudestaan tutun tiedon vastaanottamiselta, mikä nähtiin käytössä olleen suullisen raportin merkittäväksi heikkoudeksi. Lomalta palaajan laajaan tiedontarpeeseen hiljaisen raportin vastaavuus koettiin heikoksi. Myös Sinkkonen (2011, 50) viittaa pitkiltä vapailta palaamisen haasteisiin hiljaisessa raportissa.

Aaltonen (2015, 39), Harjula (2016, 56), Jormanainen (2015, 38) ja Berg (2017, 38) ovat tuoneet esiin, että suullinen raportti vie aikaa. Suullisen raportin aikaa vievyys otettiin esiin myös haastatteluissa. Raportin pitäjän valmistautuminen suulliseen raporttiin koettiin ajallisia resursseja tuhlaavana. Toisaalta raportin vastaanottajalla koettiin kuluvan ylimääräistä aikaa suullisella raportilla epäselviksi jääneiden asioiden tarkistamiseen jälkikäteen koneelta. Myös Johnson ym. (2015, 24) raportoivat raportoinnin tietoaukkojen aiheuttavan viivettä hoidossa raportin kuuntelijan joutuessa etsimään puuttuvia tietoja muuta kautta. Suullisen raportin kerrottiin usein myös venyvän yli työajan – aiheuttavan ylityötä. Ilmiötä ovat kuvanneet myös Kähkönen (2010, 37), Laukkanen ym. (2012, 14), Aaltonen (2015, 36) ja Berg (2017, 38). Hiljaisen raportin odotukseksi katsottiin edellä mainituista näkökulmista sen aikaa säästävä vaikutus.

Potilasturvallisuuden paraneminen otettiin esille odotuksena hiljaisen raportin käyttöönotolle. Esiin tuotiin suullisen raportin heikkouksina raportin pitäjän raportointitaidot ja subjektiiviseen näkemykseen perustuva raportointi. Näiden ongelmien uskottiin saavan vähemmän merkitystä hiljaisen raportoinnin käyttöönoton myötä. Ajatusta tukee Laukkasen ym. (2012, 13) tutkimustulokset, joiden mukaan hiljaisen raportin vahvuutena on tulkin-tojen, asenteiden ja ennakkoluulojen poisjäänti raportoinnista. Myös Jormanainen (2015, 38) korostaa hiljaisen raportoinnin etuna sen mahdollistamaa objektiivista tiedonsaantia. Hoitajat ottivat haastatteluissa esiin myös potilasturvallisuuteen mahdollisesti liittyviä riskejä. Tässä nostettiin esiin unohtunut kirjaus tai raportin lukijalta tärkeän asian huomaa-matta jääminen, jotka myös Pelander ja Kirjonen (2011, 27) ovat ottaneet esiin hiljaiseen raportointiin liittyvinä uhkina. Haastateltavat käsittelivät näitä tekijöitä kuitenkin yleisellä tasolla kaikkeen raportointiin liittyvinä inhimillisinä riskitekijöinä.

Berg (2017, 36) tuo esiin, että lisääntynyt kirjaaminen hiljaisen raportin käyttöönoton myötä on koettu haasteena etenkin kiireisinä aikoina, mikä todentui osaltaan myös haastattelutuloksissa. Haastateltavat odottivat hiljaisen raportin käyttöönoton tuovan mukanaan kirjaamiseen liittyvän kuormituksen lisääntymistä. Huolta kannettiin siitä, ehdittäisiinkö aamuvuorossa kirjata ajoissa. Hiljaisen raportin käyttöönottoon liittyviä ajallisia paineita ovat kuvanneet myös Puumalainen ym. (2003, 7), Harjula (2016, 56) ja Berg (2017, 35). Stressiä koettiin myös oman kirjauksen vastaamisesta hiljaisen raportoinnin tarpeisiin. Taustalla saattaa vaikuttaa uuden kirjaamismallin tuoreus – uutta kirjaamismallia oli vasta alettu soveltaa käytäntöön.

Yhteenvedona esiin tulleista odotuksista voidaan sanoa, että kehittämisprojektin lähtökohtana olleet nykytilan ongelmakohdat saivat edelleen vahvistusta hiljaisen raportin odotuksia kuvanneesta haastatteluaineistosta: hoitajat odottivat hiljaisen raportin tuovan apua tiedonsaannin varmistumiseen, potilasturvallisuuteen ja ajan hallintaan. Tulos vahvisti osaltaan kehittämistoiminnan oikeaa kohdentamista.

Haastattelujen pohjalta saatiin myös kattava kuva toimipaikkakohtaisten hiljaisen raportin ohjeistusten sisällölle ja rakenteelle. Esiin noussut aineisto kuvaa hyvin kuinka laajaa käsitystä hoitajat odottavat raportilla saavansa potilaasta ja tämän taustoista. Tämä tieto käsittää tiedon potilaan tulotilanteesta, taustasta, potilaan tilasta, lääkityksestä, ja lääkärin määräyksistä. Tietoa eriteltiin vielä yksityiskohtaisemmin. Lisäksi esiin tuotiin ne potilastietojärjestelmän osat, joista kyseinen informaatio löytyy. Tämä tieto eriteltiin sen mukaan, miten hoitajat kokivat eri potilasasiakirjojen merkityksen näyttävätyvän hiljaisen raportin näkökulmasta, ts. esiin tuotiin mitkä osat ovat tärkeimpiä, ja mitkä vähemmän tärkeitä, ja minkälaista sisältöä ylipäättään olisi järkevä ohjeistukseen laittaa. Oleellista on, että hoitajien mielestä ohjeistuksessa tuli osoittaa mitä potilasasiakirjojen osia hiljaisella raportilla tulisi katsoa, ei niinkään mitä tietoa sieltä tulisi lähteä etsimään – hoitajan tiedontarve koettiin yksilölliseksi ja toisaalta oleellisen tiedon riippuvan myös itse potilaasta.

Odotuksissa tuotiin esiin myös hiljaiseen raporttiin liittyviä ennakoasenteita. Osa hoitajista kertoi, että eivät vielä osanneet kuvata asenteitaan kokemuksen puutteen vuoksi. Positiivisesti suhtautuvien ajattelussa välittyi into, mielenkiinto, avoimuus ja luottamus. Muutama hoitaja liitti positiiviseen asenteeseensa vaatimuksen hiljaisen raportin edellytysten täyttymisestä. Osa puolestaan toi avoimesti esiin jännittävänsä tulevaa, myös pelosta ja huolesta puhuttiin. Tämä kulminoitui pääosin kollegojen selviytymisestä huolehtimiseen. Oma asenne jätettiin myös tulkinnanvaraiseksi epämääräisin ilmaisuin.

Oleellista on, että muutosvastarinta ei haastatteluissa enää näyttäytynyt projektin alun kaltaisena, vaan asioista kyettiin keskustelemaan myös rakentavasti.

9.6.3 Johtopäätökset hoitajien kokemuksista uudesta kirjaamismallista hiljaisen raportin tukena

Hoitajat kokivat uuden kirjaamismallin vastaavan hyvin hiljaisen raportin tarpeisiin ja tukevan heitä hiljaiseen raporttiin siirtymisessä. Etenkin hoidon suunnittelun näkyminen potilasasiakirjassa katsottiin merkittäväksi parannukseksi. Kirjaamisen itsessään katsottiin uuden mallin myötä lisäävän hoitajan perehtyneisyyttä potilaasta ja uuden kirjaamismallin koettiin tukevan kokonaiskuvan muodostusta, mikä Sinkkosen (2011, 50) mukaan on ollut haaste hiljaisessa raportissa. Myös potilaan tilan koettiin tulevan selkeämmin esiin. Tiedon keskitetympi ja tiiviimpi saatavuus koettiin niin ikään mallin eduksi. Myös mm. Berg (2017,25) ottaa esiin keskitetyn tiedon tukevan hiljaista raportointia.

Hoitajat kokivat uuteen kirjaamismalliin liittyvän myös haasteita. Kirjaamisen koettiin muuttuneen yhä työläämmäksi, sillä potilastietojärjestelmä ei koettu vastaavan hiljaisen raportin tarpeeseen. Osa vastaajista kantoi huolta kirjausten pituuksien tarpeettomasta kasvamisesta. Osin ongelmiin osattiin kuitenkin suhtautua positiivisesti: kirjauksen hallinnan uskottiin kasvavan kokemuksen kautta, ja esiin nousseisiin ongelmiin esitettiin aktiivisesti ratkaisuja.

Hoitajat olivat realistisia sen suhteen, että kirjaamisessa on vielä kirjaamiskoulutuksen jälkeinkin kehitettävää ja tunnistivat hyvin kehittämistarpeensa hiljaisen raportin näkökulmasta. Jotkut hoitajien kokemat kirjaamista koskevat hiljaisen raportin käyttöön liittyvät edellytykset olivat samat kuin koetut kehitystarpeet – hoitosuunnitelmien laadinta koettiin osin vielä haastavaksi, samoin oleellisen sisällön esiintuominen. Luomala (2018, 46) tuo esiin kirjaamisen ongelmina hoidon tarpeen ilmaisemisen ja edelleen yksilöllisten tavoitteiden ilmaisemisen suhteessa niihin. Tämä konkretisoitui myös haastateltavien ajatuksissa, ja kirjaamisohjeistusta haluttiin täsmentää tämän osalta. Yleisesti ottaen kirjaamisen kehityshaasteita ei nähty kuitenkaan ongelmana: hoitajat kokivat, että eivät tarvitse enää varsinaista koulutusta kirjaamiseen. Tämä viesti osaltaan järjestetyn kirjaamiskoulutuksen riittävydestä.

9.7 Haastattelujen eettisyys ja luotettavuus

Hyvään eettiseen käytäntöön kuuluu tiettyjen eettisten periaatteiden noudattaminen, joita myös tässä tutkimuksessa on pyritty seuraamaan. Tutkimusmenetelmien valinnassa huomioitiin eettinen kestävyys ja tieteellisten kriteereiden mukaisuus. Tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä arvioinnissa toteutettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 3) ohjeistusta noudattaen tutkimukselle on haettu tutkimuslupa Salon terveyskeskuksen johtavalta lääkäriltä. Lupa on myönnetty 2/2019. Huomio on kiinnitetty myös kaikkien tutkimuksen osapuolien vastuisiin, velvoitteisiin, sekä aineiston säilytystä ja käyttöä sekä tietosuojaan koskeviin kysymyksiin (vrt. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 3–4).

Tutkimusaiheen valinta on jo itsessään eettinen ratkaisu. Tutkimuksen hyödyllisyys antoi perusteet itse tutkimuksen olemassaololle (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 218). Ryhmäteemahaastatteluiden tuottama tieto hiljaisen raportin edellytyksistä, tieto hiljaisen raportin ohjeiden odotetusta sisällöstä ja tieto hoitajien kokemuksista kirjaamismallista hiljaisen raportin tukijana perustelevat tutkimuksen konkreettista hyötyä. Saatu tieto ohjasi hiljaisen raportin edellytysten täyttämistä ja kirjaamisen edelleen kehittämistä.

Myös osallistujat huomioitiin eettisyyden näkökulmasta. Oikeudenmukaisuus varmistettiin kutsumalla kaikki osaston valintakriteerit täyttäneet hoitajat haastatteluun, eikä mahdollisia ei-toivottuja osallistujia suljettu otoksen ulkopuolelle (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 219). Osallistujia informoitiin ennen tutkimusta tutkittavasta aiheesta, aineistonkeruusta ja aineiston käyttötarkoituksesta (vrt. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 6) projektin alussa pidetyllä osastotunnilla, sekä haastattelun kutsukirjeessä. Haastatteluun ilmoittautunut siis tiesi mihin oli lupautunut (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2018, 86). Haastatteluun osallistuvilta pyydettiin vielä erillinen kirjallinen suostumus haastatteluun osallistumisesta. Eettisyyttä tuettiin edelleen kertomalla haastateltaville haastattelun alussa osallistumisen olevan vapaaehtoista, ja heidän voivan keskeyttää osallistumisensa missä vaiheessa tahansa. Myös haastattelun nauhoituksesta informoitiin, samoin syntyneiden äänitallenteiden asianmukaisesta hävittämisestä. Tutkittavien anonymiteetti suojattiin aineiston keruun ja säilytyksen jokaisessa vaiheessa. Tutkimustietoja ei luovutettu ulkopuolisille ja nauhoitettu aineisto säilytettiin salasanalla suojatussa tietokoneessa (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 219, 221) sekä

hävitettiin heti raportin valistumisen jälkeen (vrt. Mäkinen 2006, 148). Raportoinnissa huomioitiin myös, etteivät tutkittavat ole tunnistettavissa tutkimusteksteistä (vrt. Kuula 2011, 64). Vastaajien tunnistetietoja ei tässä projektissa kerätty.

Kvalitatiiviselta tutkimukselta edellytetään luotettavuuskriteerinä tutkitun kohteen ja tulkitun materiaalin yhteensopivuutta siten, etteivät satunnaiset tai epäoleelliset tekijät ole vaikuttaneet teorianmuodostukseen (Vilkkä 2015, 196). Uskottavuuden kannalta oleellista on, että tutkimustulos vastaa tutkimukseen osallistuneiden näkemyksiä tutkimuskohteesta (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Haastattelurungon tarkoituksenmukaisuus varmistettiin ennen haastatteluja hyväksyttämällä se projektiryhmässä. Haastattelun mahdollistama aineistonkeruun säätely puolestaan tuki uskottavuutta mahdollistamalla kattavan ja käyttökelpoisen aineiston keräämisen kehittämisen tueksi varmistaen samalla, että haastateltava ymmärrettiin oikein. Haastattelijalla oli siis mahdollisuus selventää tai syventää saatuja vastauksia (vrt. Hirsjärvi ym. 2009, 205), mikä osaltaan vahvisti uskottavuutta.

Uskottavuutta lisää myös saaduista tuloksista keskustelu tutkittavien kanssa. Tutkimuksen tulokset palautettiin niiden valmistuttua tutkittaville esittämällä haastattelutulokset hoitajille tätä varten järjestetyllä osastotunnilla. (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Esiin nostetut tulokset nähtiin tosina mikä ilmeni tuloksia tukevien keskustelujen syntymisenä. Ryhmäteemahaastattelujen heikkous uskottavuuden näkökulmasta on ryhmädynamiikan perusilmiö – taipumus noudattaa enemmistön mielipidettä, joka Kylmän & Juvakan (2007, 85) mukaan saattaa muodostaa oman riskinsä. Ryhmäteemahaastattelujen suuri määrä, sekä hoitajien toinen toistensa tunteminen - rohkeus tuoda oma kantansa esiin, voidaan kuitenkin nähdä tätä riskiä pienentävänä tekijänä.

Uskottavuus on tuotu esiin myös tulosten analysoinnissa. Laadittujen kategorioiden kattavuudella aineistoon nähden on pyritty tukemaan uskottavuutta (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198). Kaikki aineistosta saatu tutkimusongelmiin liittyvä materiaali tuotiin esiin raporttiin. Toisaalta myös aiemman hiljaista raporttia käsitellyn tutkimuksen tuottaman tiedon yhdensuuntaisuus tässä tutkimuksessa saatuihin tuloksiin lisää myös tässä tutkimuksessa saatujen tulosten uskottavuutta (vrt. Kananen 2015, 349).

Vahvistettavuuden näkökulmasta raportissa on kuvattu ja dokumentoitu tarkasti tutkimusprosessin kulku, niin, että lukija voi kuvausten perusteella luoda käsityksiä siitä, miten tuloksiin ja johtopäätöksiin ollaan päädytty (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 129). Haastattelutulosten dokumentoinnissa on tähän pyrkien luotu katsaus analyysiprosessiin.

Analyysiä on kuvattu alkuperäistekstistä alkaen ja luotettavuuden lisäämiseksi tästä on esitetty konkreettinen esimerkki (Taulukko 1). Vahvistettavuutta on pyritty lisäämään myös esittämällä alkuperäisilmaisuja haastatteluaineistosta (vrt. Vehviläinen & Julkunen 2017, 198).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskeisimpänä luotettavuuskriteerinä toimii tutkija ja hänen rehellisyytensä, sillä tutkimuskohteena on tutkijan tekemät valinnat, arvot ja ratkaisut (Vilka 2015, 196–197). Luotettava tutkimus vaatii objektiivisuutta. Tulkintojen on nouseva vain aineistosta, ei tutkijan mielipiteistä (Kananen 2014, 136). Eettisyyden näkökulmasta tutkimuksen tekijän on arvioitava myös omaa vaikutustaan tutkimusprosessiin ja aineistoon (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tutkimus toteutettiin projektipäällikön omassa työympäristössä, eli tutkijan suhde tutkittaviin oli läheinen. Tällä saattaa olla ollut vaikutus tutkittaviin ja tuloksiin, sillä projektipäälliköllä oli oma käsityksensä tutkittavasta kohteesta. Tutkijan mahdollinen oma vaikutus aineistoon ja tutkimusprosessiin on huomioitu (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 129) mahdollisimman objektiivisella työotteella (vrt. Kananen 2015, 121). Reflektiivisyyden lisäämiseksi tutkimuslähtökohdat on kuvattu tarkasti (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 129) niin, että lukija kykenee arvioimaan tiedon muodostumisen ja arvioimaan tätä kautta sen pätevyyttä –tutkimusprosessin on pyritty pitämään läpinäkyvänä (vrt. Vilka 2015, 196–197).

Siirrettävyyteen luotettavuuden mittarina liittyy kehittämistoiminnan näkökulmasta ongelmaa työorganisaatioiden ja kehittämisprosessien ainutkertaisuuden ja kontekstisidonnaisuuden vuoksi (Toikka & Rantanen 2009, 126). Tulosten siirrettävyyden muihin vastaaviin tilanteisiin mahdollistamiseksi projektissa toimintaympäristö ja osallistujat on kuvattu tarkasti (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tämän kautta muut työyksiköt voivat arvioida hyödynnettävyyttä omassa yksikössään.

Myös valitulla osallistujajoukolla on merkitystä tutkimusten luotettavuuteen. Keskeistä valinnassa on tarkoituksenmukaisuus. Tutkimusjoukoiksi valittiin osaston hoitohenkilöstö – heillä on paras mahdollinen näkemys ja kokemus kohdeorganisaatiosta, johon syntyvää tietoa sovelletaan. Tätä voidaan pitää luotettavuutta lisäävänä tekijänä (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 58), kuten myös haastatteluihin osallistuneiden hoitajien runsasta määrää, minkä ansiosta tulos kuvaa kattavasti osaston hoitajien näkemyksiä.

10 HAASTATTELUJEN JÄLKEINEN KEHITTÄMISTOIMINTA

Hiljaisen raportointikäytännön käyttöönotto vaati onnistuakseen organisaatiokohtaisten edellytysten esiin nostamista. Nämä edellytykset nousivat raporttia työkseen käyttävien hoitajien kokemista tarpeista. Tutkimuksellisen osion kautta syntyneen tiedon avulla pyrittiin luomaan tärkeiksi koettuja edellytyksiä ja poistamaan mahdollisia esteitä yhdessä osaston johdon (apulaisosastonhoitaja ja osastonhoitaja) kanssa. Haastattelujen tulos suuntasi näin projektin eteenpäin viemistä. Tuloksesta selkeästi erottuneet pääluokat, hoitajista riippuvat ja hoitajista riippumattomat edellytykset hiljaiselle raportille, autoivat osaltaan suuntaamaan toimintaa eritellen ne asiat, jotka tuli esittää organisaation esimiehelle tarvittavien edellytysten täyttämiseksi (hoitajasta riippumattomat edellytykset) ja asiat, joihin voitiin vaikuttaa paitsi ohjaamalla ja opastamalla hoitajia, myös tekemällä sääntöjä hiljaiseen raporttiin koskien hoitajan toimintaa (hoitajista riippuvat edellytykset). Haastattelut antoivat myös eväät hiljaisen raportin ohjeistuksen laadinnalle ja kartoittivat osaltaan olemassa olevaa kirjaamisen tasoa tuoden esiin senhetkiset kehitystarpeet.

10.1 Hiljaisen raportin edellytysten täyttäminen

Haastattelun tuottaman tiedon pohjalta ryhdyttiin hakemaan ratkaisuja hoitajien tärkeiksi kokemien edellytysten täyttämiseksi. Pääosa hoitajista riippumattomista edellytyksistä vaati niiden täyttämistä osaston esimiesten kautta. Uuden toimintatavan muutoksen mahdollistajana esimiehen rooli on keskeisessä asemassa (Riesenberg ym. 2010, 24; Laitila ym. 2016, 35). Hoitajasta riippumattomat kehittämistarpeet raportoitiin osaston osastonhoitajalle ja apulaisosastonhoitajalle yksityiskohtaisesti erillisessä palaverissa 3/2019. Vaadittavat edellytykset pyrittiin tuomaan esiin mahdollisimman perustellusti haastatteluaineiston pohjalta. Vastaanotto oli myönteinen ja esimiehet sitoutuivat pyrkiäkseen täyttämään hoitajien kokemia tarpeita.

Hoitajista riippumattomat tekijät käsittivät suurin osin fyysiseen työympäristöön liittyviä edellytyksiä. Osastolle hankittiin uusia kannettavia tietokoneita suurehkoilla näytöillä niin, että kullakin raportinlukijalla olisi oma kone käytössään. Myös hiiriä hankittiin lisää. Tarvittavien rauhallisten, häiriöttömien tilojen järjestelyssä päästiin nopeasti tavoiteltuihin ratkaisuihin. Saneerauksessa olleet tilat valmistuivat sopivasti hiljaisen raportin

alkumetreille, ja hiljaista raporttia jouduttiin lukemaan vain hetki tarkoitukseen sopimattomassa tilassa osaston kansliassa. Haastattelussa esitettyyn toiveeseen saada käyttöön tila, jossa voidaan lukea raporttia yhdessä keskustellen, ei ollut mahdollista järjestää tilojen niukkuuden vuoksi. Osastonhoitaja huolehti raporttitilojen asianmukaisesta kalustamisesta. Käyttöön saatiin lisää pöytiä, jotta raportin lukijoilla oli riittävä pöytätila koneen käytölle ja muistiinpanojen teolle. Liikuteltavien atk-kärryjen lisätarpeen toiveeseen esimiehet päättivät kustannussyistä vastata vasta kun jo olemassa olevat kärryt ovat kaikki otettu käyttöön.

Kirjaamisohjeistus päivitettiin hoitajien kokeman tarpeen pohjalta sanan ”ongelmat” lisäämisellä hoidon tarve -otsikon perään selkeyttämään sen haluttua asiasisältöä. Asia eteni projektiryhmän hyväksynnän kautta kirjaamisohjeistukseen.

Toivottua potilastietojärjestelmän lisäosaa, hoitosuunnitelma-alustaa, ei tarpeellisuuden perustelusta huolimatta kyetty hankkimaan taloudellisista syistä. Tämän puutteen merkitys ei kuitenkaan poistanut hiljaisen raportin käyttöönoton mahdollistumista, sillä uusi kirjaamismalli oli suunniteltu korvaamaan kyseistä lisäosaa, ja myös hoitajat kokivat sen toimivan tässä tarkoituksessa.

Hoitajat olivat haastatteluissa tuoneet esiin raporttilistojen tulostusmahdollisuuden tukevan hiljaista raportointia, ja tätä potilastietojärjestelmän jo sisältämän ominaisuuden käyttöönottomahdollisuutta peräänkuulutettiin. Asia esitettiin organisaation tietohallinnolle, ja asiasta muistutettiin toistuvasti vuoden ajan. Lopulta tietohallinto ilmoitti 1/2020 ettei olemassa olevaa ongelmaa saada korjattua, eli kaivattuja raporttilistoja ei saatu edelleenkään käyttöön.

Hoitajat kokivat tarvitsevansa hiljaisen raportin alkutai-paleelle lisää aikaa raportin lukemiseen. Lisää aikaa arveltiin tarvittavan jatkossa myös lomalta palaajille. Esimiehen luvalla raportointiaikaa pidennettiin kuuden viikon ajaksi hiljaisen raportin käyttöönoton alkutai-paleelle 30 minuuttia. Aika osoitettiin sijoitettavaksi esimiespäätöksellä työvuoron alkuun niin, että hoitajat tulivat aiempaa aikaisemmin iltavuoroon. Tilanteen teki ristiriitaiseksi se, että hoitajat olivat haastattelussa ottaneet esiin aamuvuoron kirjaamiseen liittyvän painetta kirjata ajoissa. Tässä kohtaa jouduttiin kuitenkin tekemään päätös näiden kahden vaihtoedon välillä. Lomalta palaajille esimiehet eivät luvanneet toivottuja lisäaikoja käyttöön.

Hoitajien kokemaan toiminnan muutostarpeeseen esimiehet suhtautuivat hyvin myönteisesti. Ennen kaikkea iltavuoron tiimityön kehittäminen solujakomallilla koettiin hyväksi.

Osastonhoitaja esitti asian kahdesti osastokokouksessa henkilöstölle. Ehdotus sai sekä vastustusta että kannatusta. Solujaon käyttöönotto estyi lopulta ylilääkärin määrättyä kaiken kehittämistoiminnan tauolle kesän ajaksi. Taustalla oli organisaation VRE-epidemia ja sijaispula, jotka pakottivat keskittymään perustyöhön. Projektipäällikkö nosti iltavuoron solujakomallin tarpeellisuuden uudelleen esiin kesän 2019 lopussa esimiehen kanssa käydyssä keskustelussa, jossa solujaon käytännön toimia vaativista järjestelyistä keskusteltiin tarkemmin. Solujakomallia päätettiin pilotoida osaston toisella käytävällä, jossa muutosvastarinta asiaa kohtaan oli alkujaan ollut pienempi. Näin ajateltiin saatavan hoitajien kokemat toimintamallin tuomat hyödyt konkreettisesti esiin, niin että vastustavatkin näkisivät menetelmän edut ja olisivat näin myöntyväisempiä sen kokeiluun myös omassa työssään. Aamuvuoron työn organisoinnin näkökulmasta esimiehet vastasivat tarpeeseen tukea vastuuhoidajamallia ottamalla solujakomallin käyttöön työvuorolistoissa.

Esimiehet suhtautuivat myönteisesti heille ohjattuun vastuuseen huolehtia siitä, että uudet työntekijät ja sijaiset perehdytetään kirjaamiseen ja hiljaiseen raporttiin – vastuu tästä nimettiin osaston apulaisosastonhoitajalle. Esimiehet lupautuivat myös entistä paremmin huolehtimaan siitä, että sijaisten tunnukset potilastietojärjestelmiin ovat voimassa. Samalla otettiin esiin osastonhoitajan mahdollisuus auktoriteettina muistuttaa henkilöstöä siitä, että jokaisella hoitajalla on velvoite kirjata – vältettäisiin toisen puolesta kirjaamista, mikä oli juurikin sijaisten kohdalla yleistä.

Lääkärrien toimintaan koskeviin muutostarpeisiin päädyttiin projektissa vaikuttamaan esimiesten välityksellä. Osastonhoitaja keskusteli esiin nousseista lääkäreihin liittyvistä edellytyksistä ylilääkärin kanssa, joka lupautui viemään asiaa eteenpäin osaston lääkäreille. Tämä toistettiin kahdesti hoitajien esiintuoman vaikuttamattomuuden vuoksi.

Hoitajista riippuvien hiljaisen raportin edellytysten täyttäminen toteutettiin pääosin osastotunnin välityksellä 4/2019. Osastotunti rakennettiin haastattelutuloksista kertovan PowerPoint-esityksen ympärille, ja siitä jätettiin kirjallinen versio osaston kahvihuoneen pöydälle paikalla olemattomien tutustuttavaksi. Esiin tuotiin kaikki haastattelutulokset. Hoitajat saivat kokemuksen siitä, että hoitajista riippumattomiin tekijöihin kiinnitetään huomiota esittämällä hoitajasta riippumattomien tekijöiden koonti osana esitystä. Esimies oli myös paikalla kertomassa, miten hoitajasta riippumattomiin tekijöihin aiotaan vastata johdon osalta. Pääpaino osastotunnilla oli kuitenkin hoitajista riippuvissa edellytyksissä hiljaisen raportin käyttöönotolle. Näin saatiin hoitajiin liittyvät kehityskohteet esiin.

Kirjaamisen merkitys hiljaisen raportin näkökulmasta otettiin esiin laajasti. Kaikki kirjaamiseen liittynyt asiasisältö sen kehittämisen suhteen käsiteltiin yhteisesti, ja hoitajia kannustettiin taitojensa kehittämiseen ja tarvittuun avun pyytämiseen. Oman työn organisoinnista keskusteltiin. Etenkin työjärjestystä kehoitettiin tarkistamaan kirjaamisen ajoittamisen suhteen. Edelleen painotettiin yhteistyötä ja kollegiaalisuutta. Asenteiden ja ammattietiikan kohdalla otettiin etenkin kirjaamisen ja raportin lukemisen mieltäminen työksi, hoitajien erilaisten lähtökohtien ja tarpeiden ymmärtäminen – syyllistämisen välttö, sekä vastuullisuus liittyen raportointiin sen eri näkökulmista. Vanhoista toimintamalleista luopumisesta keskusteltiin niin ikään uuden raportointimenetelmän tuomana edellytyksenä. Haastatteluissa esiin nostetut hiljaisen raportoinnin odotuksiin liittyvät mahdolliset potilasturvallisuusuhat huomioitiin erityisellä huolellisuudella muistuttamalla hoitajia siitä, että kirjauksissa on oltava kaikki eteenpäin vietäväksi tarpeellinen tieto.

Haastatteluissa tuotiin esiin, että siirtyminen hiljaiseen raporttiin vaati jatkuvaa tukea – apua esiin tuleviin ongelmiin matkan varrella. Tämän mahdollistamiseksi hoitajia ohjeistettiin toistetusti ottamaan yhteyttä projektipäällikköön tarvitessaan apua joko kirjaamisessa tai hiljaisessa raportissa. Tiedotus tästä tehtiin sähköpostitse ja suullisesti. Haastatteluissa esiin nousutta toivetta toteuttaa hiljaisen raportin jatkuvaa arviointia toteutettiin säännöllisesti ottamalla hiljainen raportti aiheeksi useammassa osastokokouksessa kesän aikana. Esiin tuotiin jo haastatteluissa esiin tulleita kehittämistarpeita ja niiden parantamista koskevia kehoituksia. Henkilöstölle jaettiin myös runsaasti kiitosta erittäin hyvin sujuneesta uuden raportointimalliin sopeutumisesta keskellä hektistä työtä vallitsevissa haastavissa olosuhteissa. Yhteistyö hoitajien kesken kirjaamisen kehittämisessä sujui hyvin, ja pulmallisia asioita ratkottiin yhteistuumin. Projektipäällikkö ja kirjaamistyöryhmä antoivat tarvittaessa tukea kirjaamiseen. Hoitajat sisäistivät hyvin hoitosuunnitelmien tarpeen ja jokaisesta potilaasta oli päivitetty hoitotyön suunnitelma potilastietojärjestelmässä. Kirjaamisen ohjeistuksen noudattaminen sujui siis hyvin.

10.2 Hiljaisen raportin ohjeistuksen laadinta

Menestyksellinen raportoinnin kehittäminen vaatii henkilöstön osallistamista uusien ohjeistusten laadintaan (Riesenberg ym. 2010, 29). Osallisuutta käytettiin paitsi sitouttamiseen, myös tiedontuotannon välineenä. Taustalla oli ajatus tiedonjakelun parantamisen vaatimasta koetun tiedon tarpeen huomioinnista. Tarvittiin siis tietoa kaivatuista tietosiällöistä, eli tietoa siitä mitä tietoa käytetään. (vrt. Saranto 2008, 27.) Hiljaisen raportin

ohjeistuksen laadinnassa huomioitiin hoitajien oleelliseksi katsomat ohjeistuksen sisällölliset tarpeet, sekä toiveet ohjeen rakenteesta. Lisäksi huomioitiin hoitajien esiin nosta-
tama eri työvuoroissa työskentelevien erilainen tiedontarve eli eri ohjeiden ja sääntöjen
osoittaminen eri työvuoroille. Ryhmäteemahaastattelut muokkasivat alkuperäistä suun-
nitelmaa, sillä haastatteluaineistosta nousi esiin tarve alkuperäisestä suunnitelmasta poi-
keten kolmelle erilliselle ohjeistukselle: *hiljaisen raportin ohjeistus iltavuorolle, hiljaisen
raportin ohjeistus lääkevuoroon ja ohje aamuvuorolle iltapäivän hiljaiseen raporttiin*. (Liite
4)

Lääkkeenjakaajan ohjeistus poikkeaa muun iltavuoron ohjeistuksesta osoittamalla lääk-
keenjakaajan tarvitsemien tietojen sijainnit potilastietojärjestelmässä sekä asiat, jotka ni-
menomaan lääkevuorolaisen tulee huomioida. Aamuvuorolle suunnattu ohjeistus puo-
lestaan keskittyy pääasiassa kirjaamisen, aikataulutuksen sekä vastuunsiirron ohjaami-
seen. Ohjeistuksessa otetaan esiin suullinen raportointi aamuvuoron näkökulmasta, eli
aamuvuoron mahdollisuus välittää potilastietojärjestelmästä löytymätöntä tietoa tai mah-
dollisuus informoida potilasliikenteestä sekä erityistä huomiota vaativista potilaista. Esiin
on otettu myös suullisen osion merkitys lisäkysymysten esittämisen mahdollistajana. Li-
säksi ohjeessa painotetaan suullisen osion merkitystä vastuun siirtymisen konkretisoi-
jana.

Projektipäällikkö vastasi yksin ohjeistuksien koonnista. Laadinnassa hyödynnettiin alku-
peräisen suunnitelman mukaan haastatteluissa esiin tullutta aineistoa – näin ohjeistus
oli ikään kuin henkilöstön itsensä laatima. Hoitajat arvioivat raportilla kaivatun tiedon
vaihtelevan potilaittain siinä määrin, ettei ohjeessa olisi mielekästä osoittaa kaikkea mah-
dollista tietoa etsittäväksi – olennaisen tiedon ajateltiin olevan potilaskohtaista. Haastat-
teluissa tuli myös esiin, ettei ohjeistuksesta haluttu liian monimutkaista. Hoitajat kaipasi-
vat selkeyttä ja ytimekkyyttä. He myös kokivat tuntevansa potilastietojärjestelmän niin
hyvin, etteivät tarvitse erillistä osoitusta siitä, miltä potilasasiakirjan lehdeltä mahdoli-
sesti potilaasta kaivattavat lisätiedot löytyisivät. Hoitajat näkivätkin ohjeistuksen ideana
tarpeen ohjata raportinlukijaa oleellisen tiedon äärelle. Uuden kirjaamismallin mukaisen
HOI-lehden kirjauksen nähtiin tiivistävän olennaisen tiedon potilaasta, ja toimivan näin
ensisijaisena ja tärkeimpänä tietolähteenä hiljaisella raportilla.

Ilta- ja lääkevuoron ohjeistuksiin koottiin kaikista haastatteluista kaikki hoitajien esiin tuo-
mat hiljaisen raportin näkökulmasta oleelliset potilasasiakirjan osat. Näistä muodostettiin
ns. lukuohje, jossa osoitettiin mihin potilasasiakirjan osiin raportin lukijan kannattaa tu-
tustua. Lisäksi ohjeistuksiin sisällytettiin yleisluonteisia asioita, jotka tulivat esiin

haastatteluissa raporttilanteeseen liittyvinä edellytyksinä hiljaiselle raportille. Näitä ovat esimerkiksi potilasliikenteen huomiointi ja toimintaohjeistus kirjauksen puuttuessa. Suullisen raportin aika osoitettiin selkeällä kellonaikamäärällä – näin lukija varautuu lukuajan päättämiseen ennen varsinaisen raporttiajan loppua. Ohjeistusten loppuun lisättiin yleisiä sääntöjä, kuten lukurauhan antaminen toisille, ohjeistus muuhun työhön siirtymisestä raportin lukemisen jälkeen – ohjaukseen liittyviä asioita, joita hoitajat olivat haastatteluissa tuoneet esiin edellytyksinä hiljaiselle raportille.

Hiljaisen raportin ohjeistukset lähetettiin sähköpostitse projektiryhmälle tarkistettavaksi, ja projektiryhmä karsi ohjeistuksia edelleen turhiksi kokemiaan potilasasiakirjan osia. Karsintaa puolsi toisaalta myös haastatteluissa esiin tullut toive, ettei tarvittava tieto olisi useamman klikkauksen takana yhdistettynä oletukseen siitä, että aamuvuoro on uuden kirjaamismallin mukaisesti osannut kirjata potilaasta oleelliset asiat sisältävän kirjauksen HOI-lehdelle. Näin ollen HOI-lehdestä tuli hiljaisen raportin ohjeistuksen osoittama päälehti, jonka tietoja raportin lukija voi tarvittaessa täydentää avaamalla muita lehtiä potilastietojärjestelmästä. Suositus näihin muihin potilasasiakirjojen välilehtiin kirjattiin myös ohjaavasti hiljaisen raportin lukuohjeeseen valikoimalla sinne haastatteluissa yleisimmin esiintyneet vaateet. Tehtyjen yhdessä pohdittujen muutosten jälkeen projektiryhmä hyväksyi ohjeistukset. Hiljaisen raportin ohjeistukset laminoitiin ja sijoitettiin kumpaankin osaston raporttihuoneeseen tietokoneiden välittömään läheisyyteen.

Ohjeistukseen lisättiin jälkikäteen suullisen raportin aikamäärään perään suullisen raportin paikka, jotta lääkkeenjakaja osaisi mahdollisesti lääkehuoneessa lukiessaan siirtyä lääkkeenjakuhuoneesta oikeaan tilaan kuulemaan suullista raporttia tai saamaan vastauksia mahdollisiin kysymyksiinsä. Lisäys tehtiin saadusta käyttäjäpalautteesta heti hiljaisen raportin käyttöönoton alkumetreillä.

Haastateltavat eivät kokeneet tarpeelliseksi tuoda hiljaisen raportin ohjeistuksiin informaatiota varsinaisesta hiljaisella raportilla kerättävästä tiedosta, eivätkä tietoa näiden sijainnista potilastietojärjestelmässä. Tästä oli kuitenkin haastatteluissa kerätty kattava aineisto, mikä haluttiin hyödyntää. Materiaalin sisältämän informaation ajateltiin toimivan uusien työntekijöiden perehdytyksen tukena, etenkin jos Lifecare ei ole uudelle työntekijälle entuudestaan tuttu. Materiaali luovutettiin näin osaston perehdytyksestä vastaavalle esimiehelle jatkotyöstöä varten.

10.3 Hiljaisen raportin nonstop-koulutukset ja hiljaisen raportin käyttöönotto

Hiljaisen raportin ohjeistukset läpikäytiin hoitajien kanssa ns. nonstop-koulutuksissa viikko ennen hiljaisen raportin käyttöönottoa 4/2019. Käytännössä koulutukset järjestettiin kolmena koulutuspäivänä niin, että kullakin osaston hoitajalla oli mahdollisuus osallistua koulutukseen. Koulutuspäivinä projektipäällikkö oli osaston raporttihuoneessa aamusta iltapäivään, ja hoitajat tulivat koulutukseen parhaana katsomanaan ajankohtana. Ohjaus kesti keskimäärin 15 minuuttia ja siinä käytiin hiljaisen raportin ohjeistukset läpi yksityiskohtaisesti. Lähihoitajien kanssa jätettiin läpikäymättä lääkevuorolaisen ohjeistus, sillä he eivät tee lääkevuoroja osastolla. Kolme hoitajaa jäi ilman ohjausta. Heidän ohjauksensa delegoitui osaston apulaisosastonhoitajan toteutettavaksi erikseen sovituina ajankohtina.

Hiljaista raporttia pilotoitiin yhdessä iltavuorossa vajaa viikko ennen sen varsinaista käyttöönottoa A-käytävän iltapäiväraportilla. Pilotoinnista informoitiin vain iltavuoroa ennakoon. Näin tuli samalla testattua oliko aamuvuoro osannut kirjata kaiken oleellisen potilaistaan potilastietojärjestelmään, ts. oliko kaikki potilaasta eteenpäin siirrettäväksi tarkoitettu tieto osattu kirjata. Pilotointi onnistui hyvin. Mitään oleellista tietoa ei jäänyt siirtymättä (tämä varmistettiin jälkikäteen käymällä suullisesti asiat läpi).

Uusi toimintamalli oli esimiestasolla hyväksytty uudeksi osaston toimintakäytänteeksi, ja näin sitä sekä siihen liittyviä ohjeistuksia veloitettiin myös noudatettavaksi. Hiljainen raportti otettiin osastolla käyttöön 22.4.2019, ja siitä informoitiin henkilöstöä ennakolta osastokokouksessa. Kirjaamisen kehittäminen ja hiljaisen raportoinnin implementointi asetettiin tarkoituksellisesti lähekkäin. Tässä tavoiteltiin myös kirjallisuuden osoittamaa hiljaisen raportin kirjaamista tukevaa vaikutusta (vrt. Puumalainen ym. 2003, 7; Kähkönen 2010, 36; Meum ym. 2011, 1; Laukkanen ym. 2012, 14; Aaltonen 2015, 36; Harjula 2016, 38; Berg 2017, 37).

Hiljaisen raportti aloitettiin pidennetyllä 1,5 tunnin lukuajalla, jota käytettiin kuuden viikon ajan. Tämän jälkeen raporttiaika supistettiin tuntiin. Nämä muutokset päivitettiin hiljaisen raportin ohjeistuksiin. Samalla ohjeistuksiin lisättiin käyttäjäpalautteena esiintunut tarve ohjata raportinlukija käynnistämään tietokone uudelleen raportinluvun jälkeen päivitysten latautumiseksi. Näin seuraavan lukijan ei tarvitse aloittaa raportin lukua päivittämällä tietokonetta.

Raportin luku tapahtui A- ja B- käytävien osalta erillisissä raporttitiloissa, jossa kullakin raportin lukijalla oli oma tietokone käytössään. Kukin iltavuoroon tullut hoitaja luki itsenäisesti potilastietojärjestelmästä kaipaamansa tiedon ja teki siitä tarpeelliseksi katsomansa muistiinpanot. Aamuvuorolle jäi käyttöön osaston kanslioihin useita tietokoneita. Aamuvuoro toteutti osaltaan hiljaista raportointia veloitettuna toimimaan aamuvuorolle annetun ohjeistuksen mukaisesti. Kaikki uudet työntekijät perehdytettiin sekä uuteen kirjaamisohjeistukseen että hiljaiseen raporttiin apulaisosastonhoitajan toimesta.

11 KYSELY

Kehittämisprojektin neljännessä vaiheessa arvioitiin hiljaisen raportin vaikutuksia ja jatkokehitystarpeita tutkimuksellisella kehittämisoitteella. Samalla kerättiin palautetta koko projektista. Tutkimusmenetelmän valinta lähti tutkimukselle asetetuista tarpeista, tavoitteista ja tutkimusongelmista. Lähtökohtana oli kvantitatiivisen tutkimuksen mahdollistama tutkittavassa ilmiössä tapahtuvien muutosten, sekä muuttujien ja niiden välisten yhteyksien tarkastelutarve (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 55), jonka toteuttiin mahdollistuvan menetelmällisesti parhaiten kyselyn avulla. Kyselyn etuna nähtiin sen tarjoama mahdollisuus anonymiteettiin, minkä uskottiin tuottavan rehellisiä vastauksia. Menetelmällistä valintaa puolsi myös kyselyn tehokkuus tiedon keruussa, sekä sen aikaa ja vaivaa säästävyys (vrt. Hirsjärvi ym. 2009, 195). Valinnassa huomioitiin myös menetelmän hoitajia osallistava luonne sen merkittävänä etuna.

11.1 Kyselyn tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat

Kyselyn tavoitteena oli selvittää hoitajien kokemuksia hiljaisesta raportoinnista ja sen vaikutuksista, tyytyväisyyttä hiljaiseen raportointiin, sekä koettuja kehittämistarpeita tulevaisuutta ajatellen. Lisäksi tavoitteena oli selvittää hoitajien kokemuksia itse kehittämisprojektista kehittämisprojektin ja sen tuloksen arvioimiseksi. Tarkoituksena oli hyödyntää kerättyä tietoa hiljaisen raportin edelleenkehittämismateriaalina tulevaisuudessa.

Kyselyn kautta ratkaistavat tutkimusongelmat:

1. Millaisena hiljainen raportti ja sen vaikutukset koettiin ja millaisia jatkokehitystarpeita uudelle raportointimenetelmälle on?
2. Millaisena kehittämisprojekti kokonaisuutena koettiin?

11.2 Aineiston keruu ja kyselylomake

Osaston hoitohenkilökunta valikoitui luonnolliseksi kyselyn osallistujajoukoksi heidän toimiessaan hiljaisen raportin käyttäjinä ja oman työnsä asiantuntijoina. Osallistujajoukko rajattiin kohdeosaston hoitohenkilöstöön, joka oli työskennellyt osastolla vähintään

vuoden. Näin varmistettiin, että tutkittavalla joukolla oli riittävästi kokemusta ennen muutosta ja sen jälkeen käytetyistä tiedonsiirtomenetelmistä.

Aineiston keruussa käytettiin kolmesivuista kyselylomaketta (Liite 5). Kysymykset johdettiin projektin lähtökohtaisista tarpeista, teoreettisesta viitekehiksestä (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 114) ja tutkimusongelmista. Kysely sisälsi tausta- ja skaalakysymyksiä sekä yhden avoimen kysymyksen. Taustakysymykset liittyivät hoitajan työnimikkeeseen, työkokemukseen ja työskentelyn fyysiseen sijaintiin osastolla. Skaalakysymyksissä arvioitiin pääasiassa kehittämisprojektin vaikutuksia. Pääpaino oli projektille alkujaan osoitettujen tavoitteiden arvioinnissa. Avointa kysymystä käytettiin hiljaisen raportin kehitystarpeiden esiin nostamiseksi – tähän ei haluttu antaa valmiita vastausvaihtoehtoja, jotta todellinen koettu kehitystarve saataisiin kattavasti esiin ilman ennakoasettelua. Avoimen kysymyksen luoma mahdollisuus sanoa mitä todella ajattelee asiasta (Hirsjärvi ym. 2009, 201) nähtiin tässä etuna. Kyselyssä oli mukana saatekirje.

Kysely toteutettiin 10/2019. Kyselylomake jaettiin yhteensä 43 hoitajalle kunkin hoitajan taukotilan henkilökohtaisen kaapin oveen. Kyselystä informoitiin kyselyä edeltävästi osastokokouksessa, sekä kyselyn mukana saatekirjeessä. Vastausaikaa annettiin aluksi kaksi viikkoa, minkä jälkeen aikaa pidennettiin lisävastausten keräämiseksi vielä viikolla, vaikkakin vastauksia oli jo kertynyt runsaasti. Vastausajan pidennyksestä informoitiin hoitajia osastokokouksessa. Lisäaika tuotti vain muutaman uuden vastauksen, joten kertynyt kolme viikkoa katsottiin riittäväksi aineistonkeruuajaksi.

11.3 Kyselyaineiston analysointi

Tutkimusongelmat ohjasivat kyselyn analyysimenetelmän valintaa. Lisäksi huomioitiin alkuperäisissä tutkimusongelmissa esiintymätön kehittämisprojektin etenemisen aikana esiin noussut tarve tutkia eri toimintamallia soveltaneiden hoitajien (työskentely iltavuoron solujakomallissa A-käytävällä tai ilman solujakomallia B-käytävällä) näkemyksiä hiljaisen raportin vaikutuksista toimintamallin vaikutusten arvioimiseksi.

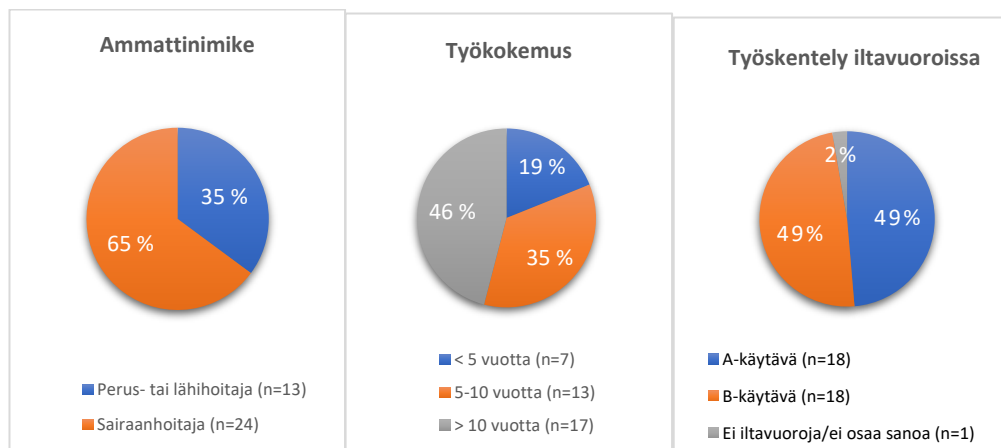
Kvantitatiivisen aineiston analyysissä tilastot ja numerot kuvaavat tutkimuksen tuloksia ja ohjaavat tulkintaa. Analyysi tuotti yleisyyttä ja myös niiden välisiä yhteyksiä kuvaavaa informaatiota. (vrt. Koppa 2015.) Ennen varsinaista analyysiä aineisto tarkistettiin virheellisyyksien ja puutteiden esiin nostamiseksi, sekä järjestettiin analysointia varten (vrt. Hirsjärvi ym. 2009, 222). Analysointi aloitettiin syöttämällä tausta- ja skaalakysymysten

vastaukset Excel-ohjelmistoon ja laskemalla frekvenssit eri muuttujille. Saaduista tuloksista luotiin tulosta parhaiten kuvaavat kuviot (vrt. Heikkilä 2014, 15).

Avoimen kysymyksen tuottama aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineisto redusoidtiin, klusteroidtiin ja abstrahoidtiin. Luokkia yhdistettiin, jolloin saatiin laajempia käsitteitä (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 112–113; Kananen 2014, 111–112). Luokat nimettiin niitä kuvaavin termein. Vastausten analysoinnissa käytettiin myös kvantifiointia. Aineistosta laskettiin, moniko hoitaja otti tietyt asiat esiin vastauksissaan. Taustalla oli ajatus, että kvantifioinnin käyttö mahdollistaa lisätiedon tuottamisen, eli mitä useampi hoitaja otti esiin saman asian tulevaisuuden kehittämistarpeena, sitä merkittävämpi kehittämistarve on (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2018, 135).

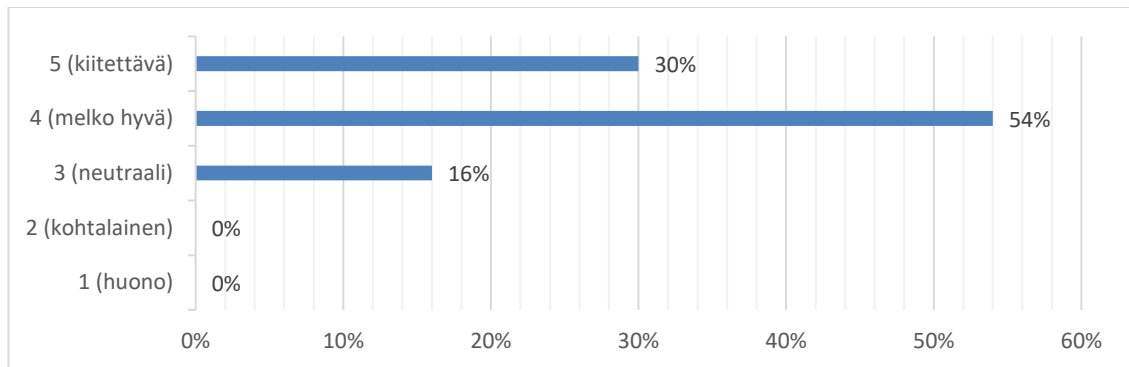
11.4 Kyselyn tulokset

Kyselyyn vastasi 86 % (n=37) kyselyn saaneista (n=43) osaston hoitajasta. Vastanneista 65 % oli sairaanhoitajia, ja 35 % perus- tai lähihoitajia. Lähes puolet hoitajista (46 %) ilmoitti työkokemukseen yli 10 vuotta, kolmannes (35 %) 5-10 vuotta, ja viidennes (19 %) alle 5 vuotta. Vastajat jakautuivat A- ja B- käytävien välille tasan: vastaajista 49 % työskenteli A-käytävällä ja 49 % B-käytävällä. Yksi hoitaja vastasi, ettei ollut tehnyt iltavuoroja tai osannut sanoa. (Kuvio 7)



Kuvio 7. Hoitajien ammattinimike, työkokemus ja työskentely iltavuorossa (n=37).

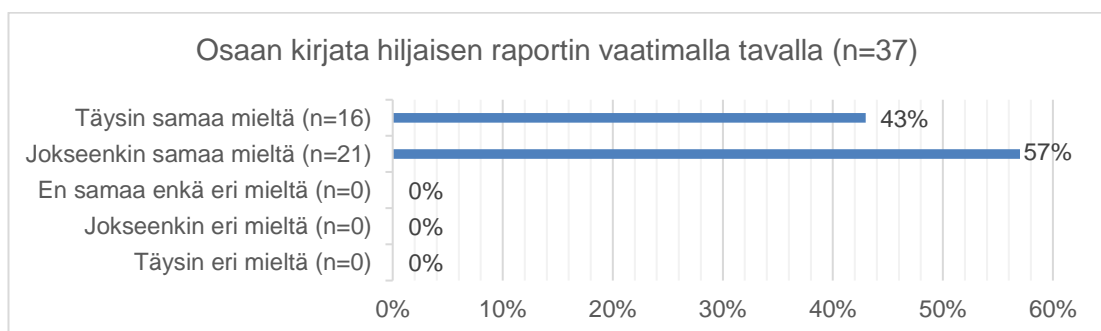
Kyselyssä pyydettiin hoitajaa arvioimaan omaa panostusta hiljaisen raporin käyttöönoton edistämiseksi arviointiasteikolla 1-5 (Kuvio 8). Pääosa (54 %) vastaajista arvioi panoksensa melko hyväksi, vajaa kolmannes (30 %) jopa kiitettäväksi. Vastausten keskiarvo oli 4.



Kuvio 8. Hoitajan arvio panoksestaan hiljaisen raporin käyttöönoton edistämiseksi (n=37).

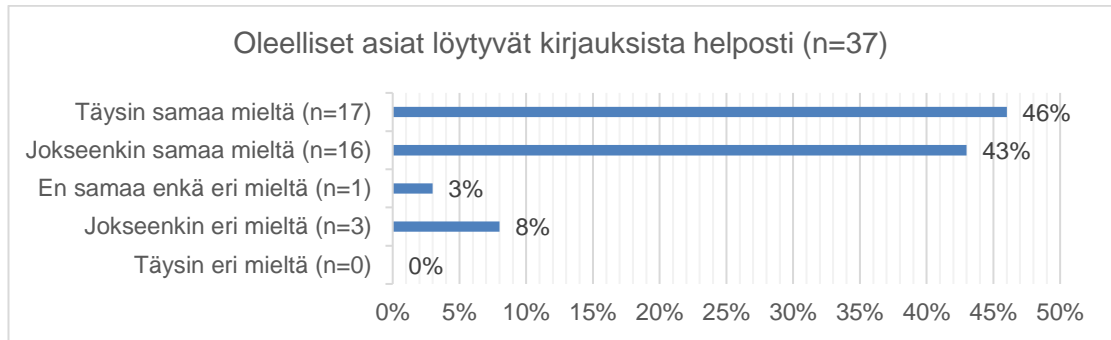
11.4.1 Hoitajien kokemukset hiljaisesta raportista ja sen vaikutuksista sekä koetut jatkokehitystarpeet uudelle raportointimenetelmälle

Kaikki vastaajat (100 %) arvioivat vastaushetkellä **osaavansa kirjata hiljaisen raporin vaatimalla tavalla**: 57 % oli asiasta jokseenkin samaa mieltä ja 43 % täysin samaa mieltä (Kuvio 9).



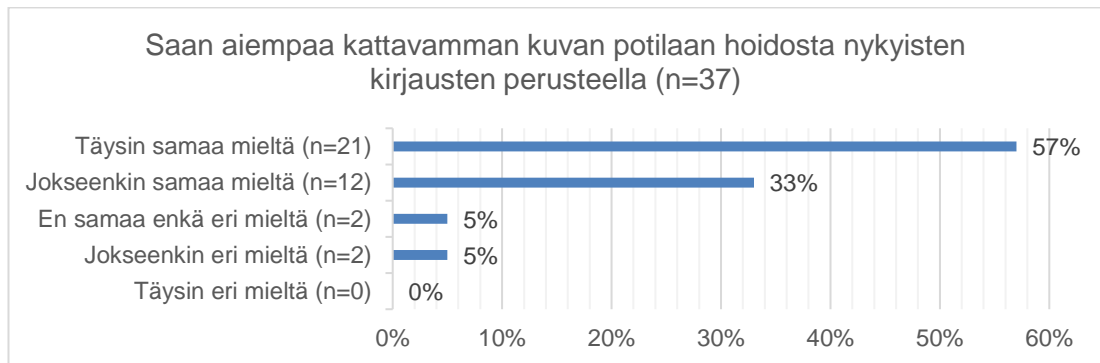
Kuvio 9. Hoitajan arvio kyvystään kirjata hiljaisen raporin vaatimalla tavalla.

89 % vastaajista koki, että **kirjauksista löytyy nykyään helposti oleelliset asiat**, mutta 8 % koki, ettei näin ole (Kuvio 10).



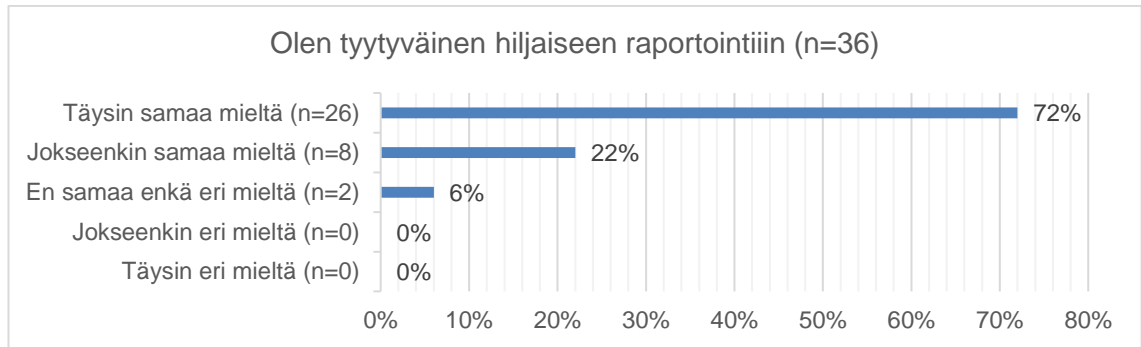
Kuvio 10. Hoitajan arvio kirjatun tiedon löydettävyydestä.

Nykykirjausten perusteella potilaasta saadun kokonaiskuvan koettiin parantuneen 90 %:n - eli valtaosan vastaajien mielestä (Kuvio 11).



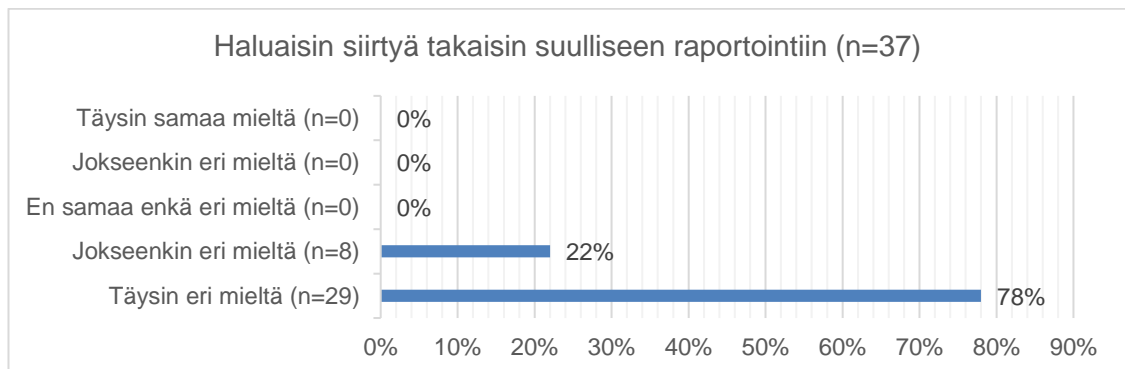
Kuvio 11. Hoitajan arvio nykykirjausten perusteella potilaasta saadusta kokonaiskuvasta.

Kyselyn mukaan **hoitajat ovat tyytyväisiä hiljaiseen raporttiin** (Kuvio 12): tyytyväisyyttä ilmaisi 94 % hoitajista – pääosa tyytyväisistä käytti vastausvaihtoehtoa täysin samaa mieltä. Kukaan vastaajista ei osoittanut olevansa tyytymätön. Yksi vastaaja vastasi täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä ruutujen väliin. Tämä tulos jätettiin huomioimatta kokonaismäärässä.



Kuvio 12. Hoitajien tyytyväisyys hiljaiseen raporttiin.

Tyytyväisyys hiljaiseen raporttiin heijastui myös vastauksissa kysymykseen **halusta siirtyä takaisin suulliseen raporttiin** (kuvio 13): kukaan vastanneista ei halunnut – heistä 78 % oli halusta palata suulliseen raportointiin täysin eri mieltä ja 22 % jokseenkin eri mieltä.

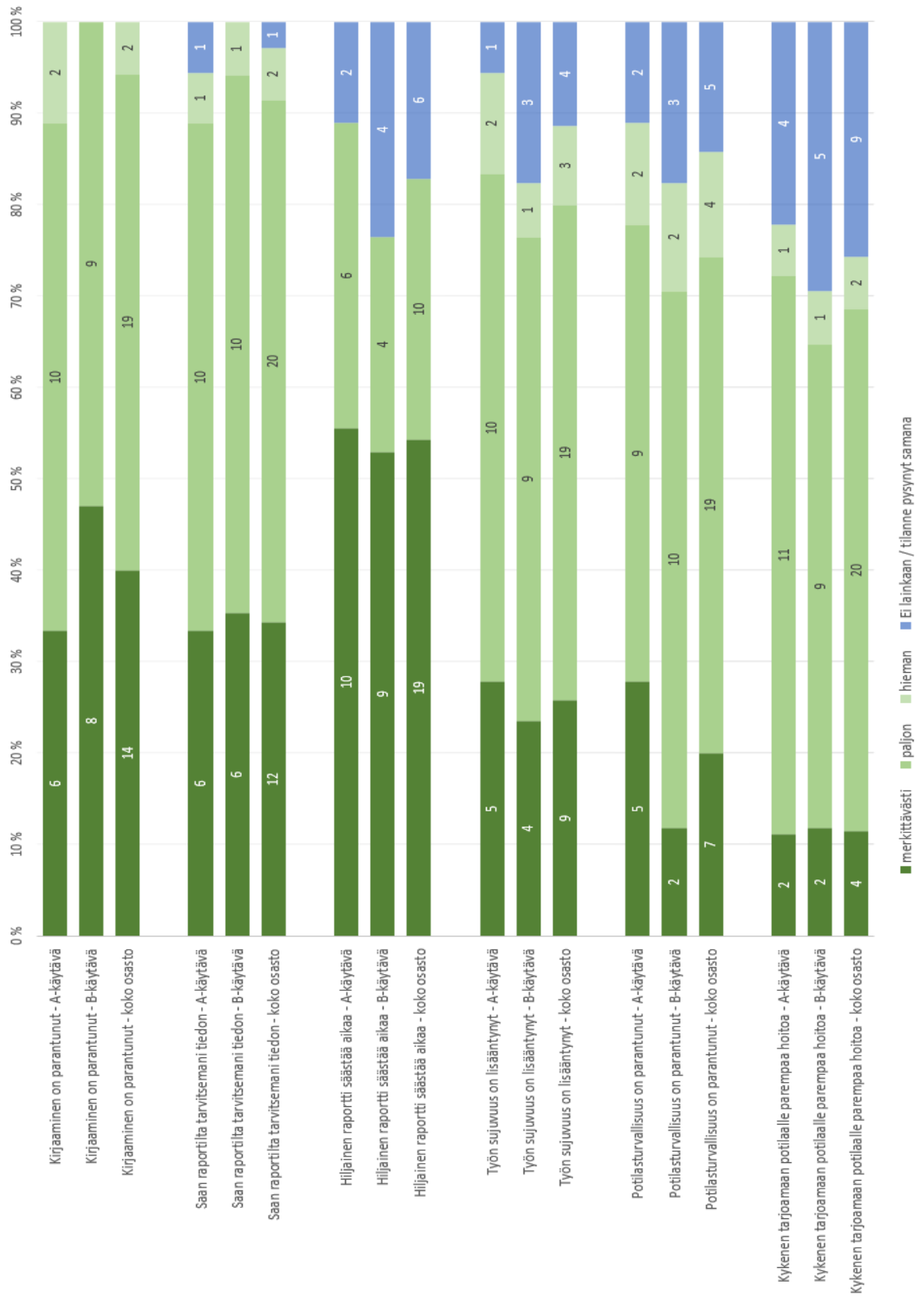


Kuvio 13. Hoitajien halukkuus palata takaisin suulliseen raporttiin.

Hoitajilta kysyttiin heidän kokemuksiaan hiljaisen raportin vaikutuksista (Kuvio 14). Kaksi kyselyyn osallistunutta jätti vastaamatta kysymykseen. 100 % vastanneista oli sitä mieltä, että **kirjaaminen on parantunut**. Hiljaisella raportilla saadun tiedon vastaavuus koettuun tiedontarpeeseen nähtiin hyväksi: 97 % hoitajista koki, että **hiljainen raportti on parantanut raportin vastaamista hoitajan tiedontarpeeseen**. Hiljaisen raportin mahdolliseen ajan säästämiseen liittyvässä kysymyksessä pääosa hoitajista (83 %) vastasi **hiljaisen raportin säästävän aikaa**. Heistä valtaosa koki parannuksen merkittäväksi. 17 % puolestaan koki, ettei hiljaisen raportin myötä olla saatu aikaa säästymään.

Suurin osa vastaajista, 89 % katsoi **työn sujuvuuden lisääntyneen hiljaisen raportin myötä**. 11 % puolestaan koki, ettei työn sujuvuudessa ole tapahtunut parannusta. Hiljaisen raportin **vaikutukset potilasturvallisuuteen nähtiin niin ikään pääosin positiivisena**: 86 % koki vaikutuksen myönteisenä, ja 14 % vastaajista arvioi, ettei tilanteessa ole saatu parannusta aikaan. Hoitajien arvio kyvykkyydestään tarjota potilaalle parempaa hoitoa hiljaisen raportin käyttöönoton myötä tuotti vaikutusarvioinnin heikoimman tuloksen – silti tulos oli positiivinen: 74 % koki **kykenevänsä tarjoamaan potilaalle aiempaa parempaa hoitoa**, ja 26 % hoitajista koki, ettei parannusta ole syntynyt.

Mikäli verrataan A- ja B- käytävällä työskennelleiden hoitajien vastauksia iltavuoron so-lujakomallin vaikutusten esiintuomiseksi, voidaan todeta esiin tulevat erot pieniksi. Hiljaisen raportin vaikutus ajan säästymiseen koettiin A-käytävällä hieman B-käytävää merkittävämpänä. 89 % A-käytävän hoitajista ja 76 % B-käytävän hoitajista koki vaikutuksen olleen myönteinen. Hiljaisen raportin koettiin vaikuttaneen A-käytävällä hieman B-käytävää enemmän työn sujuvuuteen. 94 % A-käytävän hoitajista koki muutoksen myönteisenä, B-käytävän vastaavan luvun ollessa 82 %. Potilasturvallisuuden parantumisessa nähdään niin ikään pieni ero käytävien välillä. 89 % A-käytävän hoitajista kokee kehityksen myönteisenä, vastaava luku B-käytävällä oli 82 %. A-käytävällä oli valittu vaihtoehto ”parantunut merkittävästi” useammin kuin B-käytävällä. Kyky tarjota parempaa hoitoa potilaalle hiljaisen raportin käyttöönoton myötä jakautui käytävien kesken seuraavasti: 78 % A-käytävän hoitajista koki pystyvänsä tarjoamaan aiempaa parempaa hoitoa potilaalle – vastaava luku B-käytävällä oli 71 %. On kuitenkin syytä huomioida, ettei tilastollisia merkitsevyydestauksia käytävien välillä tehty.



Kuvio 14. Hiljaisen raportin koettu vaikutus.

Kyselyn avoimessa kysymyksessä hoitajilta kysyttiin, kuinka hiljaista raporttia voitaisiin edelleen kehittää. Kysymykseen vastasi 18 hoitajaa (49 % vastaajista). Hiljaisen raportoinnin kehittämistavoista nousi 2 pääluokkaa: kirjaamisen kehittäminen ja hiljaisen raportin edellytysten edelleen kehittäminen.

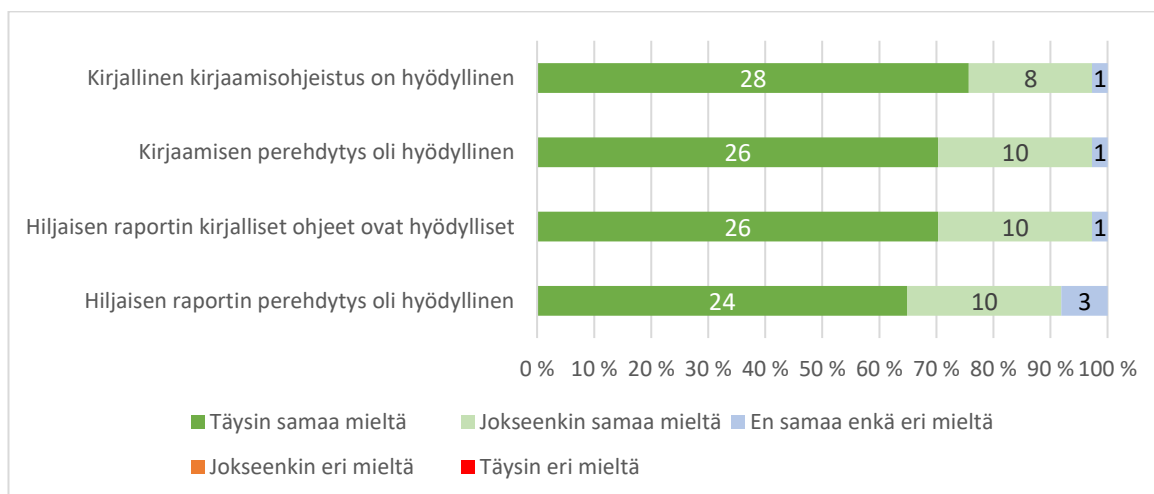
Kirjaamisen kehittäminen oli useimmin esiin otettu kehittämistä vaativa alue. Kirjaamisen mainitsi vastauksissaan 10 hoitajaa. Esiin tuotiin kirjaamiseen liittyviä ongelmia sekä osin myös näihin liittyviä kehittämisehdotuksia. Yhdessä vastauksessa voitiin tuoda esiin useampikin kirjaamisen kehityskohde. Kirjaamisessa esiintyvien ongelmien nähtiin liittyvän suurin osin *hoidon suunnitteluun* liittyvään kirjaamiseen (n=6). Vastaajat kokivat, että hoitosuunnitelmia ei aina päivitetä, vaikka tarvetta olisi (n=5). Eräs vastaaja toi esiin, että ongelmana on myös se, että suunnitelma päivitetään kirjaamalla, mutta se ei näy käytännön hoitotyössä (n=1): eli hoitaja kirjaa suunnitelman, jota ei toteuta. Kirjaamisen kehityskohteena nähtiin myös *oikean tietomäärän tuominen kirjauksiin*. Esiin otettiin kirjauksiin tuotavan liikaa epäoleellisia diagnooseja (n=1). Toisaalta kirjauksissa koettiin olevan myös puutteellisesti tietoa (n=4). Tietoa puuttui etenkin potilaan liikkumiskyvystä ja avuntarpeesta (n=3). *Tiedon sijoittelu* koettiin myös kehityshaasteena (n=2). Tässäkin kontekstissa hoitajat toivat esiin tiedot potilaan liikkumisesta ja siinä tarvitsemasta avusta. Hoitajat kokivat näiden tietojen olevan hankalasti löydettävissä. Kehittämisideana esitettiin potilaan liikkumiskyvyn ja siihen liittyvän avuntarpeen kirjaamista aina aktiviteettikomponentin alkuun. Yksi vastaaja koki tiedon olevan edelleen kirjauksissa yleisesti ottaen hajallaan. Kirjaamisen kehittämiskohteena tuotiin vielä esiin *epätarkkojen määritteiden käyttö aikamääreiden kohdalla* – ”hakasten poisto ensi viikolla” tai ”varauskielto 3 viikkoa” – tämänkaltaiseen informaatioon toivottiin selkeitä päivämääriä (n=1).

Avointen kysymysten vastausten toiseksi yläluokaksi nousi **hiljaisen raportin edellytysten kehittäminen**. Tässä otettiin esiin *fyysisten puitteiden* kehitystarpeena B-käytävän ajoittain levoton raporttihuone, jonka ympäristöön toivottiin hiljaisuutta raporttiaikana (n=1). Tietokoneiden riittävyys otettiin myös esiin. Eräs vastaaja (n=1) oli joutunut tilanteisiin, joissa raporttihuoneessa ei ollutkaan riittävästi tietokoneita käytössä. Itse potilastietojärjestelmän puutteellisuus koettiin myös kehityskohteena, ja uutta hoitosuunnitelma-alustaa toivottiin edelleen käyttöön (n=1). Toiseksi alaluokaksi muodostui *suullisen raportin osion edelleen kehittäminen* (n=2). Yksi vastaaja koki suullisen raportin osion turhaksi, toinen toi esiin, että sitä ei käytetty oikein (suullisen raportin aikana osa hoitajista ei ollut enää paikalla kuuntelemassa suullista raporttiosiota). Kolmantena puitteiden kehitystarpeena oli *raportointiajan kehittämistarpeet*. Muutama hoitaja (n=3) koki

lukuajan edelleen liian lyhyeksi. Yksi heistä oli iltavuoron solujakomallia käyttänyt A-käytävän hoitaja. Toisaalta raportointiajan riittävyyteen oltiin myös tyytyväisiä ja vastauksissa tuotiin esiin sen olevan hyvä ratkaisu (n=2). Osa vastaajista (n=5) toi esiin ajan riittävyyden myös lomalta tai pitkältä vapaalta töihin palaavaien hoitajien näkökulmasta. Taustalla oli ajatus, että loman jälkeen entuudestaan tuttuja potilaita on enemmän, eikä heihin kaikkiin ehdi raportilla kunnolla tutustua (näistä vastanneista neljä viidestä työskenteli B-käytävällä). Ratkaisuksi ehdotettiin vastuuvuorojen välttöä loman jälkeen työvuorosuunnittelussa (n=2).

11.4.2 Hoitajien kokemukset kehittämisprojektista

Kyselyn lopussa arvioitiin kehittämisprojektia kokonaisuutena skaalakysymyksin: täysin eri mieltä – täysin samaa mieltä -asteikoilla (Kuvio 15).



Kuvio 15. Hoitajien kokemukset kehittämisprojektista (n=37).

Hoitajista 97 % koki kirjaamisen tueksi laaditun **kirjaamisohjeistuksen** olevan **hyödyllinen**. 3% vastaajista oli keskinkertaista mieltä. **Kirjaamisen perehdytyksen** (kirjaamiskoulutuksen) hyödyllisyys arvioitiin myös hyväksi: niin ikään 97% vastanneista arvioi sen hyödylliseksi ja 3 % ei ollut asiasta samaa eikä eri mieltä. Kokemus hiljaisen raportin tueksi tehtyjen **hiljaisen raportin ohjeistusten hyödyllisyydestä** noudatti edellisten kanssa samaa jakaumaa: 97 % koki ne hyödylliseksi, 3 % vastanneista ei ollut asiasta samaa eikä eri mieltä. **Hiljaisen raportin perehdytyksen** nonstop-koulutuksen 92 % hoitajista koki hyödylliseksi, 8 % oli keskinkertaista mieltä.

11.5 Kyselyyn liittyvät johtopäätökset ja pohdinta

Kyselyssä haettiin vastauksia hoitajien kokemuksille hiljaisesta raportista ja sen vaikutuksista, sekä kirjaamisen kehittymisestä. Esiin haluttiin nostaa myös jatkon kehitystarpeita ja saada palautetta projektista kokonaisuudessaan hoitajien kokemana. Kyselyn vastausprosentti oli korkea, mikä viesti hoitajien olleen edelleen sitoutuneita osallistumaan kehittämistoimintaan ja saamaan äänensä kuuluviin.

Hoitajien kokemukset hiljaisesta raportista olivat myönteiset. Kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä hiljaiseen raporttiin, eikä kukaan vastanneista halunnut palata suulliseen raportointiin. Myös aiempi tutkimus osoittaa, että hiljaista raporttia käyttäneet osastot ovat olleet tyytyväisiä hiljaiseen raportointiin (Puumalainen ym. 2003, 7; Meum ym. 2011, 2; Jormanainen 2015, 34).

Hiljaisen raportin vaikutus nähtiin positiivisena. Tiedonsiirron paraneminen oli hiljaisen raportoinnin selkeästi tuloksellisin alue. Kaikki hoitajat kokivat yleisesti ottaen kirjaamisen parantuneen, kirjauksista koettiin löytyvän oleellinen tieto ja potilaasta saatavan niiden perusteella hyvä kokonaiskuva. Kirjaamisen parantumisen hiljaisen raportin käyttöönoton myötä ovat tuoneet esiin myös Puumalainen ym. (2003, 7), Kähkönen (2010, 36), Laukkanen ym. (2012, 14), Aaltonen (2015, 39), Harjula (2016, 38) ja Berg (2017, 37). Kirjaamisen kehittymisen positiivisia kokemuksia tukee hoitajien positiivinen kokemus hiljaisen raportin vastaanemisesta koettuun tiedontarpeisiin, jonka ottavat esiin myös Kähkönen (2010, 38), Laukkanen ym. (2012, 13), Aaltonen (2015, 36), Harjula (2016, 38) ja Berg (2017, 37) hiljaisen raportin tuottamana hyötynä.

Hoitajat arvioivat omat kirjaamistaitonsa vastaavan hyvin hiljaisen raportin vaatimuksiin, mutta osa tunnisti kirjaamisessa vielä kehityskohteita. Nämä otettiin esiin kyselyn avoimessa kysymyksessä. Oleellista on, ettei kehitystarpeita liitetty omaan toimintaan – kaikki hoitajat olivat vastanneet osaavansa kirjata hiljaisen raportin vaatimalla tavalla. Tämä viestii siitä, että osastolla on hoitajia, jotka ajattelevat osaavansa kirjata hiljaisen raportin vaatimalla tavalla, mutta todellisuudessa eivät osaa, ainakaan kaikkien muiden hoitajien mielestä. Tämä tieto on tärkeää viestiä työyhteisöön, jotta jokainen suhtautuisi kriittisesti omaan kirjaamiseen ja tunnistaisi mahdollisesti esiin nousseet kehitystarpeet omassa kirjaustyössään niiden korjaamiseksi ja parantamiseksi sekä virheellisten toimintamallien vakiintumisen ehkäisemiseksi.

Kyselyssä haettiin vastauksia hiljaisen raportin vaikutukseen myös ajan säästymisen, työn sujuvuuden, potilasturvallisuuden ja hoidon laadun näkökulmista. Pääosa hoitajista koki nämä vaikutukset myönteisinä. Suurin osa hoitajista koki hiljaisen raportin säästävän aikaa merkittävästi, mikä on myös aiemmissa tutkimuksissa laajasti tunnustettu hyöty (vrt. Puumalainen ym. 2003, 7; Kähkönen 2010, 50; Laukkanen ym. 2012, 14; Aaltonen 2015, 39; Harjula 2016, 56; Berg 2017, 38). Parannusta koettiin liittyneen myös työn sujuvuuteen. Vastaavaa hyötyä ovat kuvanneet myös Jormanainen (2015, 38), Harjula (2016, 46) ja Berg (2017, 36). Tässä kyselyssä esiin tulleet hiljaisen raportin potilasturvallisuutta ja hoidon laatua parantavat vaikutukset saavat tukea puolestaan Harjulan (2016, 46) vastaavista tuloksista.

Vaikutusarviointi toi esiin, että hiljainen raportti ei kaikin osin aivan jokaisen hoitajan kokemuksesta tuottanut positiivista vaikutusta arvioituilla osa-alueilla. On huomioitava kaikkien vastaajien kuitenkin ilmaisseen tyytyväisyyttä hiljaiseen raportointiin ja haluttomuuttaan vaihtaa takaisin suulliseen raporttiin. Tämä antaa ymmärtää, että koettuja puutteita vaikutuksessa ei koettu niin merkittävänä, että ne olisivat vastaajien mielestä olleet esteenä hiljaisen raportin käytölle esim. turvallisena tiedonsiirtotapana.

Hiljaisen raportoinnin jatkon kehittämistarpeina koettiin kirjaamisen kehittäminen ja hiljaisen raportin edellytysten edelleen kehittäminen. Hiljaisen raportin haastatteluissa esiintuotujen edellytysten merkityksellisyys sai näin kyselyn myötä vahvistusta. Tulos viesti osaltaan, että vaikka hiljaisen raportin edellytyksiä oltiinkin saatu hyvin täytettyä, on osassa niistä vielä kehittämisen varaa, ja toisaalta täytetyt edellytykset ovat nostaneet esiin uusia tarpeita, uusia edellytyksiä hiljaiselle raportille.

Kirjaamisen osalta kehityskohteiden nähtiin liittyvän pääosin hoidon suunnitteluun ja oikean tiedon tai oikean tietomäärän tuomiseen kirjauksiin. Hiljaisen raportin edellytysten edelleen kehittämiseen liittyvinä haasteina koettiin fyysisten puitteiden ylläpito sekä suullisen raportin osion merkityksen ymmärtämisen vahvistaminen. Myös raporttiajan riittävyyteen liittyviä ongelmia tuotiin esiin. Vastausten perusteella ongelma painottui vahvasti B-käytävälle, mikä puoltaa iltavuoron solujakomallin käyttöönottoa hiljaista raporttia tukevana ratkaisuna, vaikka ero käytävien välillä ei varsinaisesti noussutkaan selkeästi esiin A- ja B-käytävien hiljaisen raportin vaikutuksia mittaavissa tuloksissa.

Hoitajien arviot kehittämisprojektin tuotoksista ja toimista olivat positiiviset. Kirjaamisen perehdytys (kirjaamiskoulutus), kirjaamisohjeistus, hiljaisen raportin perehdytys (non-stop-koulutus) sekä hiljaisen raportin ohjeistukset koettiin hyödyllisiksi. Yksikään hoitaja

ei tuonut esiin negatiivista palautetta esitetyillä osa-alueilla. Johtopäätöksenä voidaan sanoa, että hiljaisen raportin implementoinnissa käytetyt menetelmät olivat näiltä osin onnistuneet ja tarkoituksenmukaiset. Osaltaan tuotettiin myös tietoa valittujen kehittämistoimien kyvystä tukea muutosta myös vastaavissa muissa kehittämishankkeissa.

11.6 Kyselyn eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa on noudatettu tutkimuseettisen neuvottelukunnan määrittelemiä hyviä tieteellisiä käytänteitä (vrt. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Eettinen peruste tutkimuksen olemassaolon oikeutukselle saatiin sen tuottamasta hyödyistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 218) konkretisoituen sen tuottamina tietoina uuden raportointimenetelmän vaikutuksista ja koetuista kehitystarpeista. Eettisyyttä tuettiin osallistujanäkökulmasta informoinnilla, vapaaehtoisuudella, anonymiteetillä ja aineiston asianmukaisella käsittelyllä (vrt. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 10, 13; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 226). Kyselyn perusteet, aihe, aineistonkeruu ja aineiston käyttötarkoitus informoitiin hoitajille projektin käynnistymisvaiheen osastotunnilla, sekä kyselyn mukana toimitetussa saatekirjeessä. Osallistuminen oli luonnollisesti vapaaehtoista ja vastaaminen kyselyyn katsottiin suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Kysely toteutettiin anonyyminä, joten vastaajien henkilöllisyys ei tullut missään tutkimuksen vaiheessa esiin. Tutkimusaineiston säilyttämisessä noudatettiin huolellisuutta ja aineisto hävitettiin asianmukaisesti tutkimusraportin kirjoittamisen jälkeen.

Kyselyn kohdejoukon valinta vaikuttaa suoraan tulosten luotettavuuteen (Kylmä & Juvakka 2007, 58). Tämä huomioitiin osallistujajoukon valinnassa asettamalla jo aiemmin mainitut tarkat kriteerit kyselyyn osallistumiselle. Oikein laadittu tutkimusasetelma on niin ikään tärkeää tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mittarin validiteetti on tässä keskiössä. Validiteetti kuvaa missä määrin tutkimuksessa mitataan sitä mitä on tarkoituskin mitata (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 189). Kyselytutkimuksessa tutkimuksen laatu riippuu kysymysten osuvuudesta (Kananen 2015, 230). Tämän kyselyn kohdalla oikeiden asioiden tutkiminen varmistettiin valitsemalla tutkimusongelmien kannalta relevantteja kysymyksiä: kyselyn kysymykset johdettiin tutkimusongelmista ja teoreettisesta viitekehystä. Kysymyksenasettelussa kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, että kaikki vastaajat ymmärtäisivät kysymykset samalla tavalla (vrt. Kananen 2015, 227, 231). Mäkinen (2006, 92) toteaa, että tutkija itse sokeutuu helposti kyselylomakkeeseensa, joten kriittinen tarkastelu on tärkeää.

Haastattelukysymykset sekä kyselytutkimus esitettiin projektiryhmässä validiuden tutkimiseksi (vrt. Mäkinen, 2006, 93; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 191). Jälkikäteen tarkasteltuna hiljaisen raportoinnin vaikutuksia olisi voinut tarkastella kyselyssä valittua laajemmalla asteikolla niin, että hiljaiseen raporttiin siirtymiseen vastaajan kokemus mahdollinen negatiivinen vaikutus olisi saatu paremmin esiin muuttamalla skaalaus ”tilanne pysynyt samana/ei lainkaan – tilanne parantunut merkittävästi” -asteikosta ”tilanne heikentynyt huomattavasti – tilanne parantunut merkittävästi” -asteikoksi. Validiuden kannalta tehdyn valinnan merkitys jäänee kuitenkin vähäiseksi saatujen vastausten perusteella, sillä vain muutama vastaus koettiin vaikutuksiin liittyen oli neutraalin tai mahdollisen negatiivisen vaikutuksen alueella. Mikäli tällaisia vastauksia olisi kuitenkin kyselyssä ilmennyt enemmän olisi ollut syytä selvittää erillisellä lisätutkimuksella onko vastaus ollut neutraali tai negatiivinen: mikäli negatiivisia tuloksia oltaisiin saatu enemmän, olisi projektissa vielä tullut selvittää syy negatiivisille vaikutusarvioille erillisellä tutkimuksella korjaavien toimenpiteiden suorittamiseksi.

Tutkimuksen johtopäätösten esittämisessä on tuotu kattavasti esiin muiden vastaavaa teemaa tutkineiden tuloksia, ja niiden yhtäläisyyttä tässä tutkimuksessa saatuihin tuloksiin, millä on osaltaan haluttu tukea tutkimuksen luotettavuutta (vrt. Kananen 2015, 349).

Kyselyn suuri vastausprosentti (86 %) tuki hyvin kyselyn luotettavuutta. Näin saatiin kattava kuva tutkimuskohteesta. (vrt. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 189.) Ulkoisen validiteetin näkökulmasta voidaan tarkastella tulosten paikkansapitävyyttä käytännössä (Kananen 2015, 347). Kyselytulosten valmistuttua tuloksista keskusteltiin hoitajien kanssa osastotunnilla, jossa esiin nostetut asiat saivat tukea kuulijoilta. Myös saatu esimiespalaute kertoi kyselyn tuloksen korreloivan suoraan osastolla olevaan ”tunnelmaan”: hiljainen raportti on käytössä luonnollisena osana työtä, siihen ollaan tyytyväisiä ja sen käyttö on sujuvaa. (E. Kaukinen, henkilökohtainen tiedonanto 29.11.2019).

12 KYSELYN JÄLKEINEN KEHITTÄMISTOIMINTA JA PROJEKTIN PÄÄTÖS

Kyselyn tulokset käytiin läpi tiivistetysti osaston hoitohenkilöstölle järjestetyllä osastotunnilla 12/2019. Osastotunnin pääpaino oli esiin tulleissa kehitystarpeissa. Etenkin kirjaamiseen liittyvät tarpeet otettiin vahvasti esiin. Hoitajia muun muassa muistuteltiin vastuusta päivittää potilaan hoidon suunnittelua asianmukaisesti, täsmällisen ja oikean tietomäärän sisältävän kirjaamisen tarpeesta sekä tietojen oikeasta sijoittelusta. Kirjaamisen lisäksi osastotunnilla painotettiin kehitystarpeena koetun sääntöjen noudattamisen tarvetta edellytyksenä hiljaisen raportin menestyksekkäälle jatkumiselle. Suullisen raportin merkitys kerrattiin kokonaisuudessaan. Lisäksi esiin tuotiin luotujen fyysisten edellytysten pysyvyyden varmistaminen muun muassa huomauttamalla, että tietokoneita raporttitilasta vietäessä tulisi aina muistaa palauttaa kone takaisin ennen raportin alkua, jotta raportinlukijoilla olisi tarvittava määrä tietokoneita käytössään. Myös hiljaisen raportin yleistä huomiointia peräänkuulutettiin raporttiympäristön rauhoittamiseksi melulta raporttiaikoina.

Iltavuoron solujakomallin hyödyllisyyttä arvioitiin kyselyssä saatujen vastausten valossa yhteisessä keskustelussa, ja päädyttiin laajentamaan toimintamalli myös B-käytävälle. Vaikutusten seuranta päätettiin jatkaa osastokokouksissa.

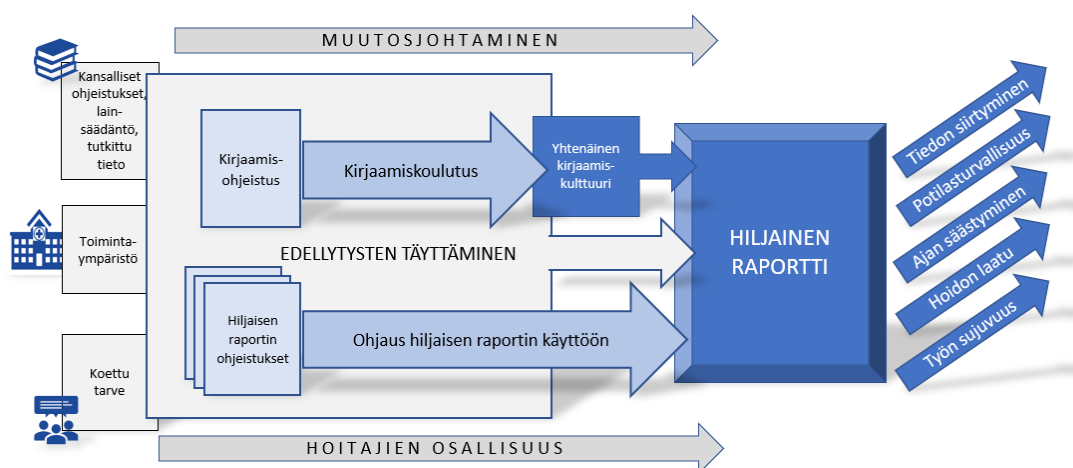
Kehittämiprojektin merkitys oli suuri henkilöstön ohjaamisessa ja opastamisessa uuden toimintamallin implementoinnin yhteydessä. Tästä syystä yhtä tärkeää on huolehtia siitä, että ohjausta ja tukea on saatavilla myös projektin loputtua. Hoitajille kerrottiin kirjaamisvastaavien vastaavan jatkossa kirjaamiseen liittyvästä ohjauksesta mahdollisissa avuntarpeissa. Vastuu hiljaisen raportin edelleen kehittämisestä siirrettiin osastotunnin myötä osaston apulaisosastonhoitajalle, ja henkilöstöä ohjeistettiin jatkossa ottamaan häneen yhteyttä asian tiimoilta projektipäällikön asemesta. Apulaisosastonhoitajan tehtäväksi osoitettiin niin ikään huolehtia osastotunnilla esiin tulleiden informaation edelleen tiedottamisesta osastotuntiin osallistumattomille hoitajille. Tässä hyödynnettiin osastokokousta, josta koko henkilöstö sai muistion sähköpostitse.

Kehittämiprojekti esitetään sen valmistuttua vielä kokonaisuutena Salon terveyskeskussairaalan osastolla 1 erikseen sovitulla osastotunnilla keväällä 2020.

13 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUOTOKSET

Kehittämiprojektin myötä Salon terveyskeskussairaalaan saatiin käyttöön tiedonsiirtoa, potilasturvallisuutta, hoitajien ajan hallintaa, hoidon laatua ja työn sujuvuutta parantava hiljainen raportti. Matka tähän tavoitteeseen vaati projektitoimintaa, joka realisoitui projektin tuotoksina. Tuotokset siis kertovat, mitä projekti sai konkreettisesti aikaan (vrt. Suopajarvi 2013, 11).

Kokonaisuuden näkökulmasta projektin keskeisimpänä tuotoksena voidaan nähdä projektin myötä syntyneen **hiljaisen raportin implementointimalli** (Kuvio 16). Mallista nousevat esiin hiljaisen raportin implementoinnin näkökulmasta keskeisimmät osatekijät, jotka ovat tämän kehittämiprojektin myötä todettu hyödyllisiksi, toimintaa tukeviksi ja tulosta tuottaviksi. Näihin osatekijöihin kuuluu projektin tuottamia konkreettisia tuotoksia: **kirjaamisohjeistus** ja **hiljaisen raportin ohjeistukset**, sekä **toimintamallit** näiden käyttöönottoon liittyvään **koulutukseen**. Näiden osatekijöiden lisäksi implementointimalli kuvaa, miten hiljaisen raportin edellytysten huomiointi koetusta tarpeesta, toimintaympäristöstä ja annetuista ohjeista käsin tukee hiljaisen raportin käyttöönottoa. Malli myös todentaa kirjaamisen kehittämisen suurta roolia hiljaisen raportoinnin käyttöönotossa, sekä hoitajien osallisuuden ja muutosjohtamisen merkityksiä.



Kuvio 16. Hiljaisen raportoinnin implementointimalli.

Itse **hiljainen raportti** ja siihen liittyvä **toimintamalli** on niin ikään projektin konkreettinen tuotos. Tämä toimintamalli on osaltaan kuvattuna hiljaisen raportin ohjeistuksissa. Hiljaisen raportin toimintamallin käyttöönoton myötä tehtiin muutoksia paitsi itse tapaan siirtää tietoa, myös muutoksia osaston toimintamalleihin ja työnjakoon. Seuraavassa kuvaus projektin päättymistilanteessa vallitsevasta iltapäivän hiljaisen raportin toimintakäytänteestä.

A- ja B käytävillä on käytössään erilliset raporttitilat, jotka ovat raportinlukijoiden käytössä päivittäin klo 14-15. Hoitajien saapuessa raporttihuoneeseen hoitajat päättävät keskenään työnjaosta käytävällään jakaantuen kahdeksi työpariksi. Eli iltavuorossa kukin työpari vastaa yhdestä solusta.

Kukin hoitaja saa raportilla käyttöönsä oman tietokoneen. Raporttia luetaan potilastietojärjestelmästä hiljaisen raportin ohjeistusten mukaisesti. Raporttia voi lukea raporttihuoneessa tai itse valikoimassaan paikassa. Raporttihuoneessa edellytetään hiljaisuutta lukurauhan takaamiseksi. Varsinainen lukuaika on klo 14-14:50, jonka jälkeen raporttia muualla lukeneiden on palattava raporttihuoneeseen, sekä myös palautettava tietokoneet paikoilleen. Mikäli hoitaja on ehtinyt raportin lukuaikana lukemaan tarvitsemansa tiedon ennen lukuajan päättymistä voi hän poistua raporttitilasta muuhun työhön, esimerkiksi auttamaan aamuvuoroa. Hänen on kuitenkin palattava suullisen raportin osuudelle raporttihuoneeseen määräaikaan mennessä.

Suullisessa osiossa aamuvuoron hoitajat tulevat paikalle raporttihuoneeseen klo 14:50. Iltavuorolla on mahdollista esittää aamuvuorolle kysymyksiä lukemastaan ja vastaavasti aamuvuorolla mahdollisuus informoida tarpeellisista asioista (potilasliikenne iltavuoron aikana, asiat, joita ei voi kirjata tai joita ei ole ennen raportin alkua ehditty kirjata). Suullisen raportin osio toimii myös konkreettisena vastuun siirtymisen tilanteena, jolloin potilaiden hoitovastuu siirtyy aamuvuorolta iltavuorolle. Osallistuminen suullisen raportin osioon on pakollista kaikille osapuolille. Raportin päätteeksi kukin raportin lukija käynnistää uudelleen tietokoneensa päivitysten lataantumiseksi ennen poistumistaan raporttihuoneesta. Ammatillinen vastuu lukea raporttia on lukijalla itsellään. Raportointiin saa tukea ja ohjausta ottamalla yhteyttä osaston apulaisosastonhoitajaan.

Opiskelijoille tarjotaan raportin lukuun tukea. Opiskelija lukee raportin joko yhdessä ohjaajansa kanssa, tai itsenäisesti mikäli vapaita tietokoneita on käytössä. Vieraskieliselle opiskelijalle hänen oma ohjaajansa antaa suullisen raportin parhaaksi katsomallaan kielellä.

Aamuvuoron näkökulmasta hiljainen raportti vaatii kirjausten potilastietojärjestelmässä oloa klo 14 mennessä. Kirjaamisessa on huomioitava, että potilaan tiedot ovat ajan tasalla ja hoitosuunnitelma on päivitetty. Raportinlukijan tiedontarve on pidettävä mielessä. Aamuvuoron on huomioitava iltavuoron raportinaikaisen lukurauhan säilymisestä välttämällä turhaa melua raporttitilojen läheisyydessä, sekä turhaa asiointia raporttihuoneessa. Aamuvuoron hoitaja on veloitettu menemään hiljaisen raportin suulliselle osi-olle raporttihuoneeseen klo 14:50-15 kertomaan potilasliikenteestä, kirjaamattomista asioista sekä tarvittaessa haluamistaan asioista kuten huonokuntoisen potilaan tilasta. Oleellista on mennä paikalle, vaikka ei edellä mainittua asiaa olisikaan, sillä aamuvuorolla saattaa olla kysyttävää potilaista.

14 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA

Arviointi on kiinteä osa kehittämistoiminnan prosessia. Sen kohteena on kehittämisen perustelu, organisointi ja toteutus. Prosessiarviointi tuo myös esiin mikä toteutuksessa on mahdollisesti muuttunut prosessin aikana. (vrt. Toikko & Rantanen 2009, 61.)

Kehittämiprojektin arvioinnilla arvioidaan projektin lopputulosta ja itse kehittämisprosessia. Nämä ulottuvuudet ovat toisiaan täydentäviä. (vrt. Seppänen-Järvelä 2004, 11, 19.) Arvioinnilla tuotetaan tietoa kehitettävästä asiasta, eli onko tarkoitus ja tavoitteet saavutettu, sekä tietoa kehitetyn asian toimivuudesta. Aikaansaatua kehitystä verrataan suunniteltuun ja asetettuihin tavoitteisiin. (vrt. Toikko & Rantanen 2009, 61.) Lopputulosta ei voi arvioida ilman prosessin arviota – vain sitä kautta voidaan luoda ymmärrys siitä, miten kyseiset tulokset on saatu. Esiin otetaan tässä suhteessa projektin toteuttamisen kannalta kriittisimmät osatekijät. (vrt. Seppänen-Järvelä 2004, 17, 27.) Arviointi perustuu kehittämiprojektin aikana pidetyn projektipäiväkirjan merkintöihin jatkuvasta prosessiarviointista, jota on käytetty palautteena ja projektin ohjaamisen välineenä (vrt. Seppänen-Järvelä 2004, 17, 27) sekä projektin lopussa toteutetun arviointi-informaatiota tuottaneen kyselyn tuloksiin. Näiden lisäksi arvioinnin kohteena huomioidaan myös toimijoiden osallistumisnäkökulma (vrt. Toikko & Rantanen 2009, 61.)

Menetelmällisesti arvioinnissa käytetään itsearviointia, jolla tarkoitetaan projektin osallistujien tuottamaa todisteaineistoa, tai näyttöön perustuvaa monipuolista, systemaattista ja reflektiivistä arviota omasta toiminnasta uhkineen, mahdollisuuksineen, heikkouksiineen ja vahvuuksineen. Työntekijöiden toimiessa itse työnsä arvioijina saavutetaan parempi vaikuttavuus työn sisältöihin sekä kehittämiseen. Taustalla on ajatus tulosten hyödyntämisen suuremmasta todennäköisyydestä, sekä oman työn tuntemuksesta. (Suopajarvi 2013, 18.)

14.1 Tuloksen arviointi ja pohdinta

Projektin arvioinnissa oleellista on selvittää projektin toiminnan ja sen aikaansaamien tulosten vaikutusta. Arvioinnissa otetaan esiin kehittämisen tuotos ja tulokset: kehitetyt toimintamallit ja niiden käyttö, niistä saadut kokemukset sekä niiden vaikutus. Etenkin asetettujen tavoitteiden toteutumisen arviointi on keskiössä (vrt. Suopajarvi 2013, 9, 11). Tätä projektin kykyä saavuttaa sille asetetut tavoitteet kutsutaan vaikuttavuuden

arvioinniksi (Sarajärvi ym. 2011, 62). Vaikutusta voidaan selvittää mittaamalla – yleensä käytetään kvantitatiivista menetelmää ennen-jälkeen asetelmalla (Seppänen-Järvelä 2004, 38). Tässä projektissa vaikutuksen arviointi tapahtui kuitenkin hoitajien itsearviointina. Se vaati tiedon hankintaa, joka toteutettiin kyselyn välityksellä. Tämä mahdollisti itsearvioinnilta vaaditun systemaattisuuden, kerätyn aineiston ja sen analysoinnin vaatimusten täyttymisen. (vrt. Suopajarvi 2013, 18, 27.)

Projektille asetettu tavoite sisälsi jo itsessään tavoitteen vaikutusten ilmenemisestä. Kysely osoitti, että projektin kautta tavoiteltu vaikutus saavutettiin tavoitelluilla osa-alueilla: hoitajat kokivat tiedon siirron, potilasturvallisuuden ja työn sujuvuuden parantuneen. Hoitajat näkivät uuden raportointimallin myös säästävän aikaa ja mahdollistavan potilaan paremman hoidon. Vaikutuksen arvioinnin tulos ja sen aste todentavat muutoksen juurtumista kohdeorganisaatioon (Kuikka ym. 2012, 40–48). Kysely todensi myös kirjaamisen kehittymistä hiljaisen raportin käyttöönoton myötä. Tämä oli nähtävissä myös konkreettisesti potilasasiakirjoihin tehtyjen kirjausten yhdenmukaisena rakenteena. Kuten kyselykin toi ilmi, kehitettävää kuitenkin riittää edelleen – esiin nostetut kehitysideoit paitsi suuntasivat edelleen kehittämistä, myös osoittivat sitoutumista uuden toimintamallin käyttöön myös kirjaamisen kohdalla. Kirjaamisen kehittyminen tuki paitsi hiljaista raportointia saavutti myös muita päämääriä. Hoitotyön suunnitelman merkitys paitsi tiedon siirrossa myös potilaan hoidon suuntaajana ymmärrettiin aiempaa paremmin. Kirjaamista ei tehdä enää vain kirjaamisen itsensä vuoksi – siksi että se mikä ei ole kirjattu ei ole tehty, vaan koska hyvin suunniteltu on puoliksi tehty (vrt. Ahonen ym. 2007, 6).

Kehittämistoiminnan arvioinnissa tulee arvioida myös alkukartoituksen tuottamaa tietoa, eli tukeeko tehty tutkimus olemassa olevaa tietopohjaa tai tuoko se uutta tietoa asiasta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 167). Hiljainen raportti vaikutuksineen on aiemmissa tutkimuksissa osoittautunut menestyksekkääksi tavaksi kehittää hoitotyöhön liittyvää viestintää, ja sen piiriin kuuluvat kehittämisprojektit ovat pääasiassa tuottaneet onnistuneita tuloksia. Tämä kehittämisprojekti hyödynsi ensikädessä kohdeorganisaatiotaan, mutta projektin toteuttamisen myötä voidaan edelleen täydentää olemassa olevaa tietopohjaa hiljaisen raportin positiivisista vaikutuksista. Kehittämisprojektin tutkimuksellisten osioiden kautta tuotoksena saatiin tuotettua kattavasti tietoa siitä, mitä terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunta kokee hiljaiseen raportointikäytäntöön edellytettävän 2020-luvun taitteen terveyskeskussairaalan toimintaympäristössä. Näin luodaan edelleen merkitystä ja sisältöä hiljaisen raportin implementoinnin vaativille kehittämistoimille edistämään vastaavien kehittämisprosessien toteuttamista.

Raportointikäytänteiden sopivuus ympäristöönsä on aina arvioitava erikseen ennen sen käyttöönottoa. Kuten tämä kehittämisprojekti osoitti, hiljaisen raportin käyttöönotossa etenkin toimipaikkakohtaisten edellytysten selvittäminen on tärkeää. Voidaankin sanoa, että tämän kehittämisprojektin tutkimusten tuloksia voidaan hyödyntää vastaavissa organisaatioissa osana hiljaisen raportin implementointia, mutta täyden hyödyn saamiseksi suositeltavampaa on hyödyntää tässä projektissa sovellettuja ja hyväksi todettuja kehittämiskäytänteitä – kehittää kirjaaminen kuntoon, luoda toimipaikkakohtaiset edellytykset hiljaiselle raportille osallistaen henkilöstö muutokseen sekä käyttää ohjeistuksia ja ohjausta muutoksen tukena, eli soveltaa projektin tuotoksena syntyneitä implementointimallia. Raportointihetkellä kehittämisprojektin hyödynnystä edellä kuvatun tavan suuntaisesti on jo alettu soveltaa Salon terveyskeskussairaalan osastolla 2, jossa projektin myötä syntyneitä kirjaamismallia ollaan parhaillaan ottamassa käyttöön projektin kautta syntyneitä koulutusmateriaalia käyttäen. Tämän tytärprojekti on niin ikään tarkoitus edetä hiljaiseen raportointiin.

14.2 Projektin arviointi ja pohdinta

Pelkkä projektin saavutusten arviointi ei riitä, vaan arvioinnin yksi merkittävä näkökulma on itse kehittämisprosessin arviointi (Seppänen-Järvelä 2004, 20; Toikko & Rantanen 2009, 61). Kyse on prosessin logiikasta – se osoittaa miten ja millaisin toimenpitein haluttu tulos on saavutettu (Seppänen-Järvelä 2004, 16).

14.2.1 Projektin lähtökohtien ja projektin prosessin arviointi

Onnistuneen projektin toteutusmalli on räätälöity hankkeen sidosryhmien tarpeiden ja mahdollisuuksien mukaisesti. Projektialoitteiden tulisikin perustua hyödynsaajien tarpeisiin ulkopuolisen asiantuntija- tai viranomaistyön sijaan. (Silfverberg 2005, 3, 8.) Projektin tarve (tiedonsiirron, hoitajien ajan ja työn hallinnan sekä potilasturvallisuuden ja hoitotyön laadun parantaminen) oli relevantti, perusteltu ja ajankohtainen. Tarve lähti käytännön työstä, osaston konkreettisista tarpeista, jotka olivat itse henkilöstön havaitsemia ja esimiehen tukemia. Näiden tarpeiden yleistä todentumista osastolla tukivat hoitajien haastatteluissa esiin tuomat suullisen raportin heikkoudet, jotka nousivat esiin hoitajien peilattaessa hiljaisen raportin odotuksiaan käytössä olleen suulliseen raportin heikkouksiin. Aiempien tutkimusten esiin tuoma hiljaisen raportoinnin positiivinen vaikutus

suhteessa kohdeorganisaatiossa koettuihin kehittämistarpeisiin tuki hiljaisen raportin menetelmällistä valintaa raportoinnin kehittämisessä.

Terveystieteiden muutos on tuotava työyhteisöön **suunnitellusti** – tämä takaa potilasturvallisuuden säilymisen. Etenemällä ennalta hyväksytyyn perustellun suunnitelman mukaisesti toimintaa jatkuvasti arvioiden ollaan kyetty pitämään muutos hallittuna. Projektin näkökulma hiljaisen raportin edellytysten täyttämiseen tukee potilasturvallisuutta: pohtimalla yhdessä hiljaisen raportin edellytyksiä ollaan ennakoitu esiin mahdollisesti tulevia ongelmia – ts. varauduttu muun muassa potilasturvallisuutta mahdollisesti vaarantaviin seuraamuksiin, mikä on tämäntyyppisessä kehittämistyössä ensiarvoisen tärkeää.

Projektin **tutkimukselliset osat** tuottivat arviointitietoa projektin suuntaamisen tueksi ja valittujen toimintamallien muuttamiseksi. Seppänen-Järvelä (2004, 21) ja Toikko & Rantanen (2009, 61) toteavat, että tällainen kehittämistoiminnan arviointi mahdollistaa kehittämistoiminnan prosessin suuntaamisen. Tässä uuden toimintamallin vaikutuksen seuranta mahdollisti mallin edelleen kehittämisen, sekä korjaavien toimenpiteiden määrittämisen (vrt. Suopajarvi 2013, 11). Kehittämistoiminnassa käytetyt tutkimukselliset menetelmät tukivat hyvin kehitystoimintaa paitsi mahdollistamalla kaivatun tiedon saannin myös osallistamalla henkilöstön muutokseen. Osallisuus tuki muutoksen läpivientiä vastuun jakamisen kautta (vrt. Puumalainen ym. 2003, 8) sekä mahdollisti sitoutumisen muutokseen. Näin se myös edesauttoi uuden toimintamallin juurtumista työyhteisöön. (vrt. Kukkola 2018, 108, 111.) Voidaankin sanoa tämän kehittämisprosessin konkretisoineen osallistavan kehittämisen, yhdessä tekemisen, vaikutuksia menestyksekkäässä kehittämistyössä (vrt. Puumalainen ym. 2003, 8; Kukkola 2018, 111).

Osallistuminen kumpaankin tutkimukseen oli aktiivista, mikä tuki niiden merkitystä osana kehittämisprosessia: tuloksista saatiin kattava kuva halutusta asiasisällöstä, mikä antoi hyvät eväät itse kehittämistoiminnalle. Varsinaiset kehittämisen elementit – **kirjaamisohjeistus, kirjaamiskoulutus, hiljaisen raportin ohjeistukset sekä opastus hiljaiseen raporttiin** – osana kehittämisprosessia todennettiin hyödyllisiksi hiljaista raporttia työkseen käyttävien hoitajien keskuudessa. Ne tukivat hiljaisen raportin implementointia toivotulla tavalla. Hiljaisen raportin edellytysten esiin nostaminen mahdollisti koettujen tarpeiden täyttämisen ja ohjasi omalta osaltaan kehitystoimintaa eteenpäin kohti tavoitetta.

Projekti eteni pääosin suunnitellusti vaiheittain. Lähtökohtaisesti projektin alussa puuttuminen osaston senhetkiseen kirjaamiseen, jonka taso ei vastannut hiljaisen raportin

kirjallisuuden ja aiempien kehittämisprojektien esiin nostamia tarpeita osoittautui oikeaksi valinnaksi. Varhainen reagointi kirjaamisen kehittämistarpeelle antoi mahdollisuudet panostaa osaston kirjaamiskulttuurin parantamiseen riittävän ajoissa ennen hiljaisen raportin implementointia.

Aikataulussa pysyminen on ainoa resurssi, jonka voi menettää, muttei saada koskaan takaisin (Virtanen 2000, 31). Kirjaamisen kehittäminen – kirjaamismallin laadinta ja koulutusten järjestäminen – vaativat tiukkaa ajallista kontrollia, jotta kirjaaminen olisi kunnossa ennen hiljaisen raportin käyttöönottoa. Aikataulutukseen vaikutti myös edessä ollut kesälomakausi. Menetelmä haluttiin totutuksi raportointimenetelmäksi ennen kesälomien alkua. Aikataulullisia haasteita tuottivat myös vuorotyö, lomat ja sairaslomat yhdistettynä projektin tavoitteeseen osallistaa hoitohenkilöstö kehittämiseen. Lisäksi suunnittelussa ollaan huomioitu osaston normaalin toiminnan mahdollistuminen suhteessa osallistavaan kehittämiseen. Aikataulut tehtiin osaston toiminnan osoittamisraameissa niin, ettei potilasturvallisuus vaarantunut. Osallistujaryhmien laadinnassa huomioitiin, että osastolla olisi jatkuvasti riittävä ja osaava miehitys käytössä. Hyvin aikataulutetulla suunnitelmalla projektin kulkua voitiin hyvin ennakoida ja sen etenemistä seurata, kuten myös Ruuska (2012, 51) asian tiivistää. Aikataulutus tehtiin jo suunnitteluvaiheessa tarkaksi ja mahdollisiin suunnitelman muutoksiin varauduttiin ennakoita.

Ainoa aikataulullinen suurempi muutos projektissa oli kyselyn lykkääntyminen hieman myöhemmälle syksyyn. Taustalla oli kehittämisprojektin myötä syntynyt idea iltavuoron solujakomallista, jonka vaikutuksia haluttiin selvittää osana jo ennalta suunniteltua kyselyä. Solujakomallia pilotoitiin kuukausi, joten kysely siirtyi näin myös kuukaudella eteenpäin. Käytännössä tämä ei kuitenkaan vaikuttanut itse projektiin tai sen muuhun aikataulutukseen muutoksen osuttua projektin loppuvaiheille.

Viestintää on projektissa pidetty aktiivisena sen joka vaiheessa. Menetelmät ovat rajoittuneet organisaation sisällä olemassa olevien resurssien raameihin, osastokokouksiin ja -tunteihin sekä sähköpostiviestintään, osaston suuren hoitajamäärän ja työn vuorotyöluonteen vuoksi. Projektiviestinnässä oleellista on oikean sisällön viestiminen oikeaan aikaan oikeille ihmisille (Mäntyneva 2016, 115). Tässä etenkin oikea-aikaisuus painottui muutoksesta viestimisen näkökulmasta. Tiedotusta ei jätetty viime tippaan, mutta ei myöskään toteutettu liian varhain – näin katkaistiin siivet huhuilta ja väärän tiedon leviäminen.

Projektin prosessia arvioitiin säännönmukaisesti **reflektoinnin** avulla – se auttoi arvioimaan kehittämistoimenpiteiden toteutumista kokemusten, havaintojen ja palautteen kautta. Reflektiota toteutettiin keskustelun – avoimen puhumisen ja vastuullisen kuulemisen välityksellä (vrt. Seppänen-Järvelä 2004, 44–45) läpi projektin, ja erityisesti hoitajat yhden pöydän ääreen kokoavilla osastotunneilla. Kehittämisprojektissa alkuperäinen tavoite ja tarkoitus pystyttiin pitämään kirkkaana mielessä, ja niitä on reflektoitu jatkuvasti toimintaympäristöön ja sen vaatimuksiin. Reflektoinnista pidettiin päiväkirjaa.

Muutosvastarinnalla ja sen oikeanlaisella käsittelyllä on projektissa ollut selkeä merkitys. Muutosvastarintaan oli varauduttu jo suunnitteluvaiheessa, ja valittu kehittämisen menetelmät sitä silmällä pitäen. Keskeistä on ollut kyky ymmärtää sen merkitys paitsi väistämättömänä myös merkityksellisenä osana muutosta. Sen ei ole annettu lannistaa, vaan sitä on käsitelty merkinä siitä, että kehittämisen aiheella koetaan olevan merkitystä: siihen ei suhtauduta välinpitämättömästi, vaan sitoutumisen siemen on jo tässä vaiheessa kylvetty (vrt. Aarnikoivu 2008, 166).

Myös vaikuttavuuskysymyksen esiintuonti arvioinnissa on tärkeää. Oleellista on myös arvioida prosesseja ja tuloksia yhdessä – ratkaista **vaikutuskysymys**, eli missä määrin saavutetut tulokset ovat tuotetun intervention tuottamia. (Sarajärvi ym. 2011, 62–63.) Tässä projektissa ei tehty interventiotutkimusta kokeellisella asetelmalla, vaan arvioitiin toteutuneen intervention koettuja vaikutuksia kyselyn välityksellä. Toikko & Rantanen (2009, 153) puhuvat koetusta vaikutuksesta, jolloin valittua kohdetta pyydetään arvioimaan miten jokin toiminta on vaikuttanut.

Hiljaisen raportin koettiin kyselyn perusteella saavuttaneen tavoitteensa toivotuilla osaluilla (hiljaisen raportin koettu positiivinen vaikutus tiedonsiirtoon, potilasturvallisuuteen, ajan säästymiseen, työn sujuvuuteen ja hoidon laatuun). Tulosten perusteella ei voida kuitenkaan suoraan todeta, että hiljainen raportti olisi aikaansaanut esiin tulleet vaikutukset – myös kirjaamisen kehittymisellä saattoi yksinään olla vaikutus koettuihin positiivisiin vaikutuskokemuksiin. Vaikutuksia arvioitaessa kirjaamisen kehittämisen kohdalla puolestaan ei voida suoraan sanoa kirjaamiskoulutuksen aikaansaaneen hoitajien kokemusta, että kirjaaminen oli parantunut, sillä implementoitu hiljainen raportti tuki osaltaan kirjaamisen kehittymistä – ilman hiljaista raporttia työlääksi koettu kirjaaminen olisi saattanut taantua takaisin alkutekijöihinsä, sillä siihen kului aiempaa enemmän aikaa. Hiljainen raportti tuki osaltaan kirjaamisen kehitystä vapauttamalla aikaa kirjaamiseen sekä toisaalta loi vaateen kehittyneelle kirjaamiskäytänteelle sen juurruttamiseksi.

Kehittämiprojekti siis osoittaa, että hiljainen raportti ja kirjaamisen kehittäminen tukevat toisiaan, ja niiden samanaikainen kehittäminen on optimaalista.

14.2.2 Projektiorganisaation toiminta ja oma toiminta projektipäällikkönä

Onnistuakseen projekti tarvitsee selkeästi määritellyt ja riittävät tavoitemitotetut resurssit, joita koskeva vastuunjako ja roolitus tulee olla selkeästi määritelty (Silfverberg 2005, 7). **Ohjausryhmän** näkyvyys projektissa on ollut vähäinen, eikä se ole kokonaisuudessaan kokoontunut kertaakaan. Ohjausryhmä on kuitenkin kommunikoinut projektipäällikön kanssa kukin omilta tahoiltaan täyttäen hyvin asetetut tehtävänsä – ennen kaikkea ohjausryhmän asema projektijohtamista tukevana ja kannustavana elementtinä on ollut merkittävä. Projektin **projektiryhmän** sisäinen päätöksenteko on ollut projektissa tärkeässä roolissa. Ryhmässä ollaan päätetty muun muassa miten osaston kirjaaminen tulevaisuudessa rakentuu – on tarvittu yhteisymmärrystä ja sääntöjen lukkoon lyömistä. Merkitys oli aikataulullisesti merkittävä, sillä kaikkien projektin tuotosten sekä tutkimusten mittarien arviointi tapahtui projektiryhmissä ennen, kun niihin liittyvää kehittämistyötä kyettiin toteuttamaan. Projektipäällikkö on pyrkinyt koordinoimaan projektin ajoittain pohdiskelevaa päätöksentekoa aktiivisesti kannustaen. Projektiryhmän sitouttaminen tiukoihin aikatauluihin oli haasteellista, ja projektipäällikön täytyi ajoittain aktivoida jäseniä esim. muistuttamalla määräajoista ja osallistumisesta. Projektin toiminnan tuloksen konkretisoituminen muuttuneiksi työtavoiksi osastolla on osaltaan aktivoinut projektiryhmää ja lisännyt sitoutuneisuutta projektiin sen etenemisen myötä. Projektiryhmä on kokoonpanoltaan muuttunut muutaman kerran projektin aikana. Aivan projektin alussa yksi jäsenistä halusi poistua ryhmästä. Lisäksi osaston apulaisosastonhoitaja on projektin aikana muuttunut kolmesti, mikä on tuonut ryhmään vaihtuvuutta ja vaatinut ylimääräistä perehdytystä.

Projektipäällikkyyys projektissa on ollut rikastuttava kokemus kertyneen kokemuksen näkökulmasta. Koordinaatiokyvykkyyydestä ja suunnitelmallisesta työotteesta sekä ennen kaikkea päättäväisyydestä ja periksiantamattomuudesta on ollut paljon hyötyä projektin läpiviennissä. Hanke on ollut jatkuvan seurannan alaisuudessa ja havaittuihin epäkohtiin ollaan puututtu välittömästi ja jämäkästi. (vrt. Kukkola 2018, 120–121, 126–127.) Projektipäällikkö on toiminut projektin koordinaatiokeskuksena. Projektin toteuttaminen on vaatinut ennakointia ja jatkuvaa niin menneeseen nykyhetkeen kuin tulevaankin katsomista sekä valppautta pyrkimyksenä jatkuva tilanteen kontrollointi ja projektiin

osallistujien pitäminen ajan tasalla. Projektipäällikön asiantuntijuus kirjaamisesta ja hiljaisesta raportoinnista kehittyi huomattavasti projektin myötä. Projektin johtamisen taidot vahvistuivat, samoin yhteistyötaidot. Projekti kehitti keskeneräisyyden sietokykyä ja vahvisti kyvykkyyttä suunnitelmalliseen ja tavoitteelliseen toimintaan. Projektipäällikkö huolehti itse kaikista projektin käytännön järjestelyistä, itse kehittämistoimintaan saatiin käytännön apua osaston esimiehiltä.

Kehittämiprojektin aiheen läheisyys projektipäällikön työhön ja kehitystyön kohdentuminen projektipäällikön omaan työympäristöön lisäsi motivaatiota keskittyä täyspainoisesti projektin läpivientiin. Projektipäällikön työskentely kohdeorganisaatiossa nähtiin kehittämisen ja tavoitteen saavuttamisen näkökulmasta edulliseksi. Projektipäälliköllä oli ymmärrys henkilökunnan kokemuksista ja hän pystyi tätä kautta tukemaan heitä yksilöllisemmin. Etuna nähtiin myös se, ettei muutos tullut ns. ylhäältä päin annettuna määräykseenä, vaan kyse oli pitkälti samalla tasolla yhdessä toteutettavasta kehittämistoiminnasta, vaikka projektipäällikkö johtikin kehittämistyötä. Pelander & Kirjonen (2011, 29) huomioivat, että henkilöstölähtöinen hiljaisen raportin kehittäminen tehosti ja helpotti muutostyötä ylhäältä tulevan esimies- tai johtolähtöisen ideoinnin asemesta.

Hyvän johtajan paras motivointikeino on kehu ja arvostuksen anto, jota myös tässä projektissa on hyödynnetty. Ihminen tarvitsee kiitosta, arvostuksen osoittamista työstään. (Kukkola 2018, 127.) Henkilöstö on saanut ansaitsemaansa jatkuvaa myönteistä palautetta kirjaamisen kehittymisestä sekä hiljaisen raportin toimintamalliin sopeutumisesta. Tuen ja kannustuksen merkitys on korostunut etenkin projektin sijoituttua työympäristöä rasittavien ulkoisten tekijöiden rasittamaksi hiljaisen raportin käyttöönoton yhteydessä.

Projektin saama hyöty **toimeksiantajan** edustajan kanssa hyvin sujuneesta yhteistyöstä ja yhteisestä näkemyksestä on yksi merkittävimmistä projektin onnistumista edistänyt tekijä. Projekti on pitkälti riippuvainen perusorganisaation tekemistä päätöksistä sekä resursseista, joiden hankinta vaatii johdon mielenkiinnon ylläpitoa (Ruuska 2012, 44). Organisaation johdolla on ollut avoin asenne kehittämistoimintaan, ja heillä on uskoa hiljaisen raportin tuomiin etuihin organisaatiossa. Kehitysmuönteisen esimiehen rooli on myös muutoksessa tärkeä (Laitila ym. 2016, 35). Tämän projektin kohdalla esimiehen ymmärrys muutoksen tarpeista ja vaikutuksista sekä ennen kaikkea luottamus projektipäällikköön loivat hyvän pohjan työskennellä yhteisten tavoitteiden eteen.

Näiden pääasiallisten yhteistyötehtävien lisäksi organisaation johdon kanssa on käyty jatkuvaa kehityskeskustelua hiljaisen raportin edellytysten täyttämistä niin suullisesti kuin sähköpostitse. Hiljainen raportti on ollut aiheena useassa osastokokouksessa sen herättämien tuntemusten pohjalta. Johdolle on raportoitu käytännön ongelmista hiljaisella raportilla hoitohenkilöstön toimesta, ja johto on näihin myös omatoimisesti pyrkinyt vastaamaan. Johto on siis myös ottanut vastuuta kehittämistoiminnasta. Tämä vastuun siirtymien on tarkoituksenmukaista, sillä projektin loputtua vastuu siirtyy kokonaan organisaation johdolle (apulaisosastonhoitajalle).

Projektipäällikön saama ohjaus, tuki ja kannustus projektin **mentorilta** on ollut erittäin myönteistä, palkitsevaa ja voimaannuttavaa. Ammattikorkeakoulun **opettaja** on aktiivisesti, kannustavasti ja asiantuntevasti tarjonnut ohjausta ja tukea sitä tarvittaessa projektin etenemisen ja kirjallisen tuotoksen laatimisen suhteen.

14.2.3 Projektin eettisyys ja luotettavuus

Kehittämiprojektin lähtökohdat olivat työelämälähtöiset, todellisista työelämän tarpeista lähtevät. Aiheen valinta on laajasti perusteltu osastolla ilmenneillä, tunnistetuilla ja tunnistetuilla tarpeilla. Myös projektipäällikön halu kehittää omaa työtään vaikutti osaltaan aiheen valintaan. Käytännön ammattitoimintaan liittyvässä kehitystyössä korostuvat ammattieettiset periaatteet (Heikkilä ym. 2008, 43). Sairaanhoidajien eettisissä ohjeissa ohjeistetaan sairaanhoidajia huolehtimaan ammattinsa sisällön syventämisestä, koulutuksen kehittämisestä ja tieteellisyyden edistämisestä (Sairaanhoitajaliitto 2019). Nämä argumentit kulminoivat projektin eettisistä näkökulmista lähtevän tarpeen sekä tavoitteen, jotka vaativat henkilöstöltä ammattitaidon kehittämistä kirjaamistaitojen kehittämisellä, sitoutumisella yhtenäisiin kirjaamisohjeistuksiin, uuden raportointimallin oppimista ja edelleen sitoutumista sen yhtenäiseen käyttöön. Eettisissä ohjeissa mainitaan erikseen asiantuntijuuden kasvuun liittyvä velvoite toimia väestön hyvän olon edistäjänä – sosi- ja terveystieteiden näkökulmasta kehittämistyöllä pyritään yhteiseen hyvään (Stenvall & Virtanen 2012, 109), mikä konkretisoituu potilaslähtöisyyden toimiessa kehittämistyön lähtökohtana ja kehittämistä ohjaavana tekijänä läpi projektin.

Kehittämiprojektille on luotu laaja teoreettinen perusta, teoreettinen viitekehys, joka nojaa oman alan tieteelliseen kirjallisuuteen sekä muihin asiaankuuluviin tietolähteisiin (vrt. Vilka 2015, 44). Eettisyyden näkökulmasta lähteiden luotettavuus ja eettisyys on pyritty huomioimaan perusteellisen lähdekritiikin käytöllä (vrt. Heikkilä ym. 2008, 44), sekä

kirjallisessa tuotannossa käytetyllä asianmukaisella viittaustekniikalla. Muiden tutkijoiden tekemälle työlle on annettu niille kuuluva arvo ja merkitys (vrt. Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6), sekä osoitettu asianmukaisesti niiden merkitystä tämän tutkimuksen ja sen tulosten valossa (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2018, 150).

Projektin projektiryhmän kokoonpanoa suunniteltaessa huomioitiin luotettavuus ja eettisyys kutsumalla ryhmään osaston kirjaamisvastaavat – heillä nähtiin olevan paitsi vaadittua asiantuntijuutta, myös motivaatiota, minkä uskottiin sitouttavan heitä ryhmän toimintaan. Projektissa ollaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 6) ohjeistuksen mukaan sovittu erikseen projektiryhmän kesken osapuolten oikeuksista, tekijyyttä koskevista periaatteista ja vastuista sekä velvoitteista, ja jäsenet ovat nämä hyväksyneet. Tässä tuotiin esiin osallistumisen vapaaehtoisuus ja keskeytysmahdollisuus, sekä ryhmän toiminnan raportoinnissa käytetty yksityisyydensuoja niin, ettei projektiryhmän yksittäistä jäsentä voi raportista tunnistaa. Projektiryhmää on hyödynnetty kehittämisprojektin eri vaiheissa projektin ja sen osien (kirjaamiskoulutuksen sisältö, haastattelurunko, kysely, sekä ohjeistukset kirjaamiseen ja hiljaiseen raporttiin) kriittisessä tarkastelussa ja arvioinnissa. Lisäksi ohjaava opettaja on tukenut arviointitoimintaa.

Tiedon käsittelyn ja siirron muutos vaatii henkilöstön osaamisen kehittymistä, joten muutos on huomioitava henkilöstön perehdytyksessä ja täydennyskoulutuksessa (ETENE 2012, 33). Kirjaamisen rakenteisen ja sisällöllisen muutoksen sekä muuttuneen tiedon siirtotavan, hiljaisen raportin, vaatimaa henkilöstön ohjaamista näiden uusien menetelmien käyttöön on tässä projektissa pyritty varmistamaan määrätietoisella suunnittelulla, ohjauksella ja opetuksella sekä ajantasaisella tiedottamisella, sekä ohjaus- ja opetustyön jatkumisen varmistamisella myös projektin jälkeen. Projektin aikana ohjausta tarjottiin jatkuvasti saatavana olevana tukena, ja tästä mahdollisuudesta muistutettiin henkilöstöä toistuvasti projektin edetessä osastokokouksissa.

Itse kehittämistoimintaan liittyvien toimintatapojen valinnassa ja aineistonkeruussa on huomioitu kehittämistoimintaan kytkeytyneet henkilöt, osastolla työskentelevät hoitajat, joita on kohdeltu oikeudenmukaisesti ja kunnioittavasti. Toiminnan taustalla on ollut hyvän tuottaminen heille itselleen. Kehittämisprojektista ja sen etenemisestä sekä tuloksista informoitiin osastolla aktiivisesti, perustellusti ja rehellisesti. Samoja periaatteita käytettiin projektin kirjallisessa raportoinnissa. (vrt. Heikkilä ym. 2008, 45–46.)

14.2.4 Jatkokehityshaasteet

Hyvälle tasolle saatu kirjaaminen vaatii sen laadun säännöllistä varmistamista myös hiljaisen raportin laadun säilymisen turvaamiseksi. Kirjaamisen tasoa, laatua ja kehittämiskohteita suositellaan arvioimaan auditoinneilla (vrt. Mykkänen ym. 2018, 204). Kirjaamiseen tulisi luoda säännöllinen auditointijärjestelmä, jossa etenkin hiljaisen raportin näkökulma otetaan myös huomioon. Esiin tullessiin kehittämishaasteisiin tulee tarttua asianmukaisesti. Kirjaamisen kohdalla jatkon kehitystarpeena tulee arvioida etenkin rakenteisuuden lisäämistä kirjauksiin. Tässä tulee kuitenkin huomioida rakenteisuuden kirjallisuudessa kohdistunut kritiikki, sekä sen mielekkyys ja tarkoituksenmukaisuus osaston näkökulmasta.

Jatkossa olisi myös erityisen tärkeää säilyttää muu saavutettu kehitystyö ja aikaansaadut hiljaisen raportin edellytykset, sekä varmistaa niiden jatkuva kehittäminen sopimalla tähän tehtävään osastolle vastuuhenkilö. Myös täyttämättömien edellytysten täyttämistä tulisi jatkossa tuoda uudelleen esiin. Etenkin asianmukaisten työvälineiden osalta laadukkaan, tehokkaan ja potilasturvallisen hoidon toteuttamisen helpottamiseksi. Raporttilistojen tulostusmahdollisuudella säästettäisiin päivittäin paljon aikaa ja vaivaa, samoin asianmukaisella hoitosuunnitelma-alustalla. Panostus fyysisiin taloudellista panostusta vaativiinkin tekijöihin saattaa maksaa itsensä tulevaisuudessa takaisin moninkertaisesti.

Myös yhteistyön parantaminen hoitajien ja lääkärin välillä on selkeä kehityskohde, jossa lääkäreitä on yhä määrätietoisemmin informoitava hoitajien tarpeesta paitsi saada toteutettavat määräykset ajoissa, myös määräysten selkeyden ja oikeinkirjoituksen välttämättömyydestä muun muassa potilasturvallisuuden näkökulmasta.

Ryhmäteemahaastattelu nosti esiin merkittävän aiemmissä vastaavissa tutkimuksissa esiin nousemattoman hiljaisen raportin edellytyksen – kirjaamisen hyvällä suomen kielellä. Tämä liittyi niin hoitajiin kuin lääkäreihinkin. Nykyisellä henkilöstörakenteella tällaisten ongelmien ilmenemisen todennäköisyys on ilmeinen, ja merkittävää on, että kielitaito osana turvallista viestintää tulee tulevaisuudessa olemaan yhä suuremmassa roolissa työvoiman rajoja ylittävän rekrytoinnin myötä niin suullisessa kuin hiljaisessakin raportoinnissa. Ilmiön vaikutusta tulisikin jatkuvasti seurata ja arvioida osana turvallisuusstrategiaa.

15 LOPUKSI

Projekti oli laaja. Se kattoi sekä kirjaamisen, että raportoinnin kehittämisen todentaen näiden osatekijöiden toinen toistaan tukevaa vaikutusta. Lähtökohtaisesti haaste oli suuri, etenkin kun ottaa huomioon alkutilanteen merkittävän muutosvastarinnan. Kehittämiprojektilla kuitenkin saavutettiin sille asetettu tavoite siihen liittyvine vaikutustavoitteineen. Osastolla on käytössä hiljainen raportti ja tiedonsiirto on parantunut. Osastolle on saatu luotua yhtenäinen, lainvoimainen kirjaamiskulttuuri. Hoitajat kokevat heillä olevan enemmän aikaa käytössä potilaalle ja työ on sujuvampaa. Lisäksi potilaalle koetaan kyettävän antaa aiempaa parempaa hoitoa ja potilasturvallisuuden koetaan lisääntyneen. Kehittämiprojektin myötä jokaisella osastolla olevalla potilaalla on myös ajantasainen hoitotyön hoitosuunnitelma, minkä haluan vielä nostaa erityisesti esille projektin kautta tuotettuna hyötynä. Hoitosuunnitelma toimi osaltaan avaimena onnistuneeseen hiljaisen raportin implementointiin, mutta sen merkitys sen omassa tarkoituksessaan potilaan hoidon ohjaajana on myös sisäistetty, mikä lopulta palvelee itse hoidon kohdetta, potilasta. Hiljainen raportointi toi muutosta myös työn organisointiin. Jo entuudestaan käytössä ollutta vastuuhoitajamallia ulotettiin iltavuoroon parityön muodossa. Tällä itsessään on yksilöllistä potilaan hoitoa tukevia vaikutuksia. Kehittämiprojektin myötä kehittynyt kirjaamisrakenne on tukenut myös aamuvuoron hiljaista raporttia. Kehittämistoiminta toi mukanaan siis positiivista vaikutuksia myös sille lähtökohtaisesti asetettujen tavoitteiden lisäksi.

Projektin tulos osoitti hiljaiseen raportointiin siirtymisen vaativan sekä kirjaamisen kehittämistä että olemassa olevien puitteiden ja koettujen tarpeiden syntetisoinnin pohjalta esiin nousevien hiljaisen raportin muiden edellytysten täyttämistä, yhteisiä sovittuja käytänteitä, ohjeistuksia ja ohjausta. Projekti osoitti hiljaisen raportin suunnitelmallisen ja hallitun implementoinnin, muutoskohteen perusteellisen tuntemisen, oikeiden kehittämismenetelmien valinnan, määrätietoisen johtamisen, oikean asenteen ja yhteistyön merkityksen raportointikäytänteitä muutettaessa. Muutos ei kuitenkaan syntynyt yksin näistä onnistuneen muutosjohtamisen aineksista. Varsinaisen muutoksen saivat aikaan terveyskeskussairaalan hoitajat, jotka jaksoivat raskaan työnsä ohessa viedä muutoksen menestyksekkäästi maaliin – kaikki kiitos tästä heille.

LÄHTEET

Aaltonen, H. 2015. Hiljaisen raportin käyttöönotto sisätautiosastolla. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen -koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Aarnikoivu, H. 2008. Esimiehenä arjessa. Helsinki: WSOYpro.

Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidtaja Vol. 30, No 10, 6–9.

Amberla, S. 2008. Potilastietojen käyttötarkoitus ja luovutus. Teoksessa Saranto, K., Ensio, K., Tantt, K. & Sonninen, A.L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 33–47.

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Artefakta 19. Hamina: AKA-TIIMI Oy.

Berg, P. 2017. Hiljainen raportti Raision terveyskeskussairaalaan. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen -koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu.

Blondon, K., Ehrler, F., Godais, S., Wojtasikiewicz, J.Y. & Couderc, C. 2017. Approaches to Improving Nursing Handoffs in Surgical Wards. Open Journal of Nursing. Vol 7, No. 9, 1034–1043. Viitattu 19.11.2018. <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=79113>

Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H. & Day, S. 2016. Nurse Handover: patient and staff experiences. British Journal of Nursing. Vol 25, No. 7, 386–393. Viitattu 2.1.2019. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.7.386>

Ensio, A. & Häyrinen, K. 2008. Yksittäisen tiedon merkitsemisestä systemaattiseen kirjaamiseen. Teoksessa Saranto, K., Ensio, K., Tantt, K. & Sonninen, A.L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 67–74.

Erkko, P. 2010. Kirjaaminen osana hyvää hoitoa. Teoksessa Ahonen, P. & Koivuniemi, S. (toim.) Vastauksia terveysalan oppimishaasteisiin 4. Teemana aikuiskoulutus. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 101. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 60–70.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2015. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Valli, R. & Aaltonen, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1, Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 4., uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 27–44.

ETENE 2012. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan neuvottelukunta ETENE. Etiikan tila sosiaali- ja terveysalalla. ETENE-julkaisuja 35. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 13.11.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225940>

Ewing, N.R. 2015. Best practice for a Standardized and Safe Registered Nurse Shift Handoff. College of Nursing. University of South Carolina, Columbia. Viitattu 2.1.2019. <https://scholarcommons.sc.edu/etd/3178/>

Flemming, D. & Hubner, U. 2013. How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role does the electronic patient record system play? Results of a systematic literature review. International Journal of Medical Informatics. Vol. 82, No. 7, 580–592. Viitattu 2.11.2018. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.03.004>

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.

Halm, M.A. 2013. Nursing Handoffs: Ensuring Safe Passage for Patients. *American Journal of Critical Care*. Vol. 22, No. 2. 158–162. Viitattu 22.11.2018. <http://ajcc.aacnjournals.org/content/22/2/158.short>

Harjula, T. 2016. Suunnitelmallisesti kohti hiljaista raportointia. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen -koulutusohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen: Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9., uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Helovuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus – Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holopainen, A., Juntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca.

Holopainen, A., Korhonen, T. & Korhonen, A. 2016. SOTE-uudistuksen haasteet – selvitys hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Hoitotyön tutkimussäätiö, Raportti. Viitattu 18.11.2018. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/hotusraportti-13-6-2016-netti.pdf>

Hyppänen, R. 2007. Esimiesosaaminen: liiketoiminnan menestystekijä. Helsinki: Edita.

Häyrinen, K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa, tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 29.10.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0535-2>

Häyrinen, K., Lammintakanen, J. & Saranto, K. 2010. Evaluation of electronic nursing documentation – Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics*, 2010, Vol. 79, No. 8, 554–564. Viitattu 23.11.2018. <https://www.sciencedirect-com.ezproxy.turkuamk.fi/science/article/pii/S1386505610000985>

Jefferies, D., Johnson, M. & Nicholls, D. 2012. Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. *Contemporary Nurse* Vol. 42, No. 1, 129–138. Viitattu 10.12.2018. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.5172/conu.2012.42.1.129>

Johnson, C., Carta, T. & Thronson, K. 2015. Communicate with me: Information exchanges between nurses. *Canadian Nurse*. Vol. 111, No. 2, 24–27.

Jokinen, T. & Virkkunen, H. (toim.) 2018. Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas, osa 1. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.1.2019. https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++final+2018_.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77

Jormanainen, P. 2015. Hoitotyön hiljaisen raportoinnin systemaattisuus Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen -koulutusohjelma. Karelia ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvens Print.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitat opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvens Print.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kettunen, T. & Gerlander, M. 2013. Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa. Teoksessa Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim, 293–314.

Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Helsinki: Sairaanhoidtajaliitto.

Koppa 2015. Määrällinen analyysi. Jyväskylän yliopiston kurssi- ja oppimateriaalipilone. Viitattu 2.12.2019. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>

Kuikka, A., Utriainen, J. & Virkkunen, A. 2012. Onnistunut projekti. Vanhus- ja lähimmäispalvelun käsikirja. Kehittyvät vanhuspalvelut julkaisuja 2/2012. Viitattu 6.12.2018. http://www.valli.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisut_pdf/Oppaat_pdf/OnnistunutProjekti_netti.pdf

Kukkola, E. 2018. En minä vaan me. Helsinki: BoD – Books on Demand.

Kuntaliitto 2011. Terveydenhuollon laatuopas. Verkojulkaisu. Helsinki: Suomen kuntaliitto. Viitattu 20.12.2018. <http://docplayer.fi/1852367-Terveysdenhuollon-laatuopas.html>

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

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

Kähkönen, T. 2010. Hiljaisen raporttikäytännön kehittäminen Kainuun keskussairaalan tehostetun hoidon osastolla. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen -koulutusohjelma. Kajaanin ammattikorkeakoulu.

Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laitila, P., Leikkola, P., Immonen, E. & Pitkänen, A. 2016. Hiljaiseen raporttiin siirtymisen edellytykset erikoissairaanhoidon vuodeosastolla: hoitohenkilökunnan näkemyksiä. Tutkiva hoitotyö, Vol 14. No. 2, 33-42.

Laitinen, M. 2010. Kontekstin ja teorian hahmottamisen taito. Teoksessa Hurtig, J., Laitinen, M. & Uljas-Rautio, K. (toim.) Ajattele itse! Tutkimuksellisen lukutaidon perusteet. Jyväskylä: PS-kustannus, 44–70.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Annettu Helsingissä 17.8.1992. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. Annettu Helsingissä 9.2.2007. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Annettu Helsingissä 28.6.1994. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laukkanen, L., Lehti, T., Hassinen, T. & Hupli, M. 2012. Hiljainen raportointi Turun yliopistollisessa keskussairaалassa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin julkaisuja, sarja A nro 11, 2012.

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas, SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1,0. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.1.2019. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-675-5>

Lindqvist, M., Vuokko, R. & Doupi, P. 2014. Käyttäjäkokeuksia Suomessa. Teoksessa Hyppönen, H., Vuokko, R., Doupi, P. & Mäkelä-Bengs, P. (toim.) Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen: Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. Raportti 31/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 110–116.

Luomala, K. 2018. Kehittämällä yhtenäisyyttä ja laatua hoitotyön kirjaamiseen: Toimintaympäristönä sairaala. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen -koulutusohjelma. Seinäjoen ammattikorkeakoulu.

Matic, J., Davidson, P.M., & Salamonson, Y. 2010. Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover. *Journal of Clinical Nursing* Vol. 20, No. 1–2, 184–189. Viitattu 3.2.2019. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03242.x>

Meum, T., Wangenstein, G., Soleng, K. & Wynn, R. 2011. How does nursing staff perceive the use of electronic handover reports? A Questionnaire-Based Study. *International Journal of Telemedicine and Applications*. Vol. 2011. Article ID 505426. Viitattu 2.1.2019. <https://www.hindawi.com/journals/ijta/2011/505426/>

Mykkänen, M., Saranto, K. & Miettinen, M. 2018. Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen auditointi – näyttö kirjaamisen tasosta, laadusta ja kehittämisalueista. *Hoitotiede* 2018, Vol. 30, No. 3, 203–213.

Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R. 2014. Potilaskertomuksen rakenteistamisen menetelmät Suomessa. Teoksessa Hyppönen, H., Vuokko, R., Doupi, P. & Mäkelä-Bengs, P. (toim.) Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. Raportti 21/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 26–29.

Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko – näkyvää vai ei? Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 35–40.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan abc. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Mäntyneva, M. 2016. Hallittu projekti - Jäntevästä suunnittelusta menestykselliseen toteutukseen. Kauppakamari. Viitattu 3.1.2019. <https://www.ellibslibrary.com/book/978-952-246-400-2>

Nykänen, P. & Junntila, K. 2012. Hoitotyön moniammatillisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Raportti 40/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 3.12.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-666-3>

Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomuksen käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Julkaisusarja D – verkkojulkaisut. Viitattu 31.10.2018. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/65782>

Ora, S., Nikander, L. & Miettinen, S. 2018. Esimiehen rooli ja kehittyminen muutosprosessin johtamisessa. *HAMK Unlimited Journal* 13.12.2018. Viitattu 21.8.2019. <https://unlimited.hamk.fi/amatillinen-osaaminen-ja-opetus/esimiehen-rooli>

Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. Hoitotyön kehittämien juurruttamalla, tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Laurea julkaisut. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 9.4.2019. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/114747/Laurea%20julkaisut%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pakkanen, S. 2011. Muutosjohtaminen terveydenhuollon osastonhoitajan työssä - osastonhoitajien kokemuksia muutosjohtamisesta, muutosvastarinnasta sekä osastonhoitajalta edellytetyistä

ominaisuuksia muutosjohtajana. Pro gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu: 17.8.2019. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef20120019/urn_nbn_fi_uef-20120019.pdf.

Pelander, T. & Kirjonen, S. 2011. Raportoinnin kehittäminen. Teoksessa von Schantz, M., Toivonen, H. & Lind, K. (toim.) Asiantuntijana terveysalan muuttuvilla työmarkkinoilla. Aluevaikutavuutta ASTE-projektilla. Turun ammattikorkeakoulu. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 104, 22–32. Viitattu 15.11.2018. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161802.pdf>

Pirinen, H. 2014. Esimies muutoksen johtajana. Helsinki: Talentum.

Ponteva, K. 2010. Onnistu muutoksessa. Helsinki: WSOYpro Oy.

Ponteva, K. 2012. Muutoksessa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585. Annettu Helsingissä 25.7.1986. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/kumotut/1986/19860585>

Puumalainen, A., Långstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen. Tutkiva Hoitotyö Vol 1. No. 1, 4–9.

Reponen, J., Kangas, M., Hämäläinen, P., Keränen, N. & Haverinen, J. 2018. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2017. Tilanne ja kehityksen suunta. Raportti 5/2018. THL. Viitattu 7.11.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-108-9>

Riesenberg, L.A., Leitzsch, J. & Cunningham, J.M. 2010. Nursing Handoffs: A Systematic Review of the Literature. The American Journal of Nursing. Vol 110, No. 4, 24–34. Viitattu 3.11.2018. https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2010/04000/After_Dinner_Mints.26.aspx

Roivas, M. & Karjalainen, A.L. 2013. Sosiaali- ja terveysalan viestintä. Porvoo: Bookwell Oy.

Ruuska, K. 2006. Terveystieteiden projektinhallinta, mallit, työkalut, ihmiset. Helsinki: Talentum.

Ruuska, K. 2012. Pidä projekti hallinnassa, Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. 7. painos. Helsinki: Talentum.

Sairaanhoitajaliitto 2019. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 1.1.2019. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Salmela, M., Ritvanen, J. & Ylönen, M. 2011. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Teoksessa von Schantz, M., Toivonen, H. & Lind, K. (toim.) Asiantuntijana terveysalan muuttuvilla työmarkkinoilla, Aluevaikutavuutta ASTE-projektilla. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 104, 12–21. Viitattu 5.12.2018. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161802.pdf>

Salo, R. 2005. Saumattomat palveluketjut. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 120–125.

Salon sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2018. Käyttösuunnitelma 2018.

Salon sosiaali- ja terveyspalvelut 2017. Toimintakertomus 2017.

Salon terveyskeskussairaala 2019. Palvelusuunnitelma 2019.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön, opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 1.2.2019. <https://docplayer.fi/1986011-Nakokulmia-tutkimukselliseen-ja-toiminnalliseen-opinnaytetyohon.html>

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Saranto, K. 2008. Tiedon merkitys hoitoprosessissa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 19–32.

Saranto, K. & Ikonen, H. 2008. Hoitotiedon välittäminen toimintayksikössä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, K., Tantt, K. & Sonninen, A-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 157–166.

Saranto, K. & Sonninen, A.L. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 12–16.

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. Helsinki: Stakes. Viitattu 21.9.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75862/Arviointiraportteja4_04.pdf?sequence=1

Sherman, J., Sand-Jeclin, K. & Johnson. J. 2013. Investigating bedside nursing report: a synthesis of the literature. MedSurg Nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses Vol 22, No. 5, 308–312.

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Viitattu 11.1.2019. http://www.helsinki.fi/urapalvelut/materiaalit/liitetiedostot/ideasta_projektiksi.pdf

Sinkkonen, T. 2011. Työvuorojen välisen raportoinnin kehittäminen pilottiosastoilla Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen -koulutusohjelma. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.

Smeulders, M., Lucas, C. & Vermeulen, H. 2014. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalized patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD009979 Viitattu 3.1.2019. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009979.pub2>

Sonninen, A.L. & Ikonen, H. 2008. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, K., Tantt, K. & Sonninen, A.L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 75–79.

Sonninen, A.L., Ensio, A. & Ikonen, H. 2008. Kirjatun tiedon sisällön systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, K., Tantt, K. & Sonninen, A.L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 80–94

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298. Annettu Helsingissä 30.3.2009. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Staggers, N. & Jennings, B.M. 2009. The Content and Context of Change of Shift Report on Medical and Surgical Units. The Journal of Nursing Administration Vol. 39, No. 9, 393–398.

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita.

Stevenson, J.E & Nilsson, G. 2012. Nurses' perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: an qualitative study. Journal of Advanced Nursing. Vol. 68, No. 3, 667–676. Viitattu 29.10.2018. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05786.x>

STM 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely, opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 14.11.2018. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72897/URN%3aNBN%3afi-fe201504225719.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

STM 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 1.12.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3963-9>

Streeter, A. & Harrington, N. 2017. Nurse Handoff Communication. Seminars Oncology Nursing. Vol. 33, No. 5, 536–542. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.10.002>

Streeter, A. 2010. What nurses say: communication behaviors associated with the competent nursing handoff. University of Kentucky Doctoral Dissertations. Viitattu 3.12.2018. https://uknowledge.uky.edu/gradschool_diss/66/

Strople, B. & Ottani, P. 2006. Can technology improve intershift report. What the research reveals. Journal of professional Nursing. Vol. 22, No. 3, 197–204. Viitattu 13.12.2018. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2006.03.007>

Suopajärvi, L. 2013. Opas Projektiarviointiin. Lapin yhteiskuntatieteiden tiedekunnan julkaisuja C. Työpapereita 55. Rovaniemi. Viitattu 21.9.19. <https://www.ulapland.fi/loader.aspx?id=a6d01dd9-baad-408a-a6fb-5e131cf74ef5>

Tanttu, K. & Ikonen, H. 2008. Ydintietojen käyttöhoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, K., Tanttu, K. & Sonninen, A.L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 112–127.

Tanttu, K. 2008. Moniammatillinen potilaskertomus ja hoidonjatkuvuus. Teoksessa Saranto, K., Ensio, K., Tanttu, K. & Sonninen, A.L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 128–134.

Taskinen, H. 2017. Organisaatiomuutoksen johtaminen. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 147–166.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Annettu Helsingissä 30.12.2010. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL 2011. Potilasturvallisuusopas potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 15. Viitattu 1.1.2019. <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: Näkökulmia kehittämisssessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. 3., korjattu painos. Tampere: Tampere University Press.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 4.1.2019. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 4.1.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/htk_ohje_verkko14112012.pdf

Valpola, A. 2004. Organisaatiot yhteen, muutosjohtamisen käytännön keinot. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Valvira 2018. Potilasasiakirjat. Viitattu 3.1.2019. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/potilasasiakirjat>

Wang, N., Yu, P. & Hailey, D. 2011. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. Journal of Advanced Nursing. Vol. 67, No. 9, 1–18. Viitattu 3.1.2019. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x>

Welsh, C.A., Flanagan, M.E. & Ebright, P. 2010. Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for design. Nursing Outlook. Vol. 58, No. 3, 148–154. Viitattu 3.1.2019. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2009.10.005>

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos: Jyväskylä: PS-kustannus.

Virtanen, P. 2000. Projektityö. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

AAMUVUORON KIRJAAMISOHJEISTUS

Salon
terveyskeskussairaala os.1

HOIDON TARVE (=ongelmat)	HOIDON TARVE: <i>Esimerkki</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Tulosyy (kirjaa "ohittunut", mikäli tulosyy ohittunut) • Diagnoosit - vain merkittävät, tärkeysjärjestykseen • Hoidon tämänhetkiset tarpeet: kirjaa potilaslähtöisesti eli hoitotyön näkökulmasta (mitä ongelmaa / vaivaa tauti potilaalle aiheuttaa tai mitä avun / tuen / tiedon tarvetta hänellä on) • Eristys • Riskilääkitys (esim. antikoagulantti, sytostaatti) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pneumonia (tulosyy)</i> • <i>DM II (insuliinihoito)</i> • <i>FA (Marevan)</i> • <i>Kuume, limaisuus +++, gluc hieman koholla, liikkuminen epävakaata</i>
HOIDON TAVOITTEET	HOIDON TAVOITTEET <i>Esimerkki</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Mihin potilaan tilassa pyritään • Kirjaa suhteessa tarpeeseen realistisesti arvioiden • Tavoite kirjataan potilaan näkökulmasta, eli potilaan tilassa tapahtuvana muutoksena • Kotiutus pvm. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>infektion paraneminen</i> • <i>kuumeen laskeminen, limaisuuden väheneminen,</i> • <i>nestetasapainon säilyminen</i> • <i>gluc < 6,5</i> • <i>itsenäinen liikkuminen rollaattorilla</i>
SUUNNITELMA	SUUNNITELMA <i>Esimerkki</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Seurannat, tulevat tutkimukset ja määräykset • Vitaalielintoimintojen ylläpitäminen • Ohjaus ja omatoimisuuden tukeminen <p>jne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lämpö x2, gluc x4, SpO2 x2</i> • <i>limaisuuden seuranta</i> • <i>RST/NaCl, nestetotaalit 2500ml /vrk, nestelista</i> • <i>Zinacef 1,5g x3 i.v ad. 5.1.</i> • <i>lab huomenna</i> • <i>thx 11.1</i> • <i>omatoimisuuden tukeminen</i>
HOITOTYÖN TOIMINNOT	HOITOTYÖN TOIMINNOT <i>Esimerkki</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Kirjaa suunniteltujen toimintojen toteutus kohdentaen oikein otsikon alle ja arvioiden potilaan tilaa suhteessa tavoitteisiin • Hoidon arviointi (arvioi hoidon tuomaa vastetta, esim. autoiko lääke) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nestetasapaino</i> <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>NaCl 1000ml tippumaan klo 13</i> • <i>Lääkehoito</i> <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>PANADOL 1g lämpöilyyn klo 10. Ei laskenut kuumetta.</i> • <i>Erittäminen</i> <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>limaisuus runsasta</i> <p><i>jne...</i></p>

Komponentit ja niiden sisällönkuvaukset

Aktiveetti	Fyysiseen toimintaan sekä uni- ja valvetilaan liittyvät osatekijät, väsymys, liikkumisen rajoittuminen, virikkeiden järjestäminen, toiminnallinen kuntoutus
Erittäminen	Ruuan- ja ravintolatuotukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät, pahoinvointi ja oksennus
Selviytyminen	Yksilön ja perheen kyky selviytyä terveyteen, sen muutoksiin sekä sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvistä tai niistä aiheutuviista ongelmista, muistihäiriö, henkisen tuen tarve, kuoleman pelko, suru, kommunikointiongelmia, omaisten informointi
Nestetasapaino	Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät, turvotus, verivalmisteiden antaminen
Terveyshoidon toteuttaminen	Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät, päihitteet, hoidosta kieltäytyminen, hoitosopimuksen tekeminen, hoidon suunnitteluun osallistaminen
Hoidon ja jatkohoidon koordinaatio	Moniammatillisen hoidon ja jatkohoidon sekä tutkimusten ja toimenpiteiden koordinaatio, tutkimukseen/ toimenpiteeseen/näytteenottoon valmistautuminen, niihin liittyvä tiedonanto, suorittaminen ja jälkitarckkailu
Lääkehoito	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
Ravitseminen	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät, närästys
Hengitys	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät, limaisuus, liman imeminen
Verenkierto	Eri elinten verenkiertoon liittyvät osatekijät, happisaturaation seuranta, kuume
Aineenvaihdunta	Endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyvät osatekijät, verensokerimuutokset, infektoriskin tunnistaminen, suojaeristyksen toteuttaminen, tartuntatautieristyksen toteuttaminen
Turvallisuus	Sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit, karkailu, toisten vahingoittamisen vaara, läsnäolo, rauhoittaminen (sitomalla), kiinnipitäminen
Päivittäiset toiminnot	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät, peseytymiseen/pukemiseen/ruokailuun/liikkumiseen/wc-toimintoihin liittyvä avuntarve, apuvälineiden tarve, päivittäistoimintojen ohjaus
Psyykinen tasapaino	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen liittyvät osatekijät
Aisti- ja neurologiset toiminnot	Aisti- ja neurologisiin toimintoihin liittyvät osatekijät, kipu, vapina, jäykkyyt, afasia, tuntepuutos, huimaus, kouristelu, aistitoiminnon apuvälineet
Kudoseheys	Lima- ja sarveiskalvon sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät
Elämäntapa	Elämäntapoihin liittyvät osatekijät

fincc.fi

Kirjaamisten sijoittelusta

TIIV	<ul style="list-style-type: none"> Tulevat tutkimukset (perään sulkuihin oma tunnuksesi) HONE pvm., sovittu kotiutuspäivä Hoitoon osallistuvat kotihoidon yhteystiedot, poista vanhat tiedot 	} nämä tiedot myös HOI:lle
HOIYHT	<ul style="list-style-type: none"> Loppuarvio – ota rinnakkaisnäkyä HOI-lehdelle 	
DIA	<ul style="list-style-type: none"> Kirjaa gluc-arvot ja annettu dm-lääkitys, Freestyle Libre:n aloitus 	
KURVA	<ul style="list-style-type: none"> NL i.v ja NL p.o voidaan lisätä kurvan yläosaan otsikoksi ja määrät merkata sarakeeseen oikean päivän kohdalle (NL lasketaan klo 6:00) SpO₂ VM (virtsamäärä) Kestokatettrin poisto ja laitto + koko 	} Lisätiedot -kohtaan
HOISU	<ul style="list-style-type: none"> potilaan diagnoosit + tulopäivämäärä (täytetään potilaan tullessa osastolle) 	
HOIPIIS	<ul style="list-style-type: none"> MMSE (huom. tämä myös GER-lehdelle) RAVA, GDS ym. kaikki osastolla tehdyt mittaukset LISÄTIETO kohtaan osasto, jolla mittaus on tehty 	
GER	<ul style="list-style-type: none"> MMSE (voi myös käyttää rinnakkaisnäkyä HOI-lehdelle) 	
JALKA	<ul style="list-style-type: none"> ABI-mittaukset 	

Haastattelurunko

Teemahaastattelurunko

TEEMA 1: Hiljaisen raportoinnin edellytykset

- Mitkä ovat mielestänne hiljaisen raportin edellytykset osastollamme?

TEEMA 2: Hiljaiseen raportointiin liittyvät odotukset

- Minkälaista kirjallista ohjetta ja perehdytystä toivotte hiljaiseen raportointiin?
- Millaisia tietoja odotatte löytävänne potilastietojärjestelmästä lukiessanne sieltä raporttia?
- Mitä potilasasiakirjojen osia kannattaa katsoa hiljaisella raportilla?
- Mitä odotatte hiljaiselta raportilta verrattuna suulliseen raporttiin?
- Millaisella mielellä lähdette kokeilemaan hiljaista raporttia?

TEEMA 3 Kokemukset ja näkemykset uudesta kirjaamismallista

- Uuden käytössä olleen kirjaamismallin on tarkoitus tukea siirtymistä hiljaiseen raporttiin hoitotyön päivittäiskirjauksen rakenteisena ohjeistuksena ns. kehyksenä. Miten se on tukenut teitä?
- Minkälaista muuta ohjausta tai opetusta kirjaamiseen mielestänne tarvittaisiin tämän kehyksen lisäksi, jotta kirjaaminen palvelisi hiljaista raportointia parhaalla mahdollisella tavalla?
- Mitkä ovat mielestänne kirjaamisen pahimmat heikkoudet tällä hetkellä eli välittömästi kirjaamiskoulutuksen jälkeen?

Kutsu haastatteluun

Arvoisa Kollega,

Opiskelen Turun ammattikorkeakoulussa kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmassa (yamk), ja opintoihini kuuluu opinnäytetyönä kehittämisprojekti.

Kehittämisprojektin tavoitteena on parantaa osastomme tiedonsiirtoa hiljaisen raportin käyttöönotolla sekä kehittää samalla hiljaisen raportoinnin edellyttämää hoitotyön päivittäiskirjauksen laatua. Hiljaisen raportointikäytännön käyttöönotto vaatii onnistuakseen organisaatiokohtaisten edellytysten täyttymistä; nämä edellytykset nousevat kokoneiden käyttäjien – eli osastomme hoitajien – kokemista tarpeista.

Olen siis kiinnostunut juuri Sinun ajatuksistasi hiljaiseen raporttiin liittyen, ja kohteliaimmin pyydän sinua osallistumaan ryhmähaastatteluun hiljaisen raportin edellytysten ja sisällöllisten vaatimusten selvittämiseksi. Toimin itse haastattelijana. Haastattelu tapahtuu maaliskuussa 2019 pienissä 4-5 hengen ryhmissä, ja osallistuminen on vapaaehtoista. Otan Sinuun yhteyttä haastattelun tarkemman ajankohdan selvityä. Haastattelun tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen haastateltava ole tunnistettavissa tuloksista.

Tämä on sinulle tilaisuus kehittää omaa työtäsi, ja vaikuttaa siinä käytettyihin menetelmiin. Osallistumisesi ja suostumuksesi haastateltavaksi voit vahvistaa allekirjoittamalla liitteenä olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi -osan ja palauttamalla sen kahvihuoneessa olevaan keräilylaatikkoon **11.3.2019 mennessä.**

Salon terveystieteiden johtaja ja vastaava lääkäri Kaisa Nissinen-Paatsamala on antanut luvan tutkimukseen 25.2.2019. Opinnäytetyöni ohjaajana toimii Marjo Salmela, yliopettaja TtT, Turun AMK/Terveystieteiden ja hyvinvointi. Vastaa mielelläni heränneisiin lisäkysymyksiin.

Osallistumisestasi kiittäen

Elisa Vuori

Sairaanhoitaja / Kliininen asiantuntija yamk-opiskelija
p.

Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa Elisa Vuoren yamk-opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

Hiljaisen raportin ohjeistukset

HILJAISEN RAPORTIN OHJEISTUS ILTAVUOROLLE

POTILASKARTTA:

- ❖ Huomioi, että paikkakartalla saattaa olla myös saapuvia ja lähteviä potilaita. Selvitä ajantasainen potilastilanne kanslian magneettitaululta
- ❖ Punaisella taustalla merkitty potilas on **eristyspotilas**

AVAA POTILASKERTOMUS:

- ❖ Aloitusnäyttö
 - Riskitiedot
 - Saapumispäivämäärä
- ❖ Lue

...ainakin seuraavat lehdet / lehtien viimeisimmät kirjaukset:	... ja tarvittaessa:	... ja edelleen tarvittaessa:
- HOI - hoitosuunnitelma ja päivittäiskirjaus	- LAB - KURVA	- PUHE - TOI
- HOISU - diagnoosit	- TIIV - DIA	- FYS - SOS
- YLE - lääkärin määräykset	- RR	
- LÄÄKELEHTI		

- ❖ Mikäli HOI:lla ei vielä ole päivittäiskirjausta, tutustu edeltävän päivän kirjaukseen. Täydennä tietojasi myöhemmin työvuorossasi tai pyydä suullisesti päivitys tietoihisi aamuvuorolta.

SUULLINEN TIEDONVÄLITYS klo 14:50-15:00

- Hiljaisen raportin lopussa on varattu **aika suulliseen tiedonsiirtoon**, jossa sinulla on mahdollisuus kysyä esim. epäselväksi jääneitä asioita aamuvuorolta. Aamuvuoro tulee raporttihuoneeseen raportoimaan esim. seuraavia asioita:
 - ✓ potilasliikenne
 - ✓ aamuvuorolta kesken jääneet asiat
 - ✓ asiat, joita ei voi kirjata potilaskertomukseen

YLEISTÄ:

- Annetaan toisillemme lukurauha
- Saatuaasi riittävän tiedon voit siirtyä muuhun työhön, muista palata suullisen raportin osuudelle raporttihuoneeseen
- Laita kannettava tietokone lataamaan ja uudelleenkäynnistä kone luettuasi raportin

HILJAISEN RAPORTIN OHJEISTUS LÄÄKEVUORON

POTILASKARTTA:

- ❖ Huomioi, että paikkakartalla saattaa olla myös saapuvia ja lähteviä potilaita. Selvitä ajantasainen potilastilanne kanslian magneettitaululta
- ❖ Punaisella taustalla merkitty potilas on eristyspotilas

AVAA POTILASKERTOMUS:

- ❖ Aloitusnäyttö:
 - Riskitiedot
 - Saapumispäivämäärä
- ❖ Lue:

...ainakin seuraavat lehdet:	... ja tarvittaessa:	...ja edelleen tarvittaessa:
<ul style="list-style-type: none"> ❖ HOI <ul style="list-style-type: none"> ➔ huomioi suunnitelmaosiosta erityisesti seurannat, nesteytys ym. ➔ huomioi tarvittaessa annettu lääkitys ❖ YLE (lääkärin määräykset) ❖ LÄÄKELEHTI 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ HOISU (diagnoosit) ❖ ANTIKO ❖ KURVA ❖ DIA ❖ RR 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ LAB ❖ TIIV



Kerää tarvittava tieto YÖHOITAJAN MUISTILISTAAN
Voit myös tulostaa ns. I.V-LISTAN

- Huom. Mikäli HOI:lla ei vielä ole kirjausta tältä päivältä, tutustu edeltävän päivän kirjaukseen. Pyydä suullisesti päivitys tietoihisi aamuvuorolta tarvittaessa.

SUULLINEN TIEDONVÄLITYS klo 14:50-15:00 raporttihuoneessa

- Hiljaisen raportin lopussa on varattu **aika suulliseen tiedonsiirtoon**, jossa voit tarvittaessa kysyä aamuvuorolta epäselväksi jääneitä asioita. Suullisessa osiossa aamuvuoro raportoi eteenpäin esim.
 - ✓ potilasliikenne
 - ✓ kesken jääneet asiat
 - ✓ asiat, joita ei voi kirjata potilaskertomukseen

YLEISTÄ:

- Annetaan toisillemme lukurauha
- Laita kannettava tietokone lataamaan ja uudelleenkäynnistä kone luettuasi raporin
- Delegoi tarvittaessa työtäsi muulle iltavuorolle, esim. mittaukset

OHJE AAMUVUOROLLE ILTAPÄIVÄN HILJAISESTA RAPORTISTA

- Päivitä potilaan hoitosuunnitelma päivittäin
 - Kun kopioit hoitosuunnitelmaa edelliseltä päivältä, muista tarkistaa tekstin sisältö ja päivittää se tarvittaessa – vastuu tiedon oikeellisuudesta on kopioinnin jälkeen sinulla
- Kirjatessasi **pidä lukijan tiedontarve mielessä**
- Kirjaamisen on aamuvuorossa oltava koneella **klo 14:00 mennessä** – muista, että kirjata voi pitkin päivää, ja jättää muuta työtä työvuoron viimeisille tunneille
- Kirjaa itse, älä muiden puolesta

- Hiljaisen raportin lopussa on hiljaisen raportin **suullinen osio klo 14:50**
 - ➔ Hiljaisen raportin osiossa sinulla on mahdollisuus välittää iltavuorolle sellainen tieto, jota lukijat eivät ole saaneet potilastietojärjestelmästä
 - ➔ Poikkeustilanteissa (esim. potilaasi on huonokuntoinen) voit varmuudeksi viestiä potilaastasi myös suullisesti
 - ➔ Kerro illan aikana kotiutuvista ja saapuvista potilaista
- **Huomioi: Vaikka sinulla ei olisi iltavuorolle suullista raportoitavaa, voi heillä olla sinulta kysyttävää. Suullisen raportin osio toimii lisäksi aamu- ja iltavuoron välisenä konkreettisenä vastuunsiirtymistilanteena: muista mennä paikalle.**



Kyselylomake saatekirjeineen

Arvoisa Kollega,

7.10.2019

Kehittämiprojekti hiljaisen raportin käyttöönotosta osastollamme jatkuu. Nyt hiljainen raportti on ollut käytössä useamman kuukauden, ja toivon saavani **kokemuksistasi palautetta** ja edelleen **kehittämideoita**. Kohdella immin pyydän Sinua vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on selvittää hoitajien kokemuksia hiljaisesta raportoinnista, sen vaikutuksista ja tulevaisuuden kehittämistarpeista, sekä selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia itse kehittämiprojektista. Lupa aineiston keruuseen on saatu terveystalouden johtajalta, vastaavalta lääkäriltä Kaisa Nissinen-Paatsamalalta 25.2.2019.

Vastauksesi ovat arvokasta tietoa. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Ole ystävällinen ja vastaa 21.10.2019. mennessä ja jätä vastauksesi nimettömänä kahvihuoneessa olevaan keräilylaatikkoon.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaajana toimii Marjo Salmela, yliopettajan TtT, Turun AMK/Terveys ja hyvinvointi.

Ystävällisin terveisin

Elisa Vuori

Sairaanhoitaja / Kliininen asiantuntija yamk-opiskelija

Ole hyvä ja vastaa kysymyksiin laittamalla rasti itsesi kannalta sopivaan kohtaan.

- | | | |
|---|--|--|
| 1. Olen

sairaanhoitaja ____

lähi- / perushoitaja ____ | 2. Työkokemukseni
hoitajana

alle 5 vuotta ____

5-10 vuotta ____

yli 10 vuotta ____ | 3. Olen viime viikkoina
työskennellyt pääasiassa
iltavuoroissa A-käytävällä

Kyllä ____

Ei ____

En ole tehnyt iltavaroja /
en osaa sanoa ____ |
|---|--|--|

4. Asteikolla 1-5 kuinka hyväksi arvioit **oman panostuksesi** hiljaisen raportin käyttöönoton edistämiseksi: laita rasti tämän vaihtoehdon kohdalle.

1 (huono)	2 (kohtalainen)	3 (neutraali)	4 (melko hyvä)	5 (kiitettävä)

5. Mikä seuraavien väittämien vaihtoehdoista vastaa parhaiten mielipidettäsi? Laita rasti tämän vaihtoehdon kohdalle.

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en samaa enkä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
Osaan kirjata asiat hiljaisen raportin vaatimalla tavalla					
Oleelliset asiat löytyvät kirjauksista helposti					
Saan aiempaa kattavamman kokonaiskuvan potilaan hoidosta nykyisten kirjausten perusteella					
Olen tyytyväinen hiljaiseen raportointiin					
Haluaisin siirtyä takaisin suulliseen raporttiin					

6. Mikä seuraavien väittämien vaihtoehtoista vastaa parhaiten mielipidettäsi, kun **vertaat ennen hiljaisen raportointia olevaa tilannetta nykytilanteeseen**? Laita rasti tämän vaihtoehdon kohdalle.

	Ei lainkaan / tilanne pysynyt samana	Hieman	Paljon	Merkittävästi
Kirjaaminen on parantunut				
Hiljaisella raportilta saamani tieto vastaa tiedontarpeisiini paremmin kuin suullisella raportilla saamani				
Hiljainen raportti säästää aikaa: hoitajalle jää esim. aamussa enemmän aikaa potilastyöhön				
Työn sujuvuus on lisääntynyt				
Hiljainen raportti on parantanut potilasturvallisuutta (esim. tiedonsiirto, hoitajan käytettävissä olo, hoitosuunnitelman mukainen hoito)				
Kykenen tarjoamaan parempaa hoitoa potilaalle hiljaisen raporin ollessa käytössä verrattuna suullisen raportin aikaan				

7. Millä tavalla hiljaista raportointia voitaisiin edelleen kehittää?

8. Mikä seuraavien väittämien vaihtoehdoista vastaa parhaiten mielipidettäsi, kun arvioit hiljaisen raportoinnin kehittämisprojektia kokonaisuutena?

	täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	en samaa enkä eri mieltä	jokseenkin samaa mieltä	täysin samaa mieltä
<u>Kirjaamisen</u> perehdytys (kirjaamiskoulutus) oli hyödyllinen					
<u>Kirjaamisen</u> tueksi tehty kirjallinen ohjeistus on hyödyllinen					
<u>Hiljaiseen raportointiin</u> siirtymisen perehdytys (nonstop-koulutus) oli hyödyllinen					
Haastattelujen pohjalta tehdyt <u>hiljaisen raportin</u> tueksi laaditut kirjalliset ohjeistukset hiljaiseen raporttiin ovat hyödyllisiä (ohjeistus iltavuoroon tulevalle, ohjeistus lääkevuorolaiselle ja ohjeistus aamuvuorolle)					