

Ville Tyni

RAPORTOINNIN JA KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN  
SOTAINVALIDIEN SAIRASKODISSA JA  
KUNTOUTUSKESKUKSESSA

Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
2013

# RAPORTOINNIN JA KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN SOTAINVALIDIEN SAIRASKODISSA JA KUNTOOUTUSKESKUKSESSA

Tyni, Ville  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Marraskuu 2013  
Ohjaaja: Flinck, Marja  
Sivumäärä: 57  
Liitteitä: 2

Asiasanat: kyselytutkimus, kirjaaminen, raportointi, kehittäminen, sähköinen kirjaamisjärjestelmä

---

Tämän opinnäytetyön aiheena oli selvittää Länsi-Suomen Diakonialaitoksen Sotainvalidien Sairaskodin ja Kuntoutuskeskuksen raporttikäytännön sekä kirjaamisen nykytilannetta ja löytää niissä mahdollisesti olevia ongelmakohtia. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää raportoinnin ja kirjaamisen kehittämiseen tulevaisuudessa kun laitoksessa siirrytään sähköiseen kirjaamisjärjestelmään.

Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena, jonka valmistelu alkoi marraskuussa 2012. Kysely oli suunnattu laitoksen hoitohenkilökunnalle ja se oli vastattavissa 20.5.–20.6.2013 välisenä aikana. Kyselylomakkeet analysoitiin syksyn 2013 aikana ja opinnäytetyö raportoitiin ja saatiin päätökseen marraskuussa 2013.

Kyselylomake oli tyypiltään kvantitatiivis-kvalitatiivinen ja se sisälsi raportointia ja kirjaamista koskevia, suljetuin vastausvaihtoehdoin rajattuja väittämiä, sekä kolme avoimille vastausvaihtoehdoille varattua kohtaa raportoinnin ja kirjaamisen kehittämistä koskien.

Tutkimuksen tuloksista nousi esille erityisesti hoitajien mielipide hiljaiseen raportointiin. Sitä ei pidetty toimivana raportointimuotona ja osastolla, jolla se tällä hetkellä on osittain käytössä, moni halusi palata kokonaan perinteiseen suulliseen raportointiin. Suullistakin raporttia tulisi kuitenkin kehittää enemmän oleellisia asioita sisältäväksi, sillä nykyisellään sen koettiin sisältävän paljon epäoleellista ja aiheeseen liittymätöntä keskustelua.

Nykyistä kirjaamista pidettiin toimivana, mutta sen kehittämistä rakenteiseen suuntaan toivottiin. Rakenteisen kirjaamisen suhteen kaivattiin kuitenkin koulutusta, sillä suurin osa vastaajista ei kokenut hallitsevansa sitä kunnolla. Tulevien sähköisten järjestelmien osalta peräänkuulutettiin riittävää määrää tietokoneita, jotta kirjaaminen tulisi olemaan tehokasta eikä vuoroaan joutuisi odottamaan.

## IMPROVING REPORTING AND DOCUMENTATION IN DISABLED VETERANS NURSING HOME AND REHABILITATION CENTER

Tyni, Ville  
Satakunta University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing  
November 2013  
Supervisor: Flinck, Marja  
Number of pages: 57  
Appendices: 2

Keywords: survey, documentation, reporting, development, electronic documentation system

---

The purpose of this thesis was to figure out current state of reporting and documentation in disabled veterans nursing home and rehabilitation center and to find possible flaws of those methods. The results of this thesis can be used by disabled veterans nursing home and rehabilitation center to improve their reporting and documentation system when transition to a new electronic documentation system is being made in near future.

The method of this thesis was a survey and preparing for that began on November 2012. Survey was targeted for a nursing staff of the facility and was available to answer from 20.5.2013 to 20.6.2013. Answers of the survey were analyzed in fall 2013 and the thesis was reported and finalized in November 2013.

Type of the survey was quantity-qualitative and it contained claims around topics of reporting and documentation. For every claim there were four closed answers to choose from. The survey also contained three free-form sections for participant to write down their opinions regarding reporting and documentation and how to improve those.

Based on the results can be said that especially silent reporting was not found suitable method of reporting among the nursing staff. At the ward where silent reporting is already partially being used, many of the respondents wanted to return to a traditional spoken report. However, spoken report also needed improvement so that it would contain only essential information. At its current form spoken report contains too much redundant information or off-topic chatter according to respondents.

Current method of documentation was considered as workable, but developing it to a more structured form was a desired change. However, training is needed because most of the respondents didn't were sure they would know how to actually do structured documentation. It was also noted that it's necessary to have enough resources, meaning computers, when electronic documentation system is coming in order to documentation being efficient and so that you don't have to wait for your turn to get to the computer.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	6
3	KESKEISET KÄSITTEET .....	6
3.1	Hoitotyön laatu ja näyttöön perustuva hoitotyö.....	6
3.2	Hoitotyön kirjaaminen .....	10
3.3	Raportointi .....	15
3.3.1	Perinteinen raportointi.....	16
3.3.2	Hiljainen raportointi .....	17
4	AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA .....	18
5	KOHDEJOUKKO, AINEISTON KERUU JA TUTKIMUSMENETELMÄ.....	20
5.1	Kohdejoukko ja aineiston keruu .....	20
5.2	Tutkimusmenetelmä.....	20
5.3	Aineiston analysointi ja tulkinta .....	22
6	KYSELYTUTKIMUKSEN TULOKSET.....	24
6.1	Taustatiedot.....	24
6.2	Raportointi .....	28
6.3	Kirjaaminen .....	33
6.4	Kehittäminen.....	38
6.5	Ristiintaulukointi .....	41
6.6	Perustelut raportoinnin kehittämistarpeelle .....	44
6.7	Perustelut kirjaamisen kehittämistarpeelle .....	46
6.8	Muita kehittämisehdotuksia.....	48
7	LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS .....	50
7.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	50
7.2	Tutkimuksen eettisyys .....	51
8	POHDINTA & JATKOTUTKIMUSAIHEET.....	52
	LÄHTEET.....	55
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Raportointi on konsultatiivinen tapahtuma, joka perustuu potilasasiakirjoihin tehtyihin kirjauksiin (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin www-sivut 2012). Kirjaamisen kehityksessä tarve suulliseen raportointiin vähenee, jonka puolestaan katsotaan parantavan potilasturvallisuutta, sillä suullisen raportoinnin kautta toteutetun hoitotyön koetaan perustuvan käytännössä muistinvaraiseen tietoon (Salo 2005, 125). Suullisen raportoinnin vähentäminen ei kuitenkaan tarkoita kollegoiden välisen vuorovaikutuksen loppumista, vaan yhteinen keskustelu ja hoidon suunnittelu ovat yhä tärkeässä asemassa potilaan/asiakkaan hoidossa (Hurri 2006).

Länsi-Suomen Diakonialaitoksen Sotainvalidien Sairaskoti ja Kuntoutuskeskus on monipuolisia hoito- ja kuntoutuspalveluita tarjoava 85-paikkainen laitos Porissa. Palveluita tarjotaan pääasiassa sotainvalideille, veteraaneille, heidän puolisoilleen ja leskilleen sekä yhä enemmän myös muille ihmisille. (Länsi-Suomen Diakonialaitoksen www-sivut 2012.) Sairaskodissa ja Kuntoutuskeskuksessa on kaksi asukasosastoa, Ruska 3 ja Ruska 4, sekä yksi kuntoutusosasto, Loimu. Lisäksi laitoksessa toimii päiväosasto. Sairaskotiin ja Kuntoutuskeskukseen ollaan parhaillaan rakentamassa sähköistä kirjaamisjärjestelmää ja tämän vuoksi tämä opinnäytetyö on ajankohtainen ja tavoitteena on, että sitä voidaan hyödyntää raportti- ja kirjaamiskäytäntöjen uudistamisessa.

Osastolla 4 on kokeiltu hiljaista raportointia iltapäiväraportin yhteydessä ja kahdella muulla osastolla on kokonaan käytössä perinteinen vuorojenvaihtoraportointi. Kirjaaminen tapahtuu tällä hetkellä kaikilla osastoilla käsin asukas-/asiakaskohtaisiin kansioihin. Perinteisessä raportointimallissa vuorossa ollut hoitaja kertoo vuoroon tuleville hoitajille päättyvän vuoron tapahtumat ja asiakkaiden/asukkaiden hoidossa huomioon otettavat asiat. Hiljaisessa raportoinnissa jokainen vuoroon tuleva hoitaja lukee itse tapahtumat ja hoitoon liittyvät asiat asukas-/asiakaskohtaisista kansioista. Tämän jälkeen asioista tarvittaessa keskustellaan toisten hoitajien kanssa.

## 2 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Länsi-Suomen Diakonialaitoksen Sotainvalidien Sairaskodin ja Kuntoutuskeskuksen raportointi- ja kirjaamiskäytäntöä hyödyntäen henkilöstön ajatuksia ja kokemuksia kyseisistä käytännöistä. Opinnäytetyön tutkimuksellinen osuus toteutettiin kyselytutkimuksena.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli:

1. Perehtyä raportoinnin ja kirjaamisen ajantasaiseen teoretietoon
2. Selvittää Länsi-Suomen Diakonialaitoksen Sotainvalidien Sairaskodin ja Kuntoutuskeskuksen nykyisen raportoinnin ja kirjaamisen etuja ja haittoja henkilöstön kokemana
3. Kehittää hoitotyön laatua ja näyttöön perustuvaa hoitotyötä ajantasaiseksi raportoinnin ja kirjaamisen osalta edellä mainitussa organisaatiossa

Tämän opinnäytetyön keskeisiksi käsitteiksi muodostuivat: Hoitotyön laatu ja näyttöön perustuva hoitotyö, rakenteinen kirjaaminen ja raportointi.

## 3 KESKEISET KÄSITTEET

### 3.1 Hoitotyön laatu ja näyttöön perustuva hoitotyö

Sanapari ”näyttöön perustuva” on yksi yleisimmistä terveydenhuollossa kuultavista ja siihen liittyvistä adjektiiveista nykyaikana (Craig 2007, xvii). Hoitotyön ammattilaiset ovat sitoutuneita tuottamaan korkeatasoista hoitoa potilaiden/asiakkaiden tarpeet huomioon ottaen, ja haasteena onkin tunnistaa, mikä on sitä korkeatasoista ja näyttöön perustuvaa toimintaa (Mullally 2007, xv). Alkujaan näyttöön perustuva toiminta käsitteenä rajoittui koskemaan lähinnä lääketiedettä, mutta ajan myötä se laajeni kattamaan myös muuta sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisten harjoittamaa toimintaa, kuten hoitotyötä (Craig & Pearson 2007, 8).

Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa viimeisimmän tiedon arvioimista ja harkittua käyttämistä potilaiden hoidossa ja terveyden edistämisessä. Näyttöön perustuva toiminta jaetaan kolmeen eri osa-alueeseen: **tieteellisesti havaittuun tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön** sekä **kokemukseen perustuvaan näyttöön**. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 16-17.) Tiedon harkitulla käyttämisellä tarkoitetaan hoidollisten vaihtoehtojen etujen ja haittojen yksilöllistä tilannekohtaista arviointia ja soveltamista, eikä suinkaan yhtä tiettyä valmista kaavaa, jota tulisi noudattaa (Elomaa & Mikkola 2010, 9-10). Näyttöön perustuvassa hoitotyössä ideana on se, että mitä ikinä tehdäänkään, tehdään ”oikealla tavalla” siten, että toiminnasta seuraa enemmän hyötyä kuin haittaa. Ideaalitilassa näyttöön perustuva toiminta auttaa parantamaan potilaan/asiakkaan kokemusta sairauden- ja terveydenhoidosta. (Craig & Pearson 2007, 4.)

Tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö tarkoittaa yleisesti saataville tuotua, tutkittua ja tieteellisin kriteerein arvioitua näyttöä jonkun tietyn toiminnan vaikutuksesta potilaan terveyteen. Tieteellistä näyttöä voi hakea esimerkiksi kirjoista, tieteellisistä julkaisuista, erilaisista tietokannoista sekä internetistä. Kirjoihin painettua tietoa käytettäessä tulee ottaa huomioon se seikka, että osa kirjoihin ehtineistä asioista on aina vanhentunutta, tai viimeisin tieto ei ole vielä ehtinyt niihin. Se ei tarkoita, ettei kirjatieta voisi hyödyntää, mutta sitä on syytä arvioida kriittisesti. Hoitoalan lehdistä tietoa hakiessa pitää varmistua siitä, että lehti on tieteellinen julkaisu ja ottaa selvää, millä tavalla siinä julkaistut artikkelit on tarkastettu. Artikkelien kirjoittajien tulisi olla myös tieteellisesti pätevöityneitä. Internetistä tietoa haettaessa ongelmaksi muodostuu sen valtava määrä ja kontrolloimattomuus. Tietoa voi tuottaa kuka tahansa, mutta sen tieteellisen perustan arviointi on lukijan vastuulla, eikä se ole aina helppoa ammattilaisellekaan. Nykypäivän hoitotyön asiakkaat ja potilaat kuitenkin hakevat erittäin aktiivisesti tietoa internetistä, joten terveysalan ammattilaisten on hyvä olla perillä internetistä löytyvästä tietosisällöstä ja sen hyödyntämisestä. (Salanterä & Hupli 2003, 21-24.)

Hyväksi havaittu toimintanäyttö puolestaan perustuu erilaisiin tilastotietoihin, laadunarviointiohjelmien tuloksiin ja kehittämistyössä saatuun tietoon terveydenhuollon

organisaatioista. Se ei siis ole välttämättä tieteellistä tutkimusta, mutta silti systemaattisesti ja luotettavasti kerättyä tietoa. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 9.)

Kokemukseen perustuva näyttö tarkoittaa paitsi terveydenhuollon ammattilaisten hyväksi havaitsemissa toimintatapoja erilaisissa hoitotilanteissa myös potilaan itsensä kokemuksia siitä, mikä hoito parhaiten auttaa häntä selviytymään, paranemaan ja saamaan hyvän hoitokokemuksen (Ahonen ym. 2012, 17). Tämänkaltaista ”itsestään selvää” tietoa hoitotilanteet ovat pullollaan. Ongelmaksi muodostuukin se, että olosuhteet muuttuvat, mutta tieto voi siirtyä sukupolvelta toiselle ilman, että kukaan kiinnittää sen kriittiseen arviointiin sen kummempaa huomiota. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 9.)

### **Moniammatillinen yhteistyö**

Yhteistyö toisten ihmisten kanssa on yksi niistä tekijöistä, joka on auttanut meitä selviytymään näihin päiviin saakka. Yhteispelillä ratkaistut ongelmat ovat alkujaan olleet perin yksinkertaisia, mutta ihmiskunnan kehittyessä myös ongelmat ovat monimutkaistuneet. Ihminen on perin itsekäs ja näkee usein vain oman ratkaisumallinsa asioihin. Monimutkaiset ongelmat vaativat kuitenkin syvempää yhteistyötä ja uusille yhteistyön muodoille tarvitaan myös uusia käsitteitä. Käsite moniammatillinen yhteistyö on alkanut esiintymään ensimmäisiä kertoja 1980-luvun lopulla ja Suomessa se vakiintui käyttöön 1990-luvulla. (Isoherranen 2005, 13.)

Moniammatillista yhteistyötä käsitteenä pidetään hyvin epämääräisenä. Sosiaali- ja terveysalalla se tarkoittaa usean eri alan asiantuntijan yhteistyötä asiakkaan kokonaisuuden huomioimiseksi. Kaiken lähtökohtana on asiakaslähtöisyys ja tavoiteltavana asiana moniammatillisessa työskentelyssä voidaan pitää sitä, että sen kautta saavutetut tulokset ovat parempia kuin yksittäisten asiantuntijoiden suorittamien yksittäisten toimenpiteiden kautta saadut tulokset. Yhdessä työskentely tuottaa siis eri asiantuntijoiden tietojen ja taitojen avulla jotain konkreettista tulosta, jota yksittäin työskentelemällä ei saada aikaan. (Isoherranen 2005, 13-15.) Se, että eri alan asiantuntijat koontuvat yhteen ja hakevat ratkaisuja ongelmiin, on myös terveydenhuollon asiakkaan etu (Kontio 2010, 19).



Suomen kielessä moniammatillinen yhteistyö on yksi laaja käsite, joten sen alle mahtuu melko erilaisia tapoja toteuttaa eri alojen asiantuntijoiden välistä yhteistyötä. Tiimityöskentely on käsitteenä suppeampi kuin moniammatillinen yhteistyö, mutta sitä voidaan pitää yhtenä sen toteuttamismuodoista. (Isoherranen 2005, 15-16). Tiimityöskentelyllä tarkoitetaan ryhmää, jolla on yhdessä vastuu toiminnan tuloksesta. Organisaatiotasolla tiimit voidaan nähdä tahona, joka omaa monipuolisen asiantuntijuuden ja hyvät kontaktit ja jolle sen vuoksi voidaan antaa vastuuta tiettyjen toimintojen suorittamisessa. (Nykänen & Pohjolainen 2009.) Puhuttaessa moniammatillisesta tiimityöskentelystä, saatetaan tarkoittaa myös asiantuntijoita, jotka eivät tee varsinaisesti tiimityötä, mutta työskentelevät kuitenkin samassa työpisteessä (Isoherranen 2005, 16).

Englanninkielisessä kirjallisuudessa moniammatillinen yhteistyö kuvataan hieman tarkemmin ja esille nousevat käsitteet interprofessional ja transprofessional. Näistä interprofessional korostaa runsaan tiedonvaihdon ja yhteisten päätöstenteko- ja keskusteluhetkien merkitystä ja niitä pyritäänkin järjestämään aktiivisesti. Käsite transprofessional taas nostaa esille perinteisten roolirajojen rikkomisen. Tämä tarkoittaa sitä, että moniammatillisessa tiimissä toisen ammattiryhmän edustajan annetaan ottaa suorittaakseen jonkun toisen asiantuntijan tehtäviä, ja näin tehostetaan asiakaslähtöistä toimintaa. Tässä korostuu myös tiimien sisäinen koulutus, jossa ammattiryhmien edustajat opastavat toisiaan. Suomen kielessä ei näille englanninkielisille käsitteille ole vastaavia suomenkielisiä käsitteitä, vaan moniammatillista yhteistyötä pidetään ikään kuin laajana sateenvarjokäsitteenä, joka pitää sisällään nämäkin eri ammattiryhmien väliset yhteistyön muodot. (Isoherranen 2005, 16-17.)

Moniammatillisen yhteistyön ongelmakohtina voidaan nähdä vaikeudet toiminnan koordinoinnissa, ryhmän jäsenten huonot vuorovaikutustaidot sekä vaikeudet omien taitojen ja tietojen jakamisessa. Ongelmia voi tulla myös esimerkiksi työtehtävien sekä vastuun jaossa. Saattaa olla, että osa moniammatillisen tiimin jäsenistä saa vastuulleen liikaa tehtäviä, joka on heille henkisesti raskasta. Mikäli tiimin jäsenet vaihtuvat, hidastaa sekin ryhmän kykyä ratkaista ongelmia. (Kontio 2010, 21.)

Yhdessä toimiessa syntyy väistämättä välillä myös konfliktitilanteita. Ryhmän jäsenillä on erilaisia asenteita ja suhtautumistapoja erilaisia tilanteita kohtaan ja henkilökiemiat joidenkin ihmisten välillä ei välttämättä aina toimi. Konfliktitilanteista voi kuitenkin oppia, ja mikäli sellainen saadaan selvitettyä asianmukaisesti, se on omiaan jopa vahvistamaan itse ryhmää ja mahdollisesti saattaa rohkaista tuomaan esille poikkeaviakin näkemyksiä. Joka tapauksessa on otettava huomioon se seikka, että uudelta ryhmältä, vaikka se kokoontuisi usein ja säännöllisesti, voi mennä pitkiäkin aikoja siihen, että se kehittyy työskentelemään tehokkaasti. Aikaa kuluu myös siihen, että ryhmä kehittyy ratkaisemaan sisäiset ongelmatilanteensa tavalla, joka tukee ryhmälle asetettujen tehtävien suorittamista. (Nykänen & Pohjolainen 2009.)

Moniammatillisessa työyhteisössä toimiminen ja pärjääminen edellyttävät osallistujaltaan vastuun ottamista, käsitystä omista tehtävistään ryhmässä, muiden kunnioittamista ja heidän mielipiteidensä kuuntelemista sekä kokonaisuuksien ymmärtämistä ja ilmaisutaitoa. Moniammatillisen toiminnan kehittymisen edellytyksenä on kaikkien henkilöiden motivoituminen ja positiivinen asenne uusiakin toimintamalleja kohtaan. (Kontio 2010, 8, 21.) On myös tärkeää luottaa omiin tietoihinsa ja taitoihinsa, jotta päätöksenteko ja toisten alojen asiantuntijoiden kanssa työskentely sujuu mutkattomasti. Omia näkemyksiään pitää osata perustella ja esittää selkeästi, joten oman alansa tietoperustan hallitseminen on tärkeää. Työskentely moniammatillisessa työryhmässä edellyttää myös kykyä soveltaa ja jakaa omaa tietoaan, sekä kykyä luoda uutta, eri alan asiantuntijoiden yhdessä rakentamaa tietoa. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 16-17.)

### 3.2 Hoitotyön kirjaaminen

Kirjaamista hoitotyössä säätelevät monet lait, säännökset ja ohjeistukset, esimerkkinä mainittakoon laki potilaan asemasta ja oikeuksista, henkilötietolaki, potilasvahinkolaki, hallintolaki sekä rikoslaki. Jokaisen terveydenhuollon työntekijän velvollisuus on tutustua näihin häntä koskeviin lakeihin ja asetuksiin. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala, Vuorinen 2012, 40-44.) Hoitotyöntekijää velvoittavien lakien lisäksi työnantajaorganisaation on huolehdittava siitä, että potilasasiakirjoja käsitte-

levä henkilöstö saa tarpeellisen ohjeistuksen oikeaoppisista toimintatavoista (Hallila & Graeffe 2005, 17).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee potilasasiakirjat tarkoittamaan sellaisia asiakirjoja tai tallenteita, joita käytetään hoidon järjestämiseen ja toteuttamiseen, ja jotka sisältävät potilaan/asiakkaan terveydentilaa koskevia sekä muita henkilökohtaisia tietoja. Potilasasiakirjojen sisältämät tiedot ovat salassa pidettäviä. (Hallila & Graeffe 2005, 20.) Hoitotyöhön osallistuvat ammattilaiset saavat käyttää potilasasiakirjoja vain niiltä osin ja niin kauan kuin se heidän työnsä suorittamisen kannalta on tarpeellista. Lisäksi kirjaamisen tulee olla näyttöön perustuvaa, eli potilasasiakirjoihin tehdyistä merkinnöistä tulee ilmetä mihin tietoon tehdyt päätökset perustuvat ja mitä vaikutuksia tehdyillä päätöksillä on ollut. Kaikki oleellinen ja potilaan hoidon kannalta tarpeellinen tieto tulee kirjata potilasasiakirjoihin viiveettä sekä riittävän laajasti ja ymmärrettävästi. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 40-44.)

Hoitotyön kirjaamisessa merkitään järjestelmällisesti muistiin hoitotapahtumien eri vaiheet. Kirjaaminen voi tapahtua käsin erikseen sille suunnatulle lomakkeelle tai yhä enenevässä määrin sähköisesti potilastietojärjestelmiin. Kirjaamisesta huolehtiminen on tärkeää paitsi potilaan kannalta, myös kirjaajan näkökulmasta, sillä kirjattu teksti toimii samalla juridisena todisteena siitä, että hoitaja on suorittanut työnsä. Oikeaoppisesti toteutettu kirjaaminen turvaa potilaan/asiakkaan hoidon jatkuvuuden. (Rantalainen 2009.)

Sähköiseen kirjaamiseen siirtymiseen suhtaudutaan usein kriittisesti, mikä on aivan luonnollista. Sähköisten järjestelmien käyttöönoton saatetaan katsoa olevan jonkinlainen potilaiden/asiakkaiden hoidosta etäännyttävä uhka, jota sen ei missään nimessä tulisi olla. Siirtyminen sähköiseen kirjaamiseen on aina suuri prosessi, jonka läpi saattamiseen tulee kiinnittää riittävästi huomiota. Edellytyksenä luontevalle ja onnistuneelle siirtymälle on toimiva hoitotyö ja vastuunjako – muutoksen johtotyön on oltava kunnossa ja henkilöstölle on järjestettävä riittävä määrä koulutusta laitteiden ja ohjelmistojen käyttämiseksi. Lisäksi resurssien on oltava riittävät, eli käytännössä tietokoneita on oltava riittävästi, jotta kirjaamisen voi suorittaa välittömästi. (Wilskman, Koivukoski, Knuutila & Isotalo 2007.)

Sähköiseen kirjaamiseen siirtymisessä on aina otettava huomioon myös mahdolliset riskitilanteet. Tällaisia riskejä voivat olla esimerkiksi hätätilanteet, joissa olisi tärkeää saada nopeasti esille potilaan/asiakkaan hoitokertomus. Tässä korostuu riittävän koulutuksen ja järjestelmien käytön opettaminen paitsi vakihenkilökunnalle, myös esimerkiksi sijaisille. Sähköisestä järjestelmästä olisikin hyvä olla saatavissa lyhyt ja informatiivinen tuloste potilaan/asiakkaan tilasta. (Wilskman ym. 2007.)

### **Rakenteinen kirjaaminen**

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) sanoo, että potilasasiakirjoihin tehtäviin kirjauksiin pitää sisältyä kaikki tarvittavat tiedot, joilla voidaan turvata potilaan hoito, sen suunnittelu ja toteuttaminen sekä seuranta. Nämä kirjat tulevat tehdä selkeästi ja käyttäen yleisesti tunnettuja käsitteitä ja lyhenteitä. Kirjauksista on myös käytävä ilmi perustelut suoritetuille toimenpiteille ja päätöksille sekä ketkä terveydenhuollon ammattihenkilöt hoitoon ovat osallistuneet. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 9.)

Rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa hoitotietojen kirjaamista sähköisesti hoidollisen päätöksenteon eli hoitotyön prosessin mukaan (Liljamo ym. 2012, 10). Hoitotyön prosessi on koko rakenteisen kirjaamisen perusta, ja se pitää sisällään hoidon tarpeen ja tavoitteiden määrittelyn, suunniteltujen toimintojen selvittämisen, hoidon toteuttamisen sekä hoidon arvioinnin ja yhteenvedon (Rautava-Nurmi ym. 2012, 47). Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen mahdollistaa kirjaamisen tapahtuvan potilaslähtöisesti, kun aiemmin kirjaaminen on ollut hoitajakeskeistä, jolloin käytännössä on kirjoitettu vain mitä on tehty (Wilskman ym. 2007).

Rakenteisessa hoitotyön prosessimallin mukaisessa kirjaamisessa käytetään hoitotyön ydintietoja, jotka kansallisen määritelmän mukaan ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenvedo. Näiden ydintietojen kirjaamiseen on kehitetty Finnish Care Classification eli FinCC-luokitus, joka on suomalainen kansallinen luokituskokonaisuus hoitotietojen systemaattiseen kirjaamiseen. Se koostuu kolmesta eri luokituksesta: suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), suomalaisesta hoidon toimintoluokituksesta (SHToL) sekä suomalaisesta

hoidon tulosluokituksesta (SHTuL). (Liljamo ym. 2012, 9-10.) Näiden luokitusten avulla tehdään myös hoitotyön yhteenveto, kun taas hoitoisuus määritetään Oulu Patient Classification -luokituksella (Itä-Suomen yliopiston www-sivut 2013). Tarveluokitus ja toimintoluokitus koostuvat molemmat 17 komponentista, jotka voidaan jakaa vielä useaan eri pää- ja alaluokkaan (Liljamo ym. 2012, 10). Komponentit ja niiden kuvaukset on esitetty taulukossa 1.

Mikäli hoitotyön kirjaamisessa käytetään vain vapaamuotoista niin kutsuttua kertovaa tekstiä, voi kirjausten asiasisältö jäädä hyvinkin puutteelliseksi, eikä hoitoprosessin mukainen kirjaaminen toteudu kunnolla (Liljamo ym. 2012, 55). FinCC-luokituskokonaisuuden avulla voidaan sen sijaan suorittaa kansallisen kirjaamismallin mukaista hoitotyön ydintietoja sisältävää systemaattista kirjaamista (Itä-Suomen yliopiston www-sivut 2013). Kirjaaminen suoritetaan valitsemalla luokituksista sopivat pää- ja alaluokat, joihin liitetään tarvittaessa vapaamuotoista tekstiä. Tarkoituksena on yhtenäistää kirjaamiskäytäntöjä, sillä mikäli kirjaaminen tehdään joka paikassa samalla tavalla, voidaan kirjauksia pitää vertailukelpoisina eri organisaatioiden välillä. Se taas turvaa potilaan/asiakkaan hoidon jatkuvuuden parhaalla mahdollisella tavalla esimerkiksi hänen siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen. (Liljamo ym. 2012, 55.) Taulukossa 2 on lyhennetty esimerkki hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisesta kirjaamisesta.

Taulukko 1. FinCC-luokituksen 17 komponenttia sekä niiden kuvaukset. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 11.)

<b>KOMPONENTTI</b>	<b>KOMPONENTIN SISÄLLÖN KUVAUS</b>
Aktiveetti	Fyysiseen toimintaan sekä uni- ja valvetaan liittyvät osatekijät
Erittäminen	Ruuan sulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät
Selviytyminen	Yksilön ja perheen kyky selviytyä terveyteen, sen muutoksiin sekä sosiaalisesta kanssakäymiseen liittyvistä tai niistä aiheutuvista ongelmista
Nestetasapaino	Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät
Terveykäyttäytyminen	Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät
Hoidon ja jatkohoidon koordinointi	Moniammatillisen hoidon ja jatkohoidon sekä tutkimusten ja toimenpiteiden koordinointi
Lääkehoito	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
Ravitsemus	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
Hengitys	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
Verenkierto	Eri elinten verenkiertoon liittyvät osatekijät
Aineenvaihdunta	Endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyvät osatekijät
Turvallisuus	Sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit

Päivittäiset toiminnot	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
Psyykkinen tasapaino	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen liittyvät osatekijät
Aisti- ja neurologiset toiminnot	Aisti- ja neurologisiin toimintoihin liittyvät osatekijät
Kudoseheys	Lima- ja sarveiskalvon sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät
Elämänkaari	Elämänvaiheisiin liittyvät osatekijät

Taulukko 2. Esimerkki FinCC-luokituksen käyttämisestä hoitotyön prosessin vaiheiden kirjaamisessa. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 24 mukailten.)

<b>Hoitotyön prosessin vaiheet</b>				
<b>Hoidon tarve</b> Komponentti/pää- tai alaluokka (SHTaL)	<b>Hoidon tavoite</b> Komponentti/pää- tai alaluokka (SHTaL)	<b>Suunnitellut toiminnot</b> Komponentti/pää- tai alaluokka (SHToL)	<b>Hoidon toteutus</b> Komponentti/pää- tai alaluokka + vapaa teksti (SHToL)	<b>Hoidon arviointi</b> Komponentti (SHTuL)
<b>Kudoseheys/Säärihaava</b> Haavassa runsas, kova kate, reunat maseroituneet. Jalka turvoksissa.	<b>Kudoseheys/Säärihaava</b> Kate vähenee ja pehmenee, turvotus laskee.	<b>Kudoseheys/Haavan hoito</b> Suihkutus, mekaaninen puhdistus, hydrogeeli, ympäröivälle iholle ihonhoitosuihke	<b>Lääkehoito/Pintapuudute</b> Emla-puudutus 30 min. ennen suihkua. <b>Kudoseheys/Haavan suihkutus tai kylvytys</b> Haava suihkutettu, antoi suihkuttaa varoen.	<b>Kudoseheys</b> Kate pehmennyt, irtosi hyvin puhdistettaessa, turvotus laskenut.

### 3.3 Raportointi

Raportointi on viestintää, jolla tässä yhteydessä tarkoitetaan tapahtumaa, jossa työvuorojen vaihtuessa varmistetaan potilaiden hoidon jatkuvuus. Tärkeimpiä välineitä potilaiden hoidon ja voinnin raportoinnissa on potilaskertomus. Sen lisäksi, että raportilla vaihdetaan tietoja potilaista, se toimii myös työvuorokohtaisten muiden tehtävien suunnitteluhetkenä, mahdollisesti koulutuksellisenä hetkenä potilasesimerkki-

en kautta sekä vapaampana keskusteluhetkenä hoitajien kesken. Se on siis sosiaalinen tapahtuma. (Saranto & Ikonen 2008, 157-159.) Raportilla vastuu potilaiden hoidosta siirretään seuraavalle työvuorolle, joka sen jälkeen on vastuussa potilaiden seurannasta, hoidosta ja niiden pohjalta tapahtuvasta raportoinnista (Rautava-Nurmi ym. 2012, 47). Hyvin toteutettu hoitotyön kirjaaminen ja raportointi auttavat tunnistamaan potilaan voinnissa tapahtuvat äkillisetkin muutokset ja sitä kautta mahdollistavat nopean reagoimisen niihin (Rantalainen 2009).

### 3.3.1 Perinteinen raportointi

Perinteisessä suullisessa raportoinnissa päättyvän työvuoron hoitaja kertoo alkavan vuoron hoitajille potilaiden voinnissa ja hoidossa huomioon otettavat asiat. Raportointi tapahtuu yleensä tietyssä tilassa, kuten kansliassa, mutta se voi olla myös niin sanottu potilaanvierusraportointi, jossa potilas on itse mukana. (Saranto & Ikonen 2008, 158.)

Perinteiseen suulliseen raportointiin varatun tilan tulisi olla rauhallinen, jotta raportin antaminen olisi mahdollisimman tehokasta eikä tiedonsiirrossa tapahtuisi virheitä. Raporttia vastaanottavat henkilöt tekevät yleensä muistiinpanoja saamistaan tiedoista, jotta potilaan hoidon jatkuvuus voidaan parhaalla mahdollisella tavalla turvata. Raporttia antavan henkilön tulee huomata kertoa kaikki oleelliset potilaan hoitoon liittyvät asiat, jotka tulevan työvuoron pitää ottaa toiminnassaan huomioon, esimerkiksi vaikkapa potilaalle suunnitellut toimenpiteet, tämän voinnissa tapahtuneet muutokset tai lääkehoitoon liittyvät asiat. Suullisen raportoinnin haittapuolena voidaan pitää siihen kuluvaan aikaan, mutta toisaalta se mahdollistaa hoitajien välisen vuorovaikutuksen ja keskustelun potilaiden hoidosta sekä muista työyhteisöön liittyvistä asioista. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52.)

Potilaanvierusraportointi tapahtuu nimensä mukaisesti raportin keskeisimmän henkilö, itse potilaan, läsnä ollessa, joka mahdollistaa hänen tarpeidensa huomioon ottamisen raportilla. Potilaanvierusraportointi parhaimmillaan turvaa hoidon jatkuvuutta ja ottaa huomioon myös potilaan omat mielipiteet. (Caruso 2007, 17.) Raportin vastaanottajalle näissä tilanteissa muodostuu helposti kokonaiskuva potilaan senhetki-



sestä voinnista ja samaten potilas itse saa tietoa tilanteestaan sekä tarvittaessa ohjausta ja neuvoja. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52-53.) Potilaanvierusraportointi ei kuitenkaan sovi jokaiseen työyksikköön, sillä esimerkiksi erittäin arkaluontoisista tai vaikeista potilaaseen liittyvistä asioista keskustellessa saa olla hyvin tarkkana erityisesti silloin, kun kyseessä on useamman kuin yhden hengen potilashuone (Hurri 2006.)

### 3.3.2 Hiljainen raportointi

Hiljaisessa raportoinnissa vuoroon tulevat hoitajat lukevat itse potilaskertomuksista potilaan perustiedot ja hoitoon liittyvät asiat ja tämän jälkeen hoitohenkilökunta voi keskenään tarvittaessa keskustella näistä asioista. Hiljaisen raportoinnin on koettu tarkentaneen kirjaamisen sisältöä ja vähentäneen perinteiseen raportointiin käytettävää aikaa. (Saranto & Ikonen 2008, 162.)

Hiljaisessa raportoinnissa korostuu selkeä ja huolellinen kirjaaminen, sekä tarvittaessa kirjausten täydentäminen myöhemmin. Työvuorojen vaihtuminen tulee myös järjestää niin, että raportin lukemisen jälkeen työntekijöillä on aikaa keskustella päättävän vuoron hoitajien kanssa ja mahdollisesti saada vielä suullisesti tarvitsemiaan täydentäviä lisätietoja potilaista. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52.)

Hiljaisen raportoinnin ongelmakohtia nousee esille erityisesti yksiköissä, joissa potilaiden vaihtuvuus on nopeaa. Ongelmaksi voi muodostua esimerkiksi nopeasti tarvittavien tietojen löytyminen, jos tiedot ovat hajallaan eri järjestelmissä, joista jokaisen pitäisi löytää ne itse. Lisäksi pelkona on hoitajien välisen vuorovaikutuksen vähentyminen. (Pakkala 2010.) Keskustelun puuttuminen ei hiljaisessa raportissa tietenkään ole tavoiteltava asia. On tärkeää voida keskustella hoidosta ja suunnitella sitä toisten kollegoiden kanssa. Yksi ongelma on myös se, että suullisten raporttien kautta välittyy paljon niin kutsuttua hiljaista tietoa, jonka saaminen uusien työntekijöiden tietoon on haastavampaa hiljaisella raportilla. (Hurri 2006.)

Hiljaisen raportin lukijoille on myös taattava lukurauha. Mikäli tällainen rauhallisuus puuttuu, on se omiaan häiritsemään raporttia lukevien hoitajien keskittymistä ja saattaa johtaa jopa tärkeän informaation tiedostamattomaan ohittamiseen. Päättävän vuo-

ron hoitajien vastuulla on vastata puhelimiin ja potilaskutsuihin, jotta raportin lukijat saavat keskittyä rauhassa raporttiin. Myös yksilökohtaiset erot ovat huomioon otettava seikka hiljaisessa raportoinnissa, sillä toisilla ihmisillä menee kauemmin asioiden lukemiseen kuin toisilla. (Hurri 2006.)

#### 4 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Aikaisempia tutkimuksia liittyen raportoinnin ja kirjaamisen kehittämiseen erilaisissa suomalaisissa hoitotyön työyksiköissä löytyy runsaasti etenkin AMK-opinnäytetöistä ja jonkin verran yliopistojen Pro gradu -tutkielmista. Alla on listattuna joitakin tuoreempia tutkimuksia sekä niiden keskeisimmät tulokset.

Eeva-Kaisa Laine (2008, 2, 18, 51-53) tutki Pro gradu -tutkielmassaan erään sairaanhoitopiirin alueen yhden pilottiosaston hoitohenkilökunnan kokemuksia rakenteisesta hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta ja tuen ja ohjauksen saamisesta siihen. Laine teki teemoitetun ryhmähaastattelun 12 sairaanhoitajalle ja perus-/lähihoitajalle kyseiseltä pilottiosastolta. Tulosten mukaan hoitajat kokivat positiivisena asiana sen, että kirjaukset olivat selkeitä ja niistä saattoi tunnistaa kirjauksen tekijän, joidenka koettiin parantavan myös tietoteknistä turvallisuutta. Hoitotyön laadun koettiin parantuneen hiljaisen raportoinnin ja kirjaamista kohtaan vallinneen positiivisen asenneilmapiirin myötä. Negatiivisina asioina pidettiin lääkäreiden perehtymättömyyttä sähköistä järjestelmää kohtaan, kirjaamiseen kuluvaan aikaan ja sitä kautta vaikutusta potilaan hoitoon käytettävään aikaan. Myös sähköisen järjestelmän puutteita, kuten rakenteisen kirjaamisen komponenttien päällekkäisyyttä, suurta määrää ja niiden löytämisen vaikeutta sekä tukihenkilöiden liian vähäistä määrää pidettiin heikkoutena. Tukimenetelmistä toisten kollegoiden vertaistuen koettiin olevan kaikkein tärkein.

Tuija Hartikainen (2008, 2, 30, 64-65) selvitti Pro gradu -tutkielmassaan Sairaanhoidtajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Tutkimus suoritettiin temahaastatteluna kymmenelle Kuopion yliopistollisen sairaalan operatiivisen tulosalueen sairaanhoitajalle. Positiivisina muutoksina

koettiin lääkärin antamien, mutta sairaanhoitajien kirjaamien määräysten vähentyminen sekä kirjausten tiivistyminen sisältämään enemmän olennaisia asioita. Myös kirjausten korjaaminen koettiin helpoksi ja käsialan aiheuttamia ongelmia ei ollut. Sen sijaan negatiivisina muutoksina haastateltavat kokivat epävarmuuden tietokoneiden käytössä, järjestelmän käyttöön kuluvan ajan, potilaan ja hoitajan välisen vuorovai-  
kutussuhteen kärsimisen esimerkiksi tulohaastattelutilanteissa ja potilaan tietojen etsimisen hitauden. Tämän vuoksi järjestelmää ei käytetä suullisen raportin yhteydessä.

Tiina Kähkönen (2010, 2, 50-51) tutki ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opin-  
näytetyössään Hiljaisen raporttikäytännön kehittämistä Kainuun keskussairaalan te-  
hostetun hoidon osastolla. Muutos toteutettiin kehittämissuunnitelmana ja opinnäytetyös-  
sään Kähkönen haki vastauksia siihen, onko hiljainen raportointi hyvä toimintatapa  
ja mitä hyviä ja huonoja puolia siinä on. Tuloksien mukaan hiljaisen raportin hyväksi  
puoleksi koettiin se, että sen katsottiin säästävän aikaa ja että hoitotiedot olivat säh-  
köisestä järjestelmästä helposti saatavissa. Tietojen koettiin jäävän paremmin mie-  
leen itse lukien. Huonoina puolina koettiin puutteellinen perehdytys ja koulutus ra-  
kenteiseen kirjaamiseen, jonka koettiin vaikuttavan suoraan hiljaisen raportin laa-  
tuun.

Asta Korolainen (2009, 2, 45-47) tutki AMK-opinnäytetyössään Iisalmen terveys-  
keskuksen vuodeosastoilla sähköisen kirjaamisen ja hiljaisen raportoinnin hyötyjä ja  
haittoja sekä kehittämistarpeita. Korolainen suoritti tutkimuksen haastatteleamalla  
teemahaastattelun keinoin kuutta Iisalmen terveyskeskuksen vuodeosastojen 1 ja 2  
hoitajaa. Päätuloksista kävi ilmi, että hoitajat kokivat tiedonsiirron varmuuden hei-  
kentyneen, koska kaikki eivät välttämättä lukeneet raporttia. Syyksi sille kerrottiin  
esimerkiksi riittämätön määrä tietokoneita ja rauhaton ympäristö raportin lukemisel-  
le. Myös sähköisten tietojärjestelmien käytössä koettiin olevan ongelmia ja sähköisen  
kirjaamisen olevan aikaa vievää. Hiljaista raporttia kuitenkin ajateltiin voitavan ke-  
hittää, mikäli kirjaamiseen kiinnitettäisiin enemmän huomiota. Hiljaisen raportin kat-  
sottiin myös tehostavan ajankäyttöä ja parantavan hoitajien mahdollisuutta omien  
hoitotoimenpiteiden suunnitteluun.

## 5 KOHDEJOUKKO, AINEISTON KERUU JA TUTKIMUSMENETELMÄ

### 5.1 Kohdejoukko ja aineiston keruu

Tämän opinnäytetyön kyselytutkimus kohdistettiin Länsi-Suomen Diakonialaitoksen Sotainvalidien Sairaskodin ja Kuntoutuskeskuksen asukasosastojen, kuntoutusosaston sekä päiväosaston hoitohenkilökunnalle, osastonhoitajille sekä lääkäreille. Osastonhoitajia laitoksessa on 4, sairaanhoitajia ja perushoitajia yhteensä 44 ja lääkäreitä 3 (Peltomäki, henkilökohtainen tiedonanto 22.1.2013). Sopimus opinnäytetyön tekemisestä allekirjoitettiin 27.2.2013 (Liite 1). Kyselylomaketta (Liite 2) tulostettiin yhteistyötahon toimesta 51 kappaletta ja jaettiin tarpeellinen määrä joka osastolle. Vastattuja lomakkeita tuli takaisin 47 kappaletta, joten palautusprosentti oli 92 %.

Aineiston keruu tapahtui siten, että jokaisen osaston kansliaan vietiin tarpeellinen määrä kyselylomakkeita ja suljettu pahvilaatikko, johon vastaajat saivat pudottaa täytetyt lomakkeet. Vastaaminen tapahtui anonyymisti ja lomakkeen alussa oli saatekirje, jossa oli myös avattuna itse kysymyksissä käytettyjä käsitteitä vastaamisen helpottamiseksi. Kysely oli vastattavissa 20.5.–20.6.2013 välisenä aikana, jonka jälkeen lomakkeet noudettiin pois analysointia varten. Alun perin kysely piti toteuttaa vasta syksyllä 2013, mutta kyselylomakkeen valmistumisen vuoksi ja yhteistyötahon yhteyshenkilön kanssa keskusteltaessa tultiin siihen tulokseen, että kysely voidaan suorittaa jo aiemmin mainittuna ajankohtana.

### 5.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivis-kvalitatiivista kyselylomaketta, joka sisälsi avoimia ja suljettuja kysymyksiä. Kvantitatiivista tutkimusta edusti kyselylomakkeen suljetut, vaihtoehdoin rajatut kysymykset ja kvalitatiivista tutkimusta kyselylomakkeen avoimet kysymykset. Kyselylomakkeen toimivuutta arvioitiin ennen varsinaisen tutkimuksen suorittamista opinnäytetyön suunnitteluseminaareissa sekä Länsi-Suomen Diakonialaitoksen edustajien toimesta.

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus tarkoittaa mahdollisimman tarkkoja tilastollisia menetelmiä käyttävää tutkimusta (Tilastokeskuksen www-sivut 2013). Määrällisessä tutkimuksessa mitataan muuttujia, jotka voivat olla joko riippumattomia tai riippuvia, sekä tutkitaan niiden välisiä yhteyksiä. Näin voidaan esimerkiksi vertailla vaikuttaako vastaajien ikä tyytyväisyyteen saadusta ohjauksesta. Määrällinen tutkimus voidaan suorittaa muun muassa pitkittäistutkimuksena, jossa aineistoa kerätään useamman kerran pidemmän ajanjakson aikana, tai poikittaistutkimuksena, jossa aineisto kerätään vain kerran, kuten tässäkin opinnäytetyössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 55-56.)

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus pyrkii antamaan tutkittaville henkilöille vapaamman tavan kertoa tutkimuksen kohdeaiheesta esimerkiksi haastattelun muodossa (Tilastokeskuksen www-sivut 2013).

Laadullinen tutkimus pohjautuu todellisen elämän kuvaamiseen ja kohteen mahdollisimman kokonaisvaltaiseen tutkimiseen (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161). Sitä on käytetty tutkimusmenetelmänä jo 1800-luvun lopulla, mutta yleistynyt se on erityisesti 1980-luvulta lähtien. Laadullisen tutkimuksen määritelmässä korostuu ihmisten omat kokemukset, tulkinnat ja näkemykset tutkittavasta aiheesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-66). Taulukosta 3 käy ilmi kuinka kvalitatiivinen tutkimus voidaan jakaa erittäin moneen alalajiin.

Taulukko 3. Kvalitatiivisen tutkimuksen alalajeja. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 162.)

Delphi-tutkimus	Intensiivinen arviointi	Rakenteellinen etnografia
Deskriptiivinen tutkimus	Kasvatuksellinen asiantuntijuus ja kritisismi	Sisällönanalyysi
Dialogitutkimus	Kasvatuksen etnografia	Suullinen historia
Diskurssianalyysi	Kenttätutkimus	Symbolinen interaktionismi
Dokumenttianalyysi	Keskustelunanalyysi	Tapaustutkimus
Ekologinen psykologia	Kirjallisuuden representatiotutkimus	Toimintatutkimus
Elämäkertatutkimus	Kliininen tutkimus	Transformatiivinen tutkimus
Elämäntapatutkimus	Kognitiivinen antropologia	Transsedentiaalinen realismi
Etnografinen sisällön analyysi	Kvalitatiivinen evaluaatio	Tulkinnallinen ihmistiede
Etnografia	Mielikuva-psykologia	Tulkinnallinen interaktionismi
Etnotiede	Naturalistinen tiedonhankinta	Viestinnän etnografia
Fenomenografia	Osallistuva havainnointi	Yhteistoiminnallinen tutkimus
Fenomenologia	Osallistava tutkimus	
Grounded-teoria	Paneelitutkimus	
Hermeneutiikka		
Hermeneuttinen tutkimus		
Holistinen etnografia		

### 5.3 Aineiston analysointi ja tulkinta

Analysointi on yksi tärkeimmistä vaiheista tutkimuksen teossa, siihen pyritään tutkimusta aloitettaessa. Tässä vaiheessa saadaan vastaukset asetettuihin ongelmiin. Ensimmäisenä aineistosta tarkistetaan saadut tiedot ja tarvittaessa esimerkiksi joitakin vastauksia voidaan hylätä, mikäli niitä ei pystytä täydentämään käyttäen vaikkapa koko aineistosta laskettuja keskiarvoja. Tämän jälkeen aineisto järjestetään tallennusta ja analysointia varten. Tämä voi olla hyvin suuritöinenkin vaihe riippuen onko käytetty kvantitatiivisia vai kvalitatiivisia menetelmiä. Analysoinnin jälkeen tuloksia tulee tulkita ja selittää, eli pohtia niitä ja tehdä niistä johtopäätöksiä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 221-222, 229.)

Tämän tutkimuksen kvantitatiivisen osuuden, eli suljettujen kysymyksien muuttujille annettiin arvot, jotka sitten syötettiin Microsoft Excel taulukkolaskentaohjelmiston päällä toimivaan Tixel tilasto-ohjelmaan. Mahdollisille tyhjiksi jätetyille kohdillekin

annettiin oma arvonsa, jota Tixel osaa käsitellä tyhjänä vastauksena. Tutkimuksen kvalitatiivinen osuus, eli vapaamuotoisia vastauksia sisältävät kohdat, analysoitiin sisällönanalyysin menetelmiä käyttäen. Näitä kohtia oli vain kolme ja suurin osa osallistujista oli vastannut niihin.

Sisällönanalyysi voidaan jaotella kahteen eri analyysimenetelmään: varsinaiseen sisällönanalyysiin ja sisällön erittelyyn. Tässä tutkimuksessa käytettiin varsinaisen sisällönanalyysin menetelmää, jonka tarkoituksena on kuvata aineiston sisältöä sanallisesti. Aineisto voidaan analysoida esimerkiksi induktiivisesti, eli aineistolähtöisesti, kuten tässäkin tutkimuksessa tehtiin. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineisto redusoidaan, eli pelkistetään, klusteroidaan, eli ryhmitellään siinä esiintyneiden samankaltaisuuksien mukaan luokiksi sekä abstrahoidaan, eli muodostetaan teoreettinen käsitteistö yhdistelemällä aiemmin luotuja luokkia. Abstrahointia voidaan jatkaa niin kauan kuin se sisällöllisesti on järkevää. Yhdistelemällä käsitteitä saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-111.)

Tutkimuksen vapaamuotoisten kysymysten vastaukset litteroitiin Microsoft Word -tekstinkäsittelyohjelmaan. Tämän jälkeen vastauksista luotiin taulukkoon pelkistetyt ilmaisut. Pelkistetyistä ilmaisuista haettiin yhteneväisyyksiä, jotka sitten luokiteltiin alakategorioiksi samaan taulukkoon omaan sarakkeeseensa. Alakategorioita yhdistelemällä luotiin vielä samaan taulukkoon yläkategoriat, jotka toimivat myös pohjana otsikoille, joita tulosten raportoinnissa käytettiin. Tuloksien havainnollistamisen apuna käytettiin suoria lainauksia osallistujien kirjoittamista vastauksista. Taulukossa 4 on esitetty esimerkkinä yhden vapaamuotoisen vastauksen käsittely.

Taulukko 4. Alkuperäisen ilmaisun pelkistäminen ja jako alakategorioihin sekä yläkategoriaan.

<b>Alkuperäinen ilmaisu</b>	<b>Pelkistetty ilmaisu</b>	<b>Alakategoria</b>	<b>Yläkategoria</b>
Lyhyemmät raportit, joita yritetään koko ajan tehdäkin. Raportilla luettaisiin vain oleelliset, vain hoitotyön kannalta tärkeät asiat.	Raportteja tulisi lyhentää ja lukea vain oleelliset asiat	Raportin kesto Olelliset asiat	Sisältö

## 6 KYSELYTUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen tuloksissa esitetään Länsi-Suomen Diakonialaitoksen Sotainvalidien Sairaskodin ja Kuntoutuskeskuksen henkilökunnan mielipiteitä raportoinnin ja kirjaamisen nykytilasta ja kehittamisestä kyseisessä organisaatiossa. Tutkimuksen sisältämät väittämät ja niiden tulokset esitellään siinä järjestyksessä kuin ne kyselylomakkeessakin olivat. Kaikissa väittämissä oli samat vastausvaihtoehdot: Täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, osittain eri mieltä ja täysin eri mieltä. Väittämät 1–7 koskivat raportointia ja sen nykytilaa osastolla, väittämät 8–15 kirjaamista ja sen nykytilaa osastolla, sekä väittämät 16–19 näiden kehittämistä. Kyselyyn vastanneiden määrä oli 47, joka muodostaa vastausprosentiksi 92 %. Osastonhoitajat olivat toivoneet, että mahdollisimman moni vastaa kyselyyn ja tähän tavoitteeseen päästiin. Vastaaminen oli luonnollisesti kuitenkin vapaaehtoista.

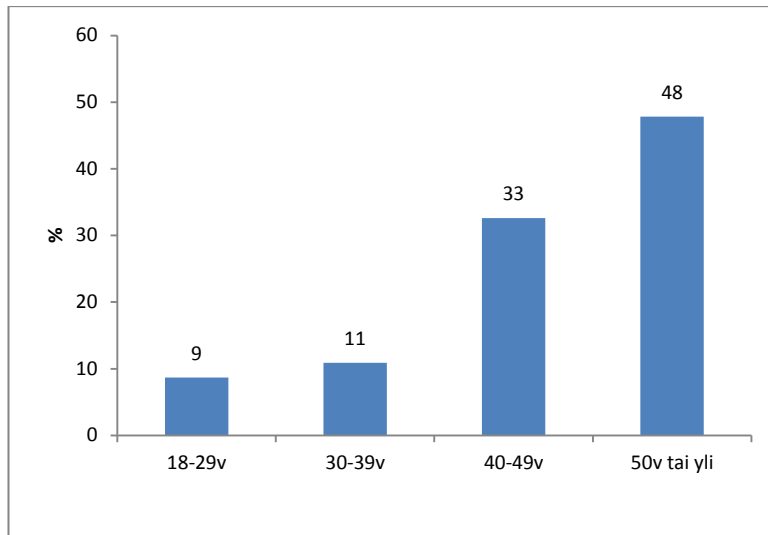
### 6.1 Taustatiedot

Vastaajilta kysyttiin taustatietoina ikää, ammattinimikettä, kokemusta hoitotyöstä yhteensä ja nykyisessä työyksikössä sekä osastoa, joilla vastaajat pääasiassa työskentelevät.

#### **Ikäjakauma**

Vastaajista 48 % (22 kpl) oli iältään 50-vuotiaita tai vanhempia, 33 % (15 kpl) sijoitui ikäryhmään 40–49v. Iältään 30–39-vuotiaita oli 11 % (5 kpl) ja 18–29-vuotiaita 9 % (4 kpl). Ikäjakauma käy ilmi kuviosta 1. Yksi vastaaja ei ollut vastannut tähän kysymykseen.

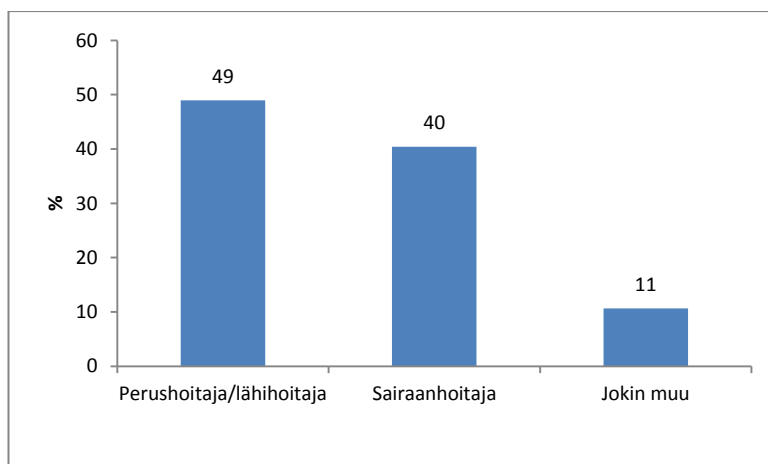




Kuvio 1. Ikäjakauma

### **Ammattinimikkeet**

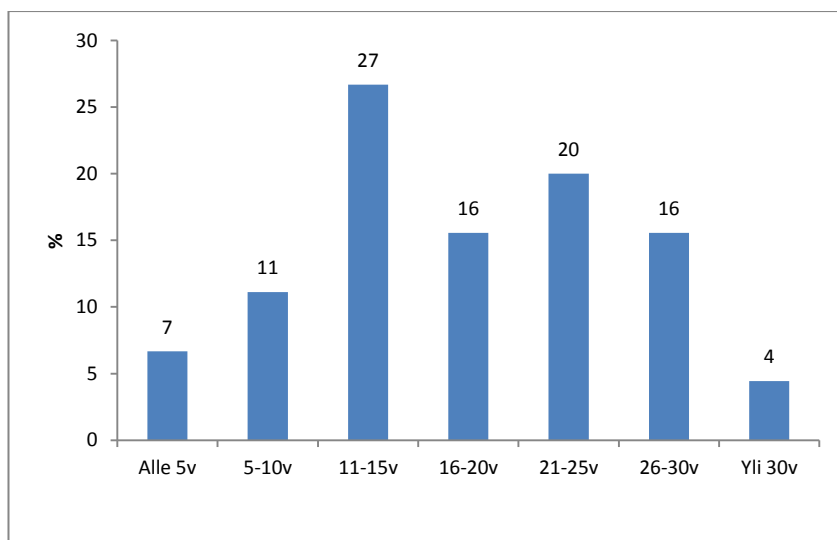
Vastaajista 49 % (23 kpl) oli perus-/lähihoitajia, 40 % (19 kpl) sairaanhoitajia ja 11 % (5 kpl) muita hoitotyöhön osallistuvia henkilöitä. Ammattinimikkeet käyvät ilmi kuviosta 2.



Kuvio 2. Ammattinimikkeet

### Kokemus hoitotyöstä

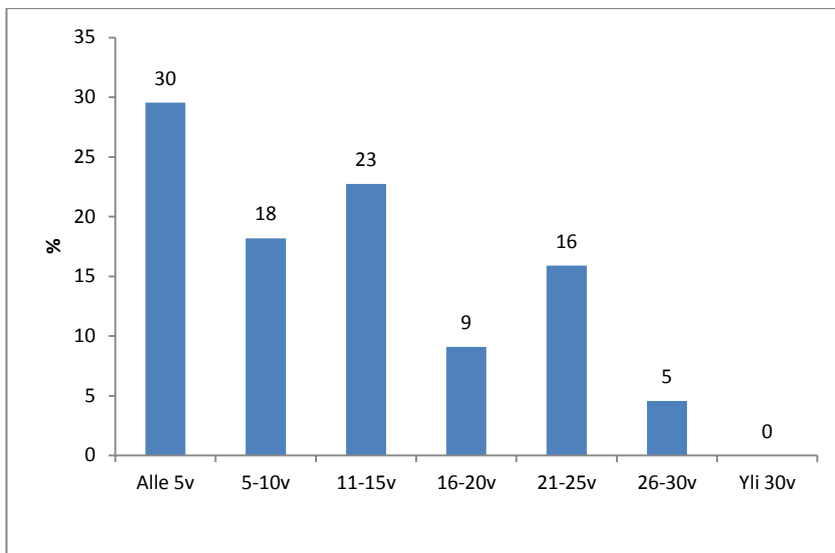
Kokemus hoitotyöstä vaihteli laidasta laitaan. Vastanneista 18 %:lla (8 kpl) oli kokemusta kertynyt 10 vuotta tai alle, kun taas suurin osa, eli 43 % (19 kpl) omasi kokemusta hoitotyöstä 11–20 vuotta. Seuraavaksi suurinta ryhmää, eli 21–30 vuotta hoitotyön kokemusta omaavaa, edusti 36 % (16 kpl) vastaajista. Kaikkein eniten, eli yli 30 vuotta kokemusta hoitotyöstä oli 4 %:lla (2 kpl) vastaajista. Vielä tarkempi jaottelu on nähtävissä kuviosta 3. Kaksi vastaajaa oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen.



Kuvio 3. Kokemus hoitotyöstä

### Kokemus hoitotyöstä tässä yksikössä

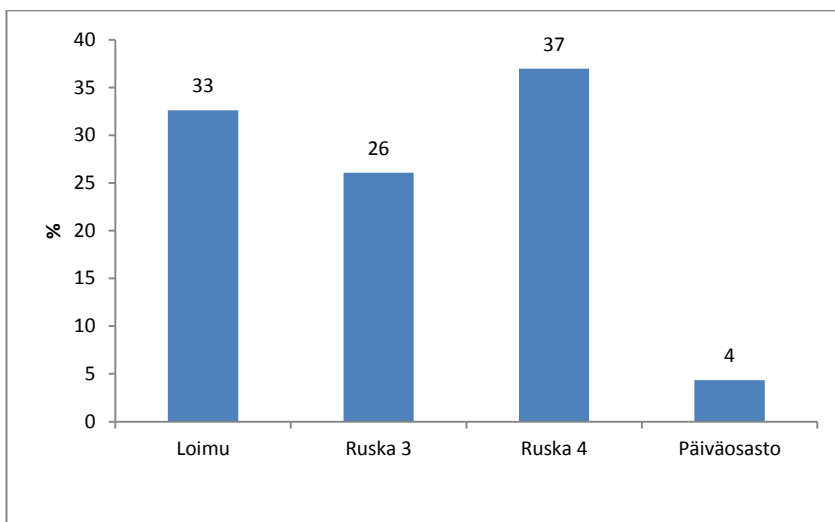
Kokemusta hoitotyöstä tässä työyksikössä oli 48 %:lla (21 kpl) alle kymmenen vuotta ja 32 %:lla (14 kpl) 11–20 vuotta. Vastanneista 21 % (9 kpl) omasi kokemusta tästä työyksiköstä 21–30 vuotta. Tarkempi jaottelu käy ilmi kuviosta 4. Kolme vastaajaa ei ollut vastannut tähän kysymykseen.



Kuvio 4. Kokemus hoitotyöstä tässä yksikössä

### Pääasiallinen työyksikkö

Työyksiköistä Loimussa työskenteli 33 % (15 kpl) vastaajista, osastolla Ruska 3 työskenteli 26 % (12 kpl), osastolla Ruska 4 37 % (17 kpl) ja Päiväosastolla 4 % (2 kpl) vastaajista. Yksi vastaaja ei ollut vastannut tähän kysymykseen. Työyksiköt käyvät ilmi kuviosta 5.

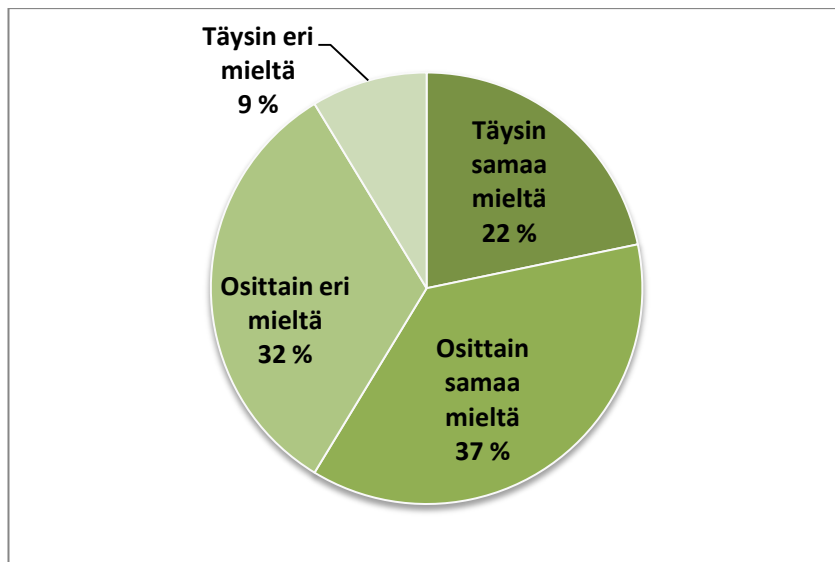


Kuvio 5. Työyksiköt.

## 6.2 Raportointi

### Nykyisen raportointimallin toimivuus

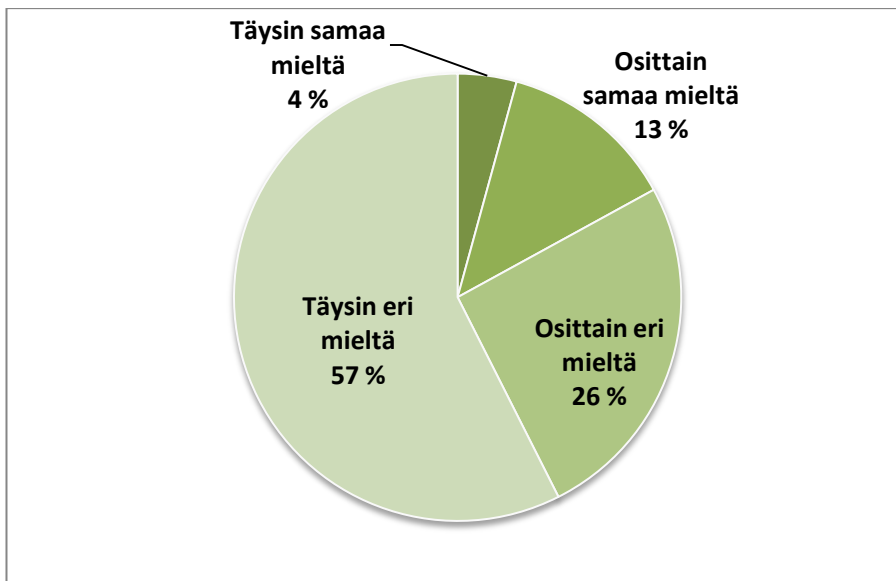
Vastaajista 22 % (10 kpl) oli täysin samaa mieltä siitä, että nykyinen raportointimalli toimii osastolla hyvin ja 37 % (17 kpl) oli osittain samaa mieltä. Osittain eri mieltä oli 32 % (15 kpl) ja täysin eri mieltä 9 % (4 kpl) vastaajista (Kuvio 6). Huomionarvoista on kuitenkin se, että kaikki täysin eri mieltä olleet vastaukset tulivat osastolta Ruska 4, jossa on osittain käytössä hiljainen raportointi. Myös suurin osa (7 kpl) osittain eri mieltä-vastauksista tuli tältä osastolta. Yksi vastaaja ei ollut vastannut tähän väittämään.



Kuvio 6. Nykyisen raportointimallin toimivuus

### Hiljaiseen raportointiin siirtyminen

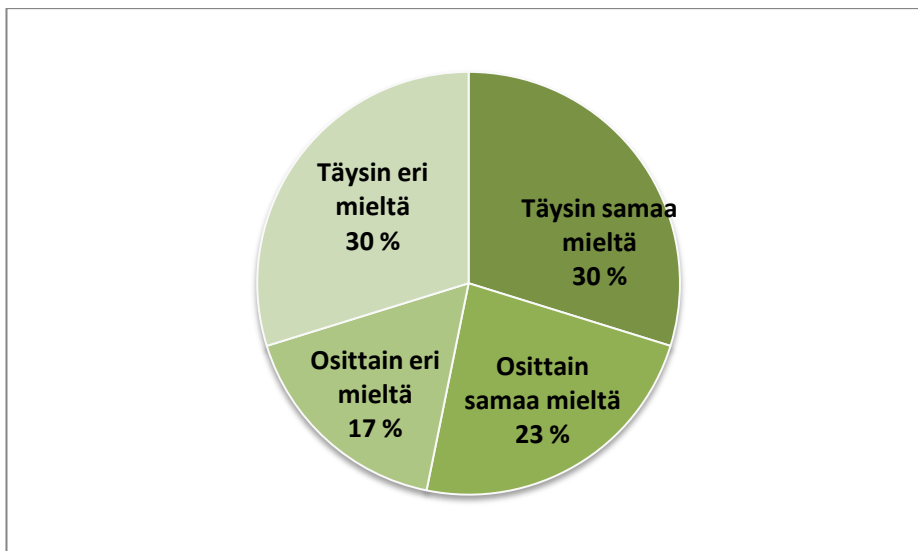
Suurin osa, eli 57 % (27 kpl) vastaajista, oli täysin eri mieltä siitä, että osastoilla tulisi siirtyä kokonaan hiljaiseen raportointiin. Osittain eri mieltä oli 26 % (12 kpl) vastaajista kun taas osittain samaa mieltä väitteen kanssa oli 13 % (6 kpl). Täysin samaa mieltä oli vain 4 % (2 kpl) vastaajista (Kuvio 7).



Kuvio 7. Hiljaiseen raportointiin siirtyminen

### Hiljaisen raportoinnin toteutuminen

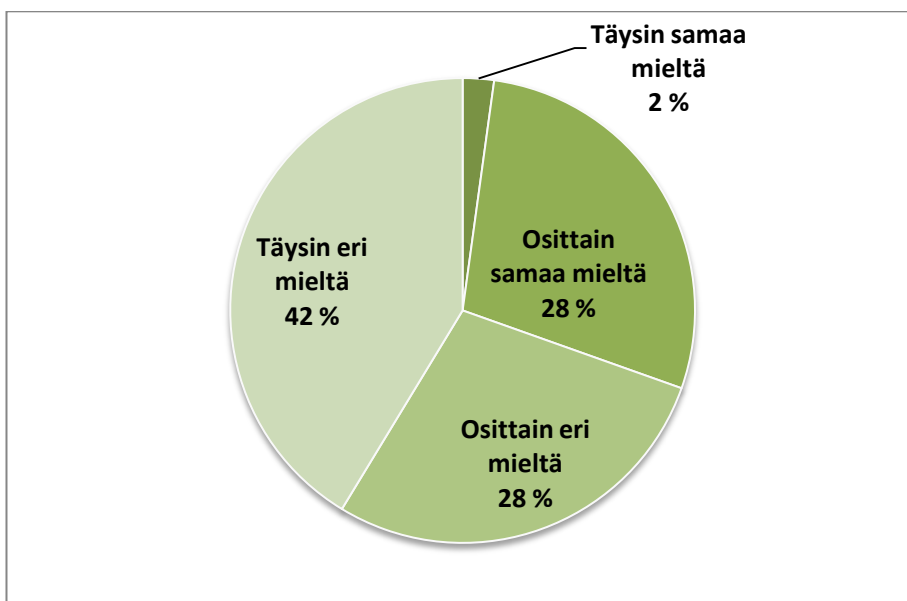
Täysin samaa mieltä sen kanssa, että hiljainen raportointi toteutuu osastolla jo nyt osittain, oli 30 % (14 kpl) vastaajista. Osittain samaa mieltä vastaajista oli 23 % (11 kpl). Osittain eri mieltä oli 17 % (8 kpl) ja täysin eri mieltä 30 % (14 kpl) vastaajista (Kuvio 8). Täysin samaa mieltä -vastauksista kaikki tulivat osastolta Ruska 4, jossa hiljainen raportointi on tällä hetkellä virallisesti käytössä iltapäiväraportin yhteydessä. Tältä osastolta tuli myös 3 kpl osittain samaa mieltä -vastauksista eikä yhtään eriävää mieltä olevaa vastausta. Kuitenkin myös muilla osastoilla yhteensä 8 vastaajaa koki hiljaisen raportoinnin toteutuvan jo joiltain osin, vaikka se ei niillä virallisesti käytössä olekaan.



Kuvio 8. Hiljaisen raportoinnin toteutuminen

### Hiljainen raportointi ja tiedonsiirron helpottuminen

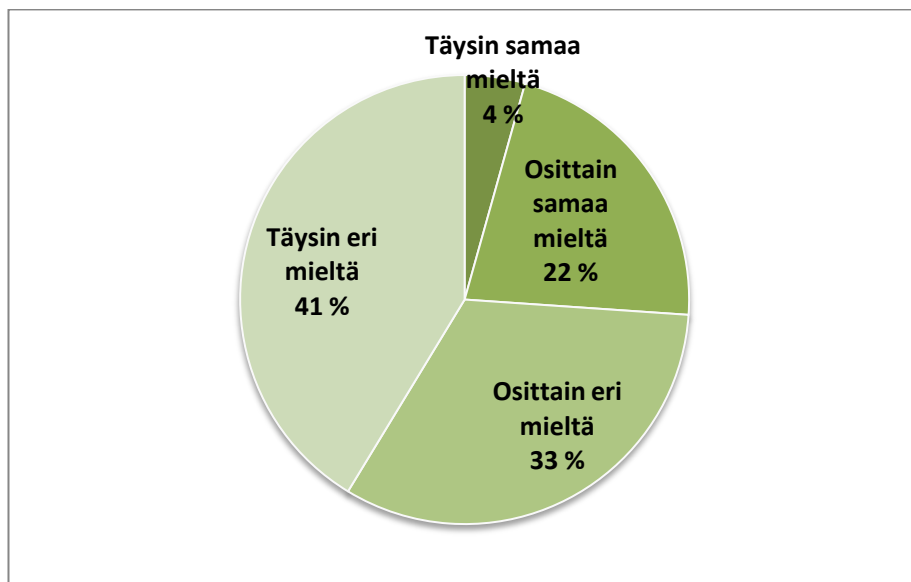
Vastaajista 42 % (19 kpl) oli täysin eri mieltä ja 28 % (13 kpl) osittain eri mieltä siitä, että hiljainen raportointi helpottaa oleellisesti tiedonsiirtoa. Osittain samaa mieltä väitteen kanssa oli 28 % (13 kpl) ja täysin samaa mieltä vain 2 % (1 kpl) vastaajista (Kuvio 9). Yksi vastaajista ei ollut vastannut tähän väittämään.



Kuvio 9. Hiljainen raportointi helpottaa tiedonsiirtoa

### Hiljainen raportointi ja hoitotyön laatu

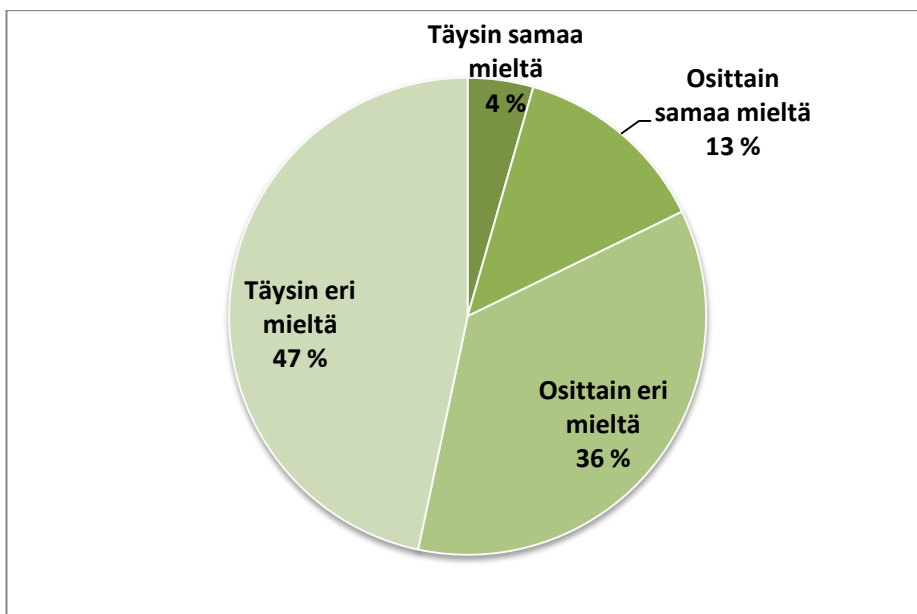
Suurin osa oli eri mieltä myös väitettäessä hiljaisen raportoinnin kehittävän hoitotyön laatua. Täysin eri mieltä oli 41 % (19 kpl) ja osittain eri mieltä 33 % (15 kpl) vastaajista. Osittain samaa mieltä vastaajista oli 22 % (10 kpl) ja täysin samaa mieltä 4 % (2 kpl) (Kuvio 10). Yksi vastaaja ei ollut vastannut tähän väittämään.



Kuvio 10. Hiljainen raportointi kehittää hoitotyön laatua

### Hiljainen raportointi ja moniammatillinen yhteistyö

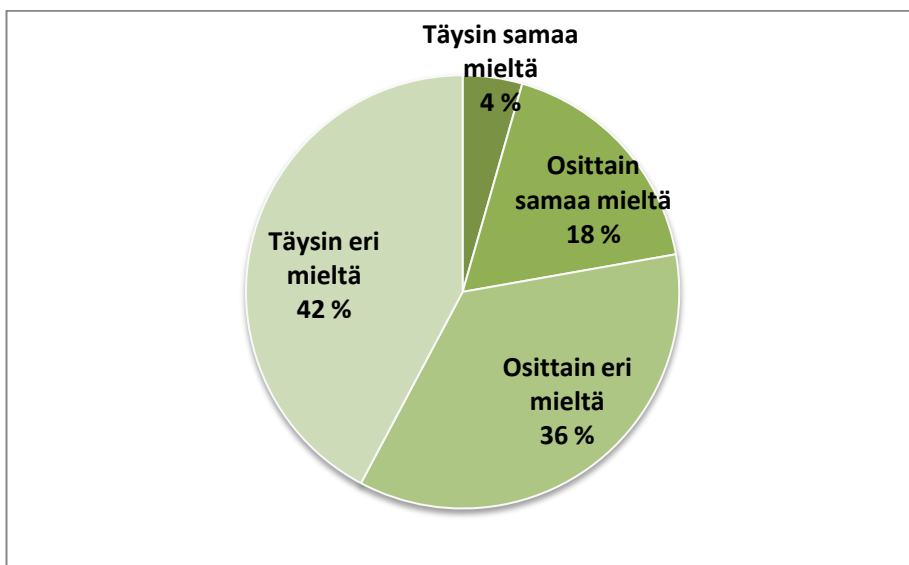
Vastaajista suurin osa, 47 % (21 kpl) oli täysin eri mieltä, kun väitettiin hiljaisen raportoinnin kehittävän moniammatillista yhteistyötä. Osittain eri mieltä oli 36 % (16 kpl) vastaajista. Osittain samaa mieltä vastaajista oli vain 13 % (6 kpl) ja täysin samaa mieltä vain 4 % (2 kpl) (Kuvio 11). Kaksi vastaajaa ei ollut vastannut tähän väittämään.



Kuvio 11. Hiljainen raportointi kehittää moniammatillista yhteistyötä

### Hiljainen raportointi ja hoitoprosessi

Viimeisessä raportointia koskevassa väittämässä hiljaisen raportoinnin väitettiin tukevan yhteistä keskustelua hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Tässäkin tapauksessa suurin osa vastaajista, 42 % (19 kpl), oli täysin eri mieltä väittämän kanssa, osittain eri mieltä oli 36 % (16 kpl) vastaajista. Osittain samaa mieltä oli 18 % (8 kpl) ja täysin samaa mieltä 4 % (2 kpl) vastaajista (Kuvio 12). Kaksi vastaajaa ei ollut vastannut tähän väittämään.



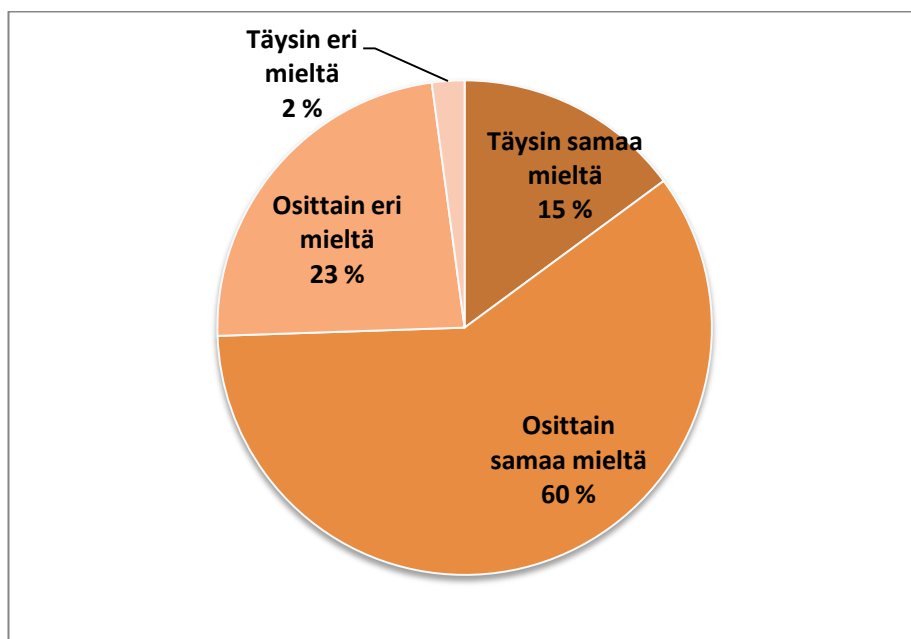
Kuvio 12. Hiljainen raportointi tukee hoitoprosessia



### 6.3 Kirjaaminen

#### Nykyisen kirjaamismallin toimivuus

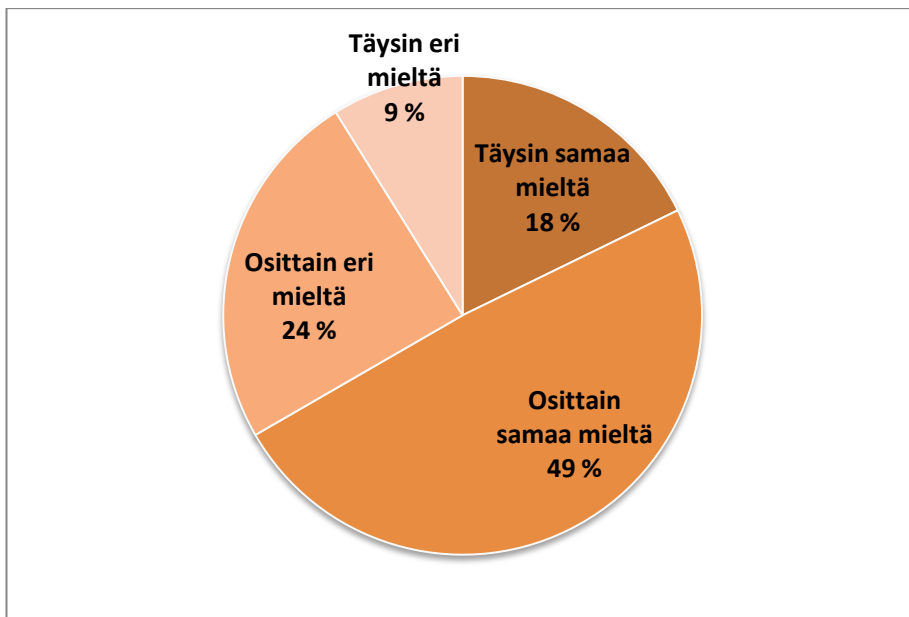
Selvästi suurin osa vastanneista oli samoilla linjoilla sen kanssa, että nykyinen kirjaamismalli toimii hyvin. Täysin samaa mieltä oli 15 % (7 kpl) ja osittain samaa mieltä 60 % (28 kpl) vastanneista. Osittain eri mieltä oli 23 % (11 kpl) ja täysin eri mieltä vain 2 % (1 kpl) (Kuvio 13).



Kuvio 13. Nykyisen kirjaamisen toimivuus

#### Rakenteiseen kirjaamiseen siirtyminen

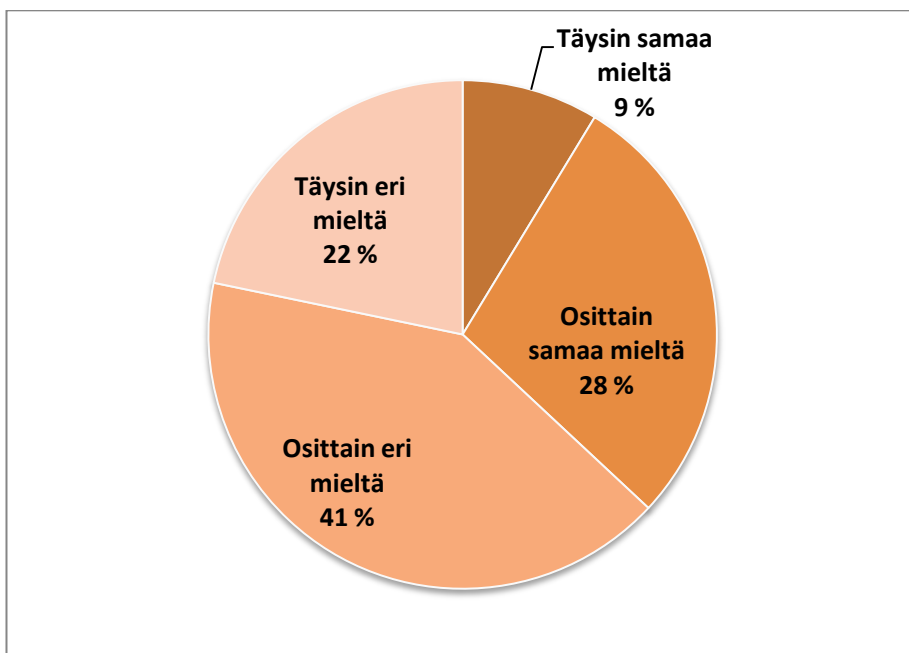
Hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen siirtymisestä täysin samaa mieltä oli 18 % (8 kpl) ja osittain samaa mieltä 49 % (22 kpl) vastanneista. Osittain eri mieltä taas oli 24 % (11 kpl) ja täysin eri mieltä 9 % (4 kpl) vastaajista (Kuvio 14). Kaksi vastaajaa ei ollut vastannut tähän väittämään.



Kuvio 14. Rakenteiseen kirjaamiseen siirtyminen

### Rakenteisen kirjaamisen osaaminen

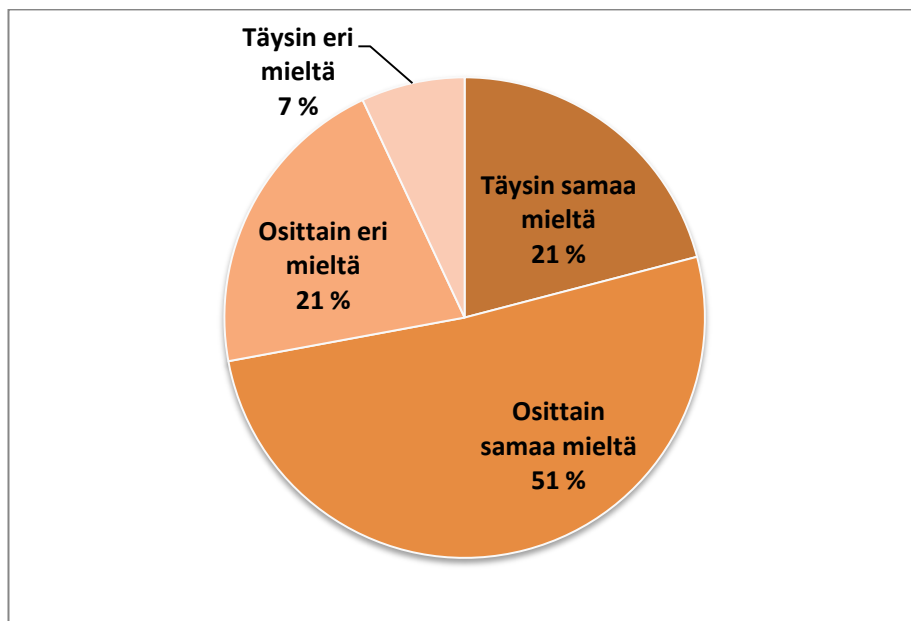
Väitettäessä vastaajan hallitsevan rakenteisen kirjaamisen, täysin samaa mieltä väitteen kanssa oli 9 % (4 kpl) ja osittain samaa mieltä 28 % (13 kpl) vastaajista. Suurin osa vastanneista, 41 % (19 kpl), oli osittain eri mieltä väitteen kanssa ja 22 % (10 kpl) täysin eri mieltä (Kuvio 15). Yksi vastaaja ei ollut vastannut tähän väittämään.



Kuvio 15. Rakenteisen kirjaamisen osaaminen

### Rakenteinen kirjaaminen ja tiedonsiirron helpottuminen

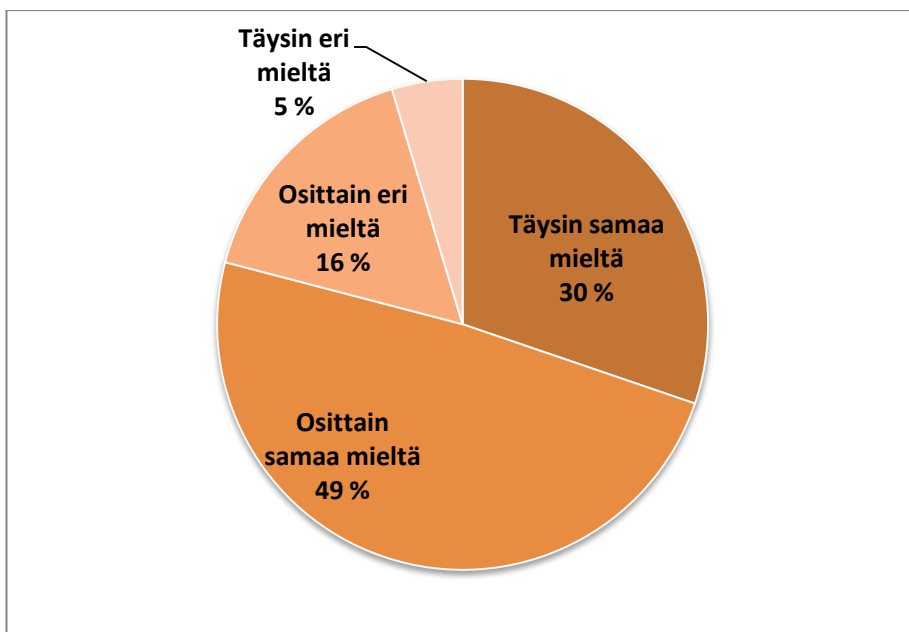
Täysin samaa mieltä sen kanssa, että rakenteinen kirjaaminen helpottaisi oleellisesti tiedonsiirtoa, oli 21 % (9 kpl) ja osittain samaa mieltä 51 % (22 kpl) vastaajista. Osittain eri mieltä oli myös 21 % (9kpl) ja täysin eri mieltä 7 % (3 kpl) vastanneista (Kuvio 16). Neljä vastaajaa ei ollut vastannut tähän väittämään.



Kuvio 16. Rakenteinen kirjaaminen helpottaa tiedonsiirtoa

### Rakenteinen kirjaaminen ja näyttöön perustuva hoitotyö

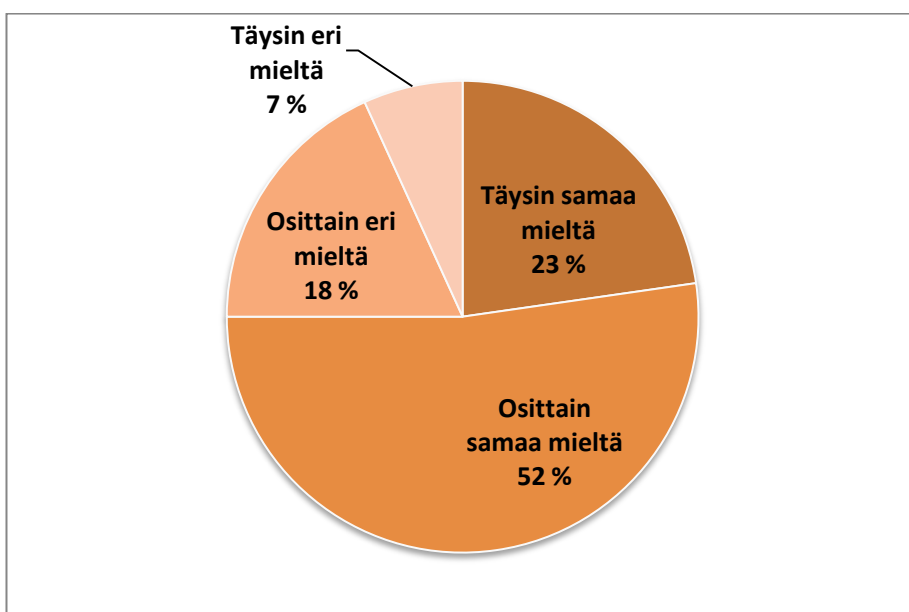
Väitettäessä rakenteisen kirjaamisen olevan osa näyttöön perustuvaa hoitotyötä, suurin osa vastaajista oli samoilla linjoilla. Täysin samaa mieltä oli 30 % (13 kpl) ja osittain samaa mieltä 49 % (21 kpl) vastaajista. Osittain eri mieltä oli 16 % (7 kpl) ja täysin eri mieltä vain 5 % (2 kpl) vastanneista (Kuvio 17). Tähänkin väittämään neljä oli jättänyt vastaamatta.



Kuvio 17. Rakenteinen kirjaaminen on osa näyttöön perustuvaa hoitotyötä

### Rakenteinen kirjaaminen ja hoitotyön laatu

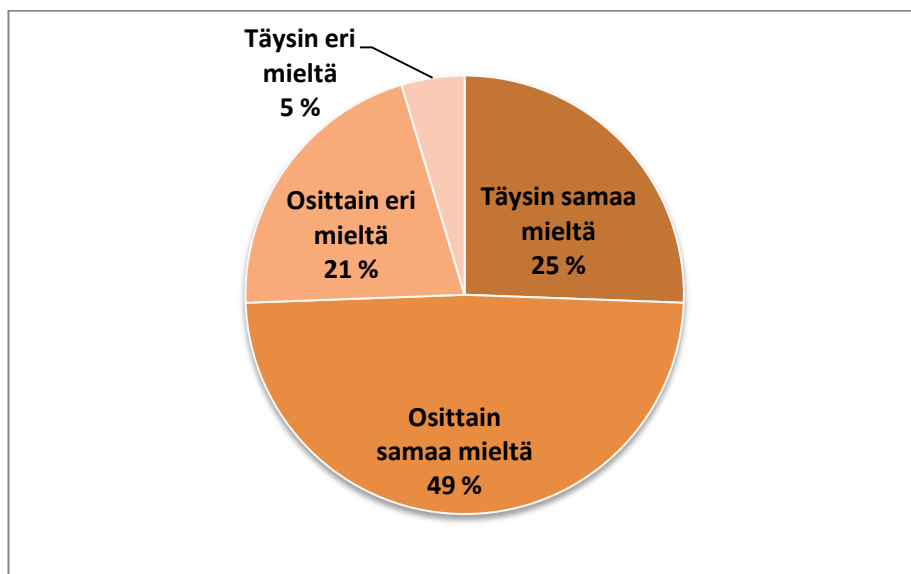
Jos suurin osa oli eri mieltä hiljaisen raportoinnin hoitotyön laatua kehittävstä vaikutuksesta, niin rakenteisen kirjaamisen suhteen asia oli päinvastoin. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli 23 % (10 kpl) ja osittain samaa mieltä 52 % (23 kpl) vastaajista. Osittain eri mieltä oli 18 % (8 kpl) ja täysin eri mieltä 7 % (3 kpl) vastanneista (Kuvio 18). Kolme vastaajaa oli jättänyt vastaamatta tähän väittämään.



Kuvio 18. Rakenteinen kirjaaminen kehittää hoitotyön laatua

## Rakenteinen kirjaaminen ja moniammatillinen yhteistyö

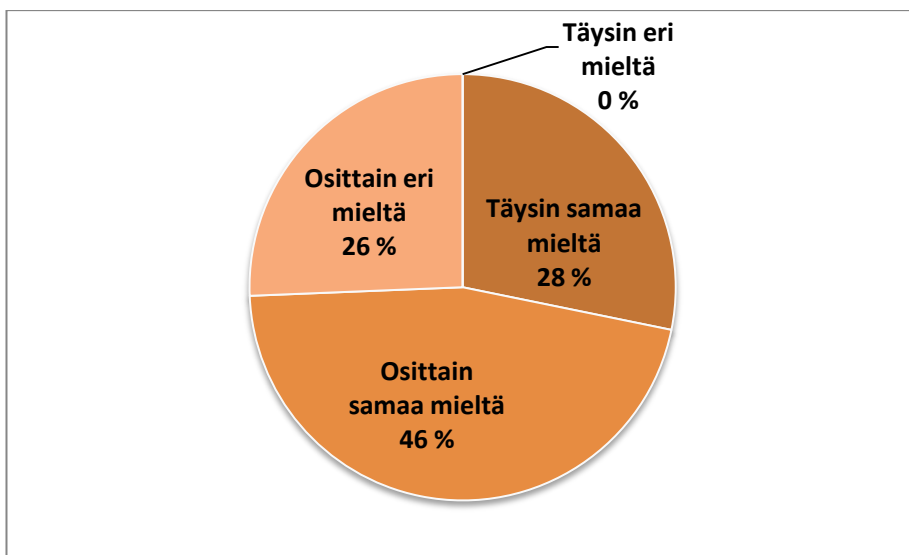
Myös moniammatillisen yhteistyön katsottiin hyötyvän rakenteisesta kirjaamisesta. Täysin samaa mieltä väitteen kanssa oli 25 % (11 kpl) ja osittain samaa mieltä 49 % (21 kpl) vastaajista. Osittain eri mieltä oli 21 % (9 kpl) ja täysin eri mieltä 5 % (2 kpl) vastanneista (Kuvio 19). Neljä vastaajaa oli jättänyt vastaamatta tähän väittämään.



Kuvio 19. Rakenteinen kirjaaminen kehittää moniammatillista yhteistyötä

## Rakenteinen kirjaaminen ja hoitoprosessi

Kirjaamisen viimeisessä väitteessä todettiin rakenteisen kirjaamisen tukevan hoidon suunnittelua, toteuttamista ja arviointia. Tähän väittämään oli jättänyt vastaamatta 8 vastaajaa. Osa näistä selittynee sillä, että joissakin kyselylomakkeissa tämä väittämä oli tulostusvaiheessa siirtynyt erikseen seuraavalle sivulle, josta osa vastaajista ei välttämättä ole sitä huomannut. Väitteen kanssa kuitenkin täysin samaa mieltä oli 28 % (11 kpl) ja osittain samaa mieltä 46 % (18 kpl) siihen vastanneista. Osittain eri mieltä oli 26 % (10 kpl) vastaajaa. Kukaan ei ollut täysin eri mieltä (Kuvio 20).

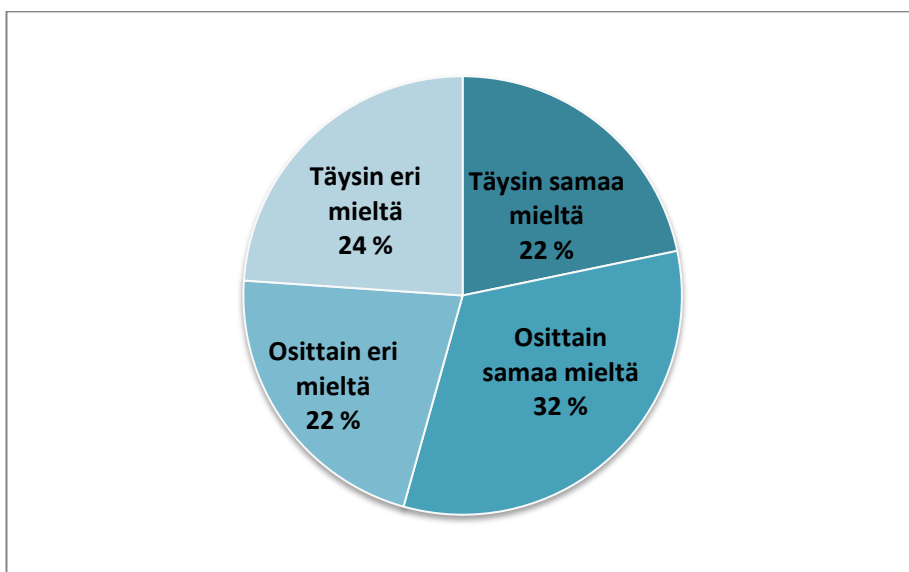


Kuvio 20. Rakenteinen kirjaaminen tukee hoitoprosessia

#### 6.4 Kehittäminen

##### **Koulutustarve hiljaisen raportoinnin suhteen**

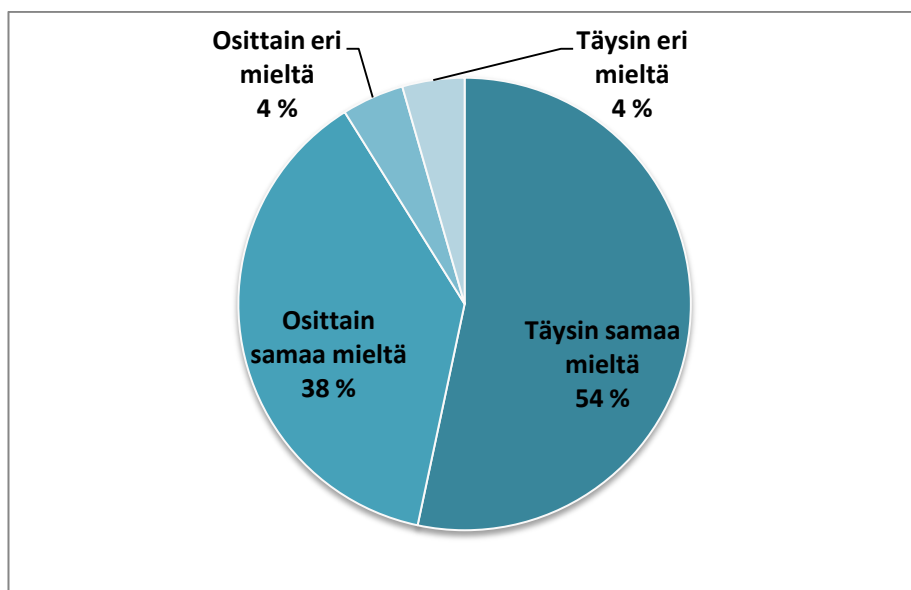
Väitettäessä koulutuksen olevan tarpeen hiljaisen raportoinnin suhteen, 22 % (10 kpl) oli täysin samaa mieltä ja 32 % (15 kpl) osittain samaa mieltä väitteen kanssa. Osittain eri mieltä oli myös 22 % (10 kpl) vastaajista ja täysin eri mieltä 24 % (11 kpl) (Kuvio 21). Yksi vastaaja ei ollut vastannut tähän väittämään.



Kuvio 21. Hiljainen raportointi ja koulutuksen tarve

### Raportoinnin kehittämistarve työyksikössä

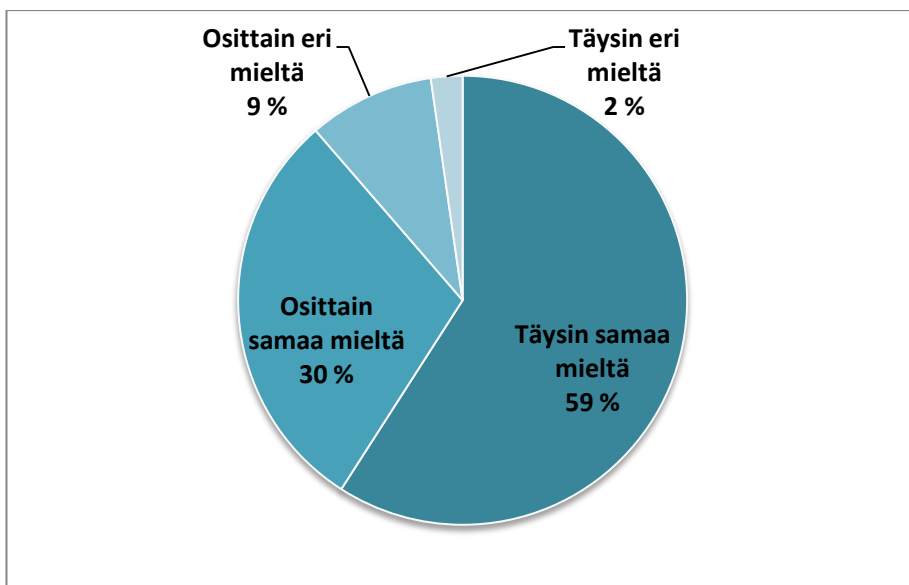
Selvästi suurin osa vastaajista oli yhtä mieltä siitä, että raportointia tulisi kehittää heidän työyksiköissään. Täysin samaa mieltä oli 54 % (24 kpl) ja osittainkin samaa mieltä 38 % (17 kpl) vastaajista. Osittain ja täysin eri mieltä oli kumpaakin vain 4 % (2kpl) vastanneista (Kuvio 22). Kaksi vastaajaa oli jättänyt vastaamatta tähän väittämään. Luvussa 6.6 analysoidaan tätä väittämää koskeneita vapaamuotoisia perusteluja.



Kuvio 22. Raportoinnin kehittämistarve työyksikössä

### Koulutustarve rakenteisen kirjaamisen alueelta

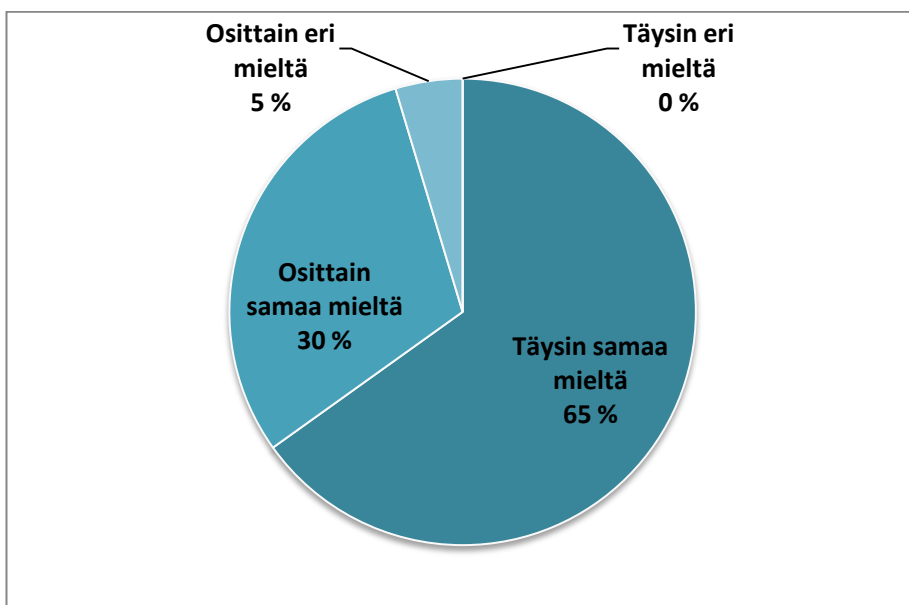
Väitettäessä koulutuksen olevan tarpeellista rakenteisen kirjaamisen alueelta, 59 % (26 kpl) vastanneista oli täysin samaa mieltä ja 30 % (13 kpl) osittain samaa mieltä väitteen kanssa. Osittain eri mieltä oli 9 % (4 kpl) ja täysin eri mieltä vain 2 % (1 kpl) vastanneista (Kuvio 23). Kolme vastaajaa ei ollut vastannut tähän väitteeseen.



Kuvio 23. Rakenteinen kirjaaminen ja koulutuksen tarve

### Kirjaamisen kehittämistarve yksikössä

Selvästi suurin osa oli yhtä mieltä myös kirjaamisen kehittämistarpeen kanssa. Väittämän kanssa täysin samaa mieltä oli 65 % (28 kpl) ja osittain samaa mieltä 30 % (13 kpl) vastanneista. Osittain eri mieltä oli vain 5 % (2 kpl) vastanneista. Täysin eri mieltä ei ollut kukaan (Kuvio 24). Neljä vastaajaa ei ollut vastannut tähän väittämään. Luvussa 6.7 analysoidaan tätä väittämää koskeneita vapaamuotoisia perusteita.



Kuvio 24. Kirjaamisen kehittämistarve työyksikössä



## 6.5 Ristiintaulukointi

Tutkimuksen väittämiin saatuja vastauksia ja vastaajien taustatietoja ristiintaulukointiin ja näin tarkasteltiin niiden tilastollista merkitsevyyttä. Seuraavassa on esiteltyä ainoastaan ne taustamuuttujat ja väittämät, joiden välille muodostui Tixel-ohjelman mukaan tilastollisesti merkitsevä tai erittäin merkitsevä yhteys. Tällaisia yhteyksiä muodostui ainoastaan ammattinimikkeeseen sekä vastaajan pääasialliseen työyksiköön liittyen. Muilla taustamuuttujilla ei ollut tilastollisesti merkittävää yhteyttä väittämiin annettuihin vastauksiin.

### Ammattinimike

Vastaajien ammattinimikkeellä ja hiljaiseen raportointiin siirtymishalukkuudella oli tilastollinen merkitsevyys (erittäin merkitsevä,  $p = 0,0007$ ). Perus-/lähihoitajat ja sairaanhoitajat olivat pääasiassa hiljaiseen raportointiin siirtymistä vastaan, kun taas muiden ammattiryhmien edustajat (osastonhoitajat ja lääkärit) olivat enimmäkseen hiljaisen raportoinnin kannalla (Taulukko 5).

Taulukko 5. Ammattinimike ja hiljaiseen raportointiin siirtyminen

%	Perushoitaja/lähihoitaja	Sairaanhoitaja	Jokin muu	Yht.
Täysin samaa mieltä	0	0	40	4
Osittain samaa mieltä	9	11	40	13
Osittain eri mieltä	26	26	20	26
Täysin eri mieltä	65	63	0	57
Yht.	100	100	100	100
N	23	19	5	47

P-arvo = 0,0007 Tilastollisesti erittäin merkitsevä

Samoin ammattinimikkeellä oli yhteys näkemykseen tiedonsiirrosta hiljaisen raportoinnin myötä (tilastollisesti merkitsevä,  $p = 0,0083$ ). Ristiintaulukoinnin perusteella perus-/lähihoitajat olivat sitä mieltä, että hiljainen raportointi ei edistä tiedonsiirtoa (Taulukko 6).

Taulukko 6. Ammattinimike ja hiljaisen raportoinnin vaikutus tiedonsiirtoon

%	Jokin			Yht.
	Perushoitaja/lähihoitaja	Sairaanhoitaja	muu	
Täysin samaa mieltä	0	5	0	2
Osittain samaa mieltä	17	26	100	28
Osittain eri mieltä	22	42	0	28
Täysin eri mieltä	61	26	0	41
Yht.	100	100	100	100
N	23	19	4	46

P-arvo = 0,0083 Tilastollisesti merkitsevä

Myös ammattinimikkeen yhteyttä hiljaisen raportoinnin merkityksestä hoitotyön laatuun oli nähtävissä ristiintaulukoinnissa. Tilastollinen merkitsevyys näiden välillä oli erittäin merkitsevä ( $p = 0,00$ ) (Taulukko 7).

Taulukko 7. Ammattinimike ja hiljaisen raportoinnin hoitotyön laatua kehittävä vaikutus

%	Jokin			Yht.
	Perushoitaja/lähihoitaja	Sairaanhoitaja	muu	
Täysin samaa mieltä	0	0	50	4
Osittain samaa mieltä	17	26	25	22
Osittain eri mieltä	13	58	25	33
Täysin eri mieltä	70	16	0	41
Yht.	100	100	100	100
N	23	19	4	46

P-arvo = 0 Tilastollisesti erittäin merkitsevä

Myös ammattinimikkeellä ja hiljaisen raportoinnin moniammatillisuutta kehittäväällä vaikutuksella oli havaittavissa yhteys (tilastollisesti erittäin merkitsevä,  $p = 0,00$ ). Ristiintaulukoinnin perusteella perus-/lähihoitajien sekä sairaanhoitajien mielestä hiljainen raportointi ei kehitä moniammatillisuutta (Taulukko 8).

Taulukko 8. Ammattinimike ja hiljaisen raportoinnin moniammatillista yhteistyötä kehittävä vaikutus

%	<i>Perushoitaja/lähihoitaja</i>	<i>Sairaanhoitaja</i>	<i>Jokin muu</i>	<i>Yht.</i>
Täysin samaa mieltä	0	0	50	4
Osittain samaa mieltä	13	6	50	13
Osittain eri mieltä	22	61	0	36
Täysin eri mieltä	65	33	0	47
Yht.	100	100	100	100
N	23	18	4	45

P-arvo = 0 Tilastollisesti erittäin merkitsevä

Edelleen ammattinimikkeen ja hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen siirtymisen välillä oli havaittavissa yhteys (tilastollisesti merkitsevä,  $p = 0,0076$ ). Sairaanhoitajat ja muiden ammattiryhmien edustajat olivat selvästi rakenteiseen kirjaamiseen siirtymisen kannalla (Taulukko 9).

Taulukko 9. Ammattinimike ja hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen siirtyminen

%	<i>Perushoitaja/lähihoitaja</i>	<i>Sairaanhoitaja</i>	<i>Jokin muu</i>	<i>Yht.</i>
Täysin samaa mieltä	5	16	80	18
Osittain samaa mieltä	48	58	20	49
Osittain eri mieltä	33	21	0	24
Täysin eri mieltä	14	5	0	9
Yht.	100	100	100	100
N	21	19	5	45

P-arvo = 0,0076 Tilastollisesti merkitsevä

### Vastaajan työyksikkö

Vastaajien työyksikön välillä ja hiljaisen raportoinnin vaikutuksella tiedonsiirtoon oli havaittavissa tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $p = 0,0012$ ). Erityisesti osastoilla Ruska 3 ja Ruska 4 työskentelevät olivat sitä mieltä, että hiljainen raportointi ei helpota tiedonsiirtoa (Taulukko 10).

Taulukko 10. Työyksikkö sekä hiljaisen raportoinnin vaikutus tiedonsiirtoon

%	<i>Loimu</i>	<i>Ruska 3</i>	<i>Ruska 4</i>	<i>Päiväosasto</i>	<i>Yht.</i>
Täysin samaa mieltä	0	0	0	50	2
Osittain samaa mieltä	43	17	18	50	27
Osittain eri mieltä	29	25	35	0	29
Täysin eri mieltä	29	58	47	0	42
Yht.	100	100	100	100	100
N	14	12	17	2	45

P-arvo = 0,0012 Tilastollisesti merkitsevä

Samoin työyksikön ja raportoinnin kehittämishalukkuuden välillä oli havaittavissa tilastollisesti merkitsevä yhteys ( $p = 0,008$ ). Kaikilla osastoilla työntekijät olivat sitä mieltä, että raportoinnissa on kehittämisen tarvetta, mutta erityisesti tämä korostui osastolla Ruska 4 (Taulukko 11).

Taulukko 11. Työyksikkö sekä raportoinnin kehittämistarve

%	<i>Loimu</i>	<i>Ruska 3</i>	<i>Ruska 4</i>	<i>Päiväosasto</i>	<i>Yht.</i>
Täysin samaa mieltä	36	42	81	0	52
Osittain samaa mieltä	50	50	19	50	39
Osittain eri mieltä	14	0	0	0	5
Täysin eri mieltä	0	8	0	50	5
Yht.	100	100	100	100	100
N	14	12	16	2	44

P-arvo = 0,008 Tilastollisesti merkitsevä

## 6.6 Perustelut raportoinnin kehittämistarpeelle

Kyselylomakkeen ensimmäisessä vapaamuotoisessa vastauskohdassa pyydettiin vastaajia perustelemaan kantansa väitteeseen siitä, että raportointia tulisi kehittää työyksikössä. Vastaukset analysoitiin aiemmin selitetyn sisällönanalyysin menetelmien mukaan ja ne kategorioitiin kolmen pääotsikon alle.

## Raportin sisältö

Vastauksissa 20:ssä otettiin kantaa raportin sisältöön. Niistä 15:ssä tuotiin esille tarve raportoida vain oleellinen, hoitotyön kannalta merkityksellinen sisältö ja kymmenen vastaajan mielestä raportointiin menee nykyisellään liikaa aikaa. Kaksi vastaajaa huomautti myös, että toisinaan tärkeitäkin asioita jää kertomatta. Yksi vastaaja ehdotti käytäntöä, jossa kaikki aamuvuoroon tulijat eivät saisi raporttia, mikäli he olisivat olleet töissä juuri edellisenä iltana, eikä yön aikana olisi tapahtunut mitään merkittävää. Raportin sijaan he voisivat siirtyä suoraan käytännön hoitotyöhön.

*”Raportointi venyy toisinaan turhan pitkäksi ja puhutaan epäoleellisia asioita. Turhan paljon väkeä raportilla, esim. edellisenä iltana olleet hoitajat voisivat lähteä heti aamusta kentälle.”*

*” ...Vanhalla systeemillä raporttitilanteet rönsyilevät ja tärkeää tietoa menee ohi.”*

## Olosuhteet raportilla

Kahdeksassa vastauksessa pohdittiin raporttitilanteissa vallitsevia olosuhteita. Niissä kaikissa raporttitilanteiden koettiin olevan liian äänekkäitä. Esimerkiksi suulliselle raportille osallistuvat hoitajat puhuvat liian paljon päällekkäin tai hiljaista raporttia lukiessa ympäristö on muuten liian meluisa, eikä mahdollista kunnollista keskittymistä lukemiseen.

*”Raportilla hoitajat puhuvat päällekkäin, kovaäänisimmät saa äänensä aina kuuluville, hiljaisemmat eivät saa puheenvuoroa...”*

*”Osastollamme ei mitään sellaista tilaa, jossa voisi rauhassa lukea.”*

*”Hiljaiseen raportointiin on mahdoton keskittyä, kanslia kovin levoton, jossa puhelimet soi, työkaverit keskeyttää ja papereista on hankalaa kaivaa olennainen...”*

## Hiljainen raportointi

Vastauksista 13 käsitteli hiljaista raportointia. Yksi vastaaja ei katsonut sen olevan hyvä raportointimuoto etenkin yhdistettynä vielä käytössä olevaan käsin tapahtuvaan kirjaamiseen. Viidessä vastauksessa ongelmaksi koettiin oleellisen tiedon löytäminen kaikkien kirjauksien joukosta ja neljässä raporttiin käytetyn ajan piteneminen entisestään. Myös aiemmin mainitut olosuhteisiin liittyvät seikat toistuivat kahdessa vastauksessa, sillä meluisa ympäristö hankaloittaa hiljaiseen raporttiin keskittymistä. Kaksi vastaajaa peräänkuulutti myös hoitajien välistä vuorovaikutusta, joka toisen mukaan ei hiljaisella raportilla toteudu niin hyvin. Niin ikään yhden vastaajan mielestä jokainen tarvitsee koulutusta ja uudelleen asennoitumista mikäli hiljaista raportointia ollaan ottamassa laajemmin käyttöön.

*”Suullinen raportointi tärkeää. Sitä pitäis kehittää, nyt kun ”hiljainen raportti” meneillään.”*

*”Hiljainen raportointi ei toimi esim. kun tulet vapailta iltaan. Rauhaton tilanne, paperit ei aina saatavilla, aikaa menee hiljaiseen raportointiinkin...”*

*”Raportoinnista tulisi rakenteisuudella kehittää oleellisia (hoitotyön kannalta) asioita välittävä. Hiljainen raportointi ei mielestäni toimi. Vuorovaikutusta tarvitaan. Hiljainen raportti + keskustelu venyy todennäköisesti pidemmäksi.”*

### 6.7 Perustelut kirjaamisen kehittämistarpeelle

Toisessa vapaamuotoisessa vastauskohdassa pyydettiin vastaajia perustelemaan kantansa kirjaamisen kehittämistarvetta koskeneeseen väittämään. Jälleen vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin menetelmin ja ne saatiin kategorioitua kolmen pääotsikon alle.

## Koulutus

Vastauksista 12 käsitteli koulutusta ja sen tarvetta rakenteiseen tai sähköiseen kirjaamiseen liittyen. Yhdeksän vastaajaa näistä koki itse tarvitsevansa koulutusta sähköisessä kirjaamisessa. Yksi vastaaja kertoi käyttävänsä tietokoneita muutenkin sen verran vähän, että sähköinen kirjaaminen voisi olla jo sen takia aikaa vievää ja vaikeaa. Yksi vastaajista oli jo saanut koulutusta rakenteiseen kirjaamiseen. Yksi vastaajista huomautti, että koulutusta ei tule järjestää liian aikaisin, etteivät opetetut asiat mene hukkaan kun niitä ei voi harjoitella heti käytännössä. Kuitenkin koulutukseen olisi myös varattava riittävästi aikaa ja resursseja.

*”Koska sähköinen kirjaaminen on nykypäivää, niin perusteellista koulutusta tarvitaan. Ja asennekasvatusta myönteiseen ja vastaanottavaiseen suuntaan.”*

*”Rakenteinen kirjaaminen ei ole kuin termin muodossa tuttu.”*

## Sisältö

Kymmenen vastausta käsitteli kirjausten sisältöä. Yksi vastaaja epäili osaako hän kirjata kaiken oleellisen tiedon. Lopuissa yhdeksässä taas mainittiin kaikissa, että oleellisten ja tärkeiden asioiden kirjaamiseen todella tulisi kiinnittää huomiota. Nykyisellään koettiin, että asioita kirjataan liikaa, mutta kahdessa vastauksessa myös huomautettiin, että kirjauksia jää joskus kokonaan jopa tekemättä. Yksi vastaaja huomautti tärkeiden asioiden löytämisen suuresta määrästä käsinkirjoitettua tekstiä olevan hankalaa.

*”Oleellisten asioiden esille tuonti tuottaa monelle vaikeuksia.”*

*”Kirjauksien sisältö: osittain kirjataan liikaa, eli sellaisia asioita joita ei tarvitsisi kirjata -> oleellisen erottaminen.”*

## Kirjaamisen kehittäminen ja resurssit

Varsinaisen kirjaamisen kehittämisen ja resurssien otsikon alle tuli 15 vastausta. Kahdessa niistä peräänkuulutettiin riittävää määrää tietokoneita sähköisen kirjaamisen tullessa käyttöön. Nykyisellään tietokoneita katsottiin olevan aivan liian vähän siihen nähden, että kaikki käyttäisivät niitä kirjatessaan tietoja. Yksi vastaaja huomautti, että tietokoneelle pääsyn odottelu on pois potilastyöstä ja tärkeät asiat saattaisivat sillä välin jo unohtuakin. Neljässä vastauksessa sähköistä kirjaamista kuitenkin jo odoteltiin ja toivottiin rakenteisen kirjaamisen suuntaan siirtymistä. Näiden katsottiin esimerkiksi lisäävän moniammatillisen yhteistyön toteutumista ja yksi huomautti sen myös turvaavan hoidon jatkuvuutta eri yksiköiden kanssa esimerkiksi potilassiirtotilanteissa. Yksi vastaaja ajatteli rakenteisen kirjaamisen myös auttavan pitämään suulliset raportit sopivan mittaisina. Vastanneista yksi haluaisi säilyttää paperiversi-  
on.

*”Koneelle pitäisi päästä, eikä odottaa vuoroaan, tärkeät asiat saattavat unohtua.”*

*”Sähköinen kirjaaminen on selkeämpää ja siitä saa paremman kokonaisku-  
van potilaan/asiakkaan tilanteesta. Siitä voi nopeasti poimia tarvittavat tie-  
dot.”*

*”Rakenteinen kirjaaminen auttaa pitämään suulliset raportit oleellisissa asi-  
oissa.”*

### 6.8 Muita kehittämissuhteita

Kyselylomakkeen viimeisessä kohdassa sai esittää vapaamuotoisesti muita mieleen tulleita kehittämissuhteita kirjaamista ja raportointia koskien. Tähän kohtaan oli vastannut 12 henkilöä. Nämäkin vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin menetel- millä ja ne kategorioitiin kahden pääotsikon alle. Vastauksissa oli osittain havaitta-  
vissa toistoa jo aiemmissa kohdissa esille tulleista asioista.



## **Kehittäminen**

Seitsemässä vastauksessa sisältö saatiin pelkistettyä koskemaan kehittämistä. Selvä-  
nä asiana pidettiin sähköiseen kirjaamiseen siirtymistä, ja vastauksista yhdessä kävi-  
kin ilmi jo aiemmin esille tullut tarve riittäville resursseille, eli esimerkiksi riittävälle  
määrälle tietokoneita. Yksi vastaaja piti tavoiteltavana asiana sitä, että sähköisestä  
järjestelmästä saisi nopeasti hyvän yleiskuvan asukkaan/asiakkaan tilanteesta. Kah-  
dessa vastauksessa tulevan sähköisen järjestelmän toivottiin myös olevan sellainen,  
jonka avulla voi hoitaa kerralla kaikki tarvittavat asiat, jotta ei tarvitsisi käyttää mo-  
nia eri ohjelmia. Esimerkiksi jo käytössä olevien Raisoftin ja Kunto-Elbitin integ-  
roimista toivottiin, jotta ei tarvitsisi tehdä kaksoiskirjauksia. Yksi vastaaja oli huolis-  
saan siitä, että tietokoneiden käyttöön tottumattomilta ihmisiltä sähköinen kirjaami-  
nen veisi liikaa aikaa ja se taas olisi pois asukkaan/asiakkaan hoitotyöstä. Niin ikään  
yksi vastaaja huomautti, että olisi hyvä jos koko taloon tulisi yhtenäinen käytäntö  
kirjaamisesta ja suullisesta raportoinnista vuorojen alussa.

*”Kokemuksesta tiedän (2 paikkakuntaa) että sähköisen kirjaamisen + rapor-  
toinnin edellytyksenä on riittävä määrä koneita. Resurssit pitää olla kunnos-  
sa.”*

*”Sähköinen kirjaaminen käyttöön, lääkäreille ja hoitajille oma kirjaussivu,  
niin löytyy määräykset nopeasti.”*

## **Kirjaaminen ja sen sisältö**

Vastauksista viisi käsitteli kirjaamista ja sen sisältöä. Kolme vastaajaa peräänkuulutti  
edelleen oleelliset ja tärkeät asiat sisältäviä kirjauksia ja kahdessa vastauksessa kävi  
ilmi myös tarve kiinnittää enemmän huomiota tiedonkulun varmistamiseen hoitajien  
välillä. Yksi vastaaja toivoi myös lääkäreiden kiinnittävän huomiota kirjausten sisäl-  
töön.

*”Tiedon kulkeminen ja sen varmistaminen kaikille hoitajille. Tarkka kirjaus/kuvaus esim. koskien haavahoitoja.”*

*”Ytimekkäät avainkohdat, myös lääkäriltä.”*

## 7 LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksien luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, vaikka kukaan ei varmastikaan tieteen tahtoen pyri epäpäteviin tutkimustuloksiin. Tästä syystä tutkimustuloksien luotettavuutta on kuitenkin aina syytä arvioida ja se voidaan suorittaa esimerkiksi tarkastelemalla tutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia. (Hirsijärvi ym. 2009, 231.)

Reliaabeliudella tarkoitetaan tulosten toistettavuutta, eli käytännössä sitä, etteivät tutkimustulokset ole sattumanvaraisia. Tämä voidaan todeta esimerkiksi kahden eri tutkijan päätyemisellä samaan tulokseen tai vaikkapa tutkimalla samaa henkilöä useampana eri kertana ja päätyemällä samoihin tuloksiin kuin edellisillä kerroilla. (Hirsijärvi ym. 2009, 231.)

Validiteetilla eli pätevyydellä tutkitaan sitä, miten hyvin valitut mittarit/tutkimusmenetelmät mittaavat juuri sitä, mitä niiden on tarkoituskin mitata. Esimerkiksi kyselytutkimuksessa vastaajan tulisi ymmärtää tutkimuskysymykset oikein. Mikäli vastaaja kuitenkin ymmärtää kysymykset väärin ja tutkija analysoi vastaukset omien käsitystensä mukaisesti, tutkimuksen tulokset eivät ole päteviä. (Hirsijärvi ym. 2009, 231–232.)

Laadullisen tutkimuksen arvioinnissa reliabiliteetti ja validiteetti käsitteenä voivat olla hieman epäselviä, ja siksi näiden tutkimusten laatua ja pätevyyttä pyritään arvioimaan hieman eri tavalla. Arviointiin ja laadunvarmistukseen pyritään kertomalla avoimesti ja tarkasti tutkimuksen kulusta: esimerkiksi mitä tutkimuksessa on tehty, millaiset olosuhteet esimerkiksi haastattelujen aikana on vallinnut ja millaisella aika-

taululla haastattelut tai tutkimus on suoritettu. Tulosten raportoinnissa esimerkiksi suorien lainausten käyttäminen tutkimusaineistosta helpottaa tuotoksen arviointia. (Hirsijärvi ym. 2009, 232–233.)

Tämän tutkimuksen validiteettia parannettiin testaamalla mittaria, eli kyselylomaketta, etukäteen. Testaamista suoritettiin opinnäytetöiden suunnitteluseminaarissa sekä yhteistyötahon toimesta, josta saatiinkin hyviä kehittämissuhteita. Testien jälkeen lomaketta muutettiin sekä visuaalisesti miellyttävämmäksi että sisällöllisesti vastaamaan paremmin tutkimusasetelmaa. Väittämiä kirjaamisen ja raportoinnin alueelta hiottiin toimivan paremmin toistensa kanssa yhteen ja vastausvaihtoehdot mietittiin tarkasti.

Voidaan myös olettaa, että mikäli tämä kyselytutkimus toistettaisiin tällä mittarilla uudelleen tänä ajankohtana, tulokset olisivat samat tälle kohdejoukolle. Mikäli kysely taas toistettaisiin esimerkiksi vuosien kuluttua, tulokset voisivat olla aivan toisenlaiset. Se taas ei enää kertoisi tämän tutkimuksen toistettavuudesta, vaan tapahtuneesta muutoksesta ja kehityksestä.

## 7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen teossa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, sillä sen noudattaminen on yksi eettisen tutkimuksen perusta. Ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden noudattaminen ovat keskeisessä asemassa tutkimusta tehdessä. Osallistujilla pitää olla mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta ja heidän on tiedettävä esimerkiksi mahdollisista riskeistä tutkimukseen osallistuessaan. (Hirsijärvi ym. 2009, 23–25.) Osallistujien on myös voitava luottaa siihen, että tuloksia käsitellään luottamuksellisesti sekä nimettöminä, ellei nimellä julkaisusta ole nimenomaisesti sovittu erikseen. Heidän on myös saatava tietoa ylipäänsä tutkimuksen tarkoituksesta ja voitava tarvittaessa keskeyttää tutkimukseen osallistumisensa. Osallistujien tulisi myös voida luottaa siihen, että tutkija noudattaa kaikkia häntä sitovia eettisiä periaatteita ja sopimuksia. (Tuomi & Sarajärvi 2001, 128–129.)

Tässä tutkimuksessa eettisyydestä on pidetty huolta monella tavalla. Tutkimuksen suorittamisen perusteina oli sen ajankohtaisuus sekä siitä saatava hyöty paitsi tutkijalle kokemuksen muodossa myös siihen osallistuneille henkilöille ja kohdeorganisaatiolle, mikäli yhteistyötaho hyödyntää sen tuloksia raportoinnin ja kirjaamisen kehittämisessä. Tuloksien esittäminen on anonymiä, joten ketään yksittäistä henkilöä ei voida niistä tunnistaa. Vastatut kyselylomakkeet on säilytetty luottamuksellisesti ja hävitetty, eikä kukaan ulkopuolinen ole päässyt niihin käsiksi. Kyselyyn vastaaminen oli eettisten periaatteiden mukaan vapaaehtoista ja vastaajilla oli tarvittaessa mahdollisuus ottaa tutkimuksen suorittajaan yhteyttä kyselylomakkeessa olleiden yhteystietojen avulla.

## 8 POHDINTA & JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Länsi-Suomen Diakonialaitoksen So-  
tainvalidien Sairaskodin ja Kuntoutuskeskuksen hoitohenkilökunnan mielipiteitä siitä, miten kirjaaminen ja raportointi heidän työyksiköissään toimii ja miten sitä voisi edelleen kehittää nyt, kun sähköisiin järjestelmiin siirtyminen on edessä.

Tutkimuksen tuloksiin voi olla tyytyväinen, sillä niistä käy selvästi ilmi työntekijöiden mielipide ja ne antavat sitä kautta suoraa palautetta ja kehittämis ehdotuksia niiltä ihmisiltä, joita tulevat raportointiin ja kirjaamiseen liittyvät muutokset kaikkein eniten koskettavat. Verrattaessa tätä tutkimusta aiempiin tutkimuksiin, tuloksien samankaltaisuutta oli havaittavissa, joskin tähän tutkimukseen vastanneet suhtautuivat negatiivisemmin hiljaiseen raportointiin.

Kyselytutkimukseen vastanneista suurin osa oli keski-ikäisiä ja noin puolet heistä oli koulutukseltaan perus-/lähihoitajia. Kokemusta hoitotyössä oli kertynyt 40 %:lle yli 20 vuotta. Tässä työyksikössä yli 20 vuotta työkokemusta oli kertynyt neljäsosalle vastaajista. Vastaajilla on siis pitkä työkokemus ja heidän voidaan katsoa olevan alansa ammattilaisia, jotka tietävät miten työt hoidetaan.

Raportoinnin suhteen suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä nykyiseen käytäntöön. Hiljaiseen raportointiin ei ollut halukkuutta siirtyä ja osastolla Ruska 4, jossa hiljainen raportointi on käytössä päiväraportin yhteydessä, sitä ei koettu hyväksi raportointimuodoksi. Hiljaisen raportoinnin ei katsottu helpottavan tiedonsiirtoa eikä kehittävän hoitotyön laatua. Sitä ei myöskään nähty moniammatillisuutta, eikä hoitoprosessin toteutusta, eli hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia edistävänä. Ongelmiksi nykyisessä suullisessa raportoinnissa koettiin aiheesta ulos rönsyilevät keskustelut ja pitkäksi venyvät raporttihakkeet.

Nykyinen kirjaamismalli nähtiin toimivana, mutta siirtymistä rakenteiseen kirjaamiseen kannatettiin. Tuloksista oli myös pääteltävissä, että mitä korkeamman koulutuksen vastaaja omasi, sitä myönteisemmin hän suhtautui rakenteiseen kirjaamiseen. Rakenteisen kirjaamisen katsottiin helpottavan tiedonsiirtoa ja olevan osa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Sen odotettiin myös kehittävän hoitotyön laatua ja moniammatillisuutta sekä tukevan hoitoprosessin toteutumista. Huomionarvoista on kuitenkin se, että suurin osa ei kokenut hallitsevansa rakenteista kirjaamista. Näin ollen koulutustarve sen suhteen on suuri. Myös sähköisten järjestelmien laajemman käyttöönoton katsottiin olevan edessä ja niiden käyttöön kaivataankin kunnollista koulutusta, sekä riittäviä resursseja, sitten kun se on ajankohtaista.

Raportoinnin ja kirjaamisen kehittäminen kulkee käsi kädessä, ja esimerkiksi kirjaamisen kehittämisellä rakenteiseen suuntaan, voitaisiin suullisten raporttien kestoa onnistua lyhentämään, sekä saataisiin ne sisältämään enemmän oleellisia asioita tiivimmässä muodossa.

Kyselytutkimukseen vastanneiden voi katsoa edustavan kehittyvää hoitohenkilöstöä, joka ottaa mielellään kantaa hoitotyön kehittämiseen, ja joilla on kyky kyseenalaistaa heille esitettyjä asioita.

Jatkossa voisi olla mielenkiintoista tutkia sitä, miten sähköisten järjestelmien käyttöönotto on onnistunut, millä tavalla se on vaikuttanut kirjaamisen laatuun ja raportteihin ja mitä mieltä henkilökunta on ollut muutoksista. Ja koska tämän tutkimuksen tulokset osoittivat koulutuksen olevan tarpeen tulevien muutosten edetessä, voisi yksi mielenkiintoinen projekti olla myös esimerkiksi koulutusmateriaalin laati-

minen henkilökunnalle rakenteiseen kirjaamiseen tai vaikkapa sähköisten järjestelmien käyttämiseen liittyen.

Tämä opinnäytetyötutkimus kesti yhteensä reilun vuoden. Joiltain osin aikataulutusta saatiin hieman kiristettyäkin, mikä oli hyvä asia tutkimuksen loppuun saattamisen kannalta. Työn tekijänä koen saaneeni paljon kokemusta tutkimuksen suorittamisesta sekä itse tutkimuksen aihealueesta, raportoinnista ja kirjaamisesta, joka on oleellinen asia käytännön hoitotyössä. Kokonaisuudessaan tutkimuksen suorittaminen opinnäytetyönä on ollut opettavainen prosessi.

## LÄHTEET

Ahonen O., Blek-Vehkaluoto M., Ekola S., Partamies S., Sulosaari V. & Uski-Tallqvist T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Caruso, E. M. 2007. The Evolution of Nurse-to-Nurse Bedside Report on a Medical-Surgical Cardiology Unit. *MEDSURG Nursing* 1, 17-22. Viitattu 6.11.2013. [http://www.mc.vanderbilt.edu/root/pdfs/nursing/evolution\\_of\\_nurse-to-nurse\\_bedside\\_report\\_on\\_a\\_med\\_sx\\_card\\_unit.pdf](http://www.mc.vanderbilt.edu/root/pdfs/nursing/evolution_of_nurse-to-nurse_bedside_report_on_a_med_sx_card_unit.pdf)

Craig, J. V. & Smyth, R. L. 2007. Preface. Teoksessa J. V. Craig & R. L. Smyth. *The Evidence-Based Practice Manual For Nurses*. Lontoo: Churchill Livingstone, xvii.

Craig, J. V. & Pearson, M. 2007. Evidence-based practice in nursing. Teoksessa J. V. Craig & R. L. Smyth. *The Evidence-Based Practice Manual For Nurses*. Lontoo: Churchill Livingstone, 4.

Elomaa, L. & Mikkola, M. 2010. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. 5. uud. p. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12. Viitattu 12.1.2013. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161611.pdf>

Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön kirjaamista sääntelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa L. Hallila. *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Tammi, 17.

Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoidajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja –talouden laitos. Viitattu 6.11.2013. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20090023>

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.

Hurri, S. 2006. Tieto kulkee hiljaakin. *Sairaanhoidaja-lehti* 8/2006. Viitattu 13.11.2013. <http://www.sairaanhoidajaliitto.fi>

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Itä-Suomen yliopiston www-sivut. 2013. Viitattu 20.11.2013. <http://www.uef.fi>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kontio, M. 2010. Moniammatillinen yhteistyö. TUKEVA-hanke. Oulun seutu. Viitattu 20.10.2013. <http://oulu.ouka.fi/seutu/tukeva/Moniammatillinen-julkaisu.pdf>

- Korolainen, A. 2009. Sähköinen kirjaaminen ja hiljainen raportointi – hoitajien kokemuksia Iisalmen terveyskeskuksen vuodeosastoilta 1 ja 2. AMK-opinnäyttely. Savonia-ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.11.2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200904302318>
- Kähkönen, T. 2010. Hiljaisen raporttikäytännön kehittäminen Kainuun keskussairaalan tehostetun hoidon osastolla. Ylempi AMK-opinnäyttely. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.11.2013. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010052410370>
- Laine, E-K. 2008. Rakenteinen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Leino-Kilpi, H. & Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Lauri S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY, 7-20.
- Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Helsinki: Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.11.2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-675-5>
- Mullally, S. 2007. Foreword to first edition. Teoksessa J. V. Craig & R. L. Smyth. The Evidence-Based Practice Manual For Nurses. Lontoo: Churchill Livingstone, xv.
- Nykänen, M. & Pohjolainen, T. 2009. Moniammatillinen työryhmätoiminta. Viitattu 12.11.2013. <http://www.terveysportti.fi>
- Pakkala, E. 2010. Hiljainen raportointi aiheuttaa ongelmia. Mediuutiset 9.4.2010. Viitattu 13.11.2013. <http://www.medi uutiset.fi>
- Peltomäki, A. 2013. Osastonhoitaja, Länsi-Suomen Diakonialaitoksen säätiö. Pori. Haastattelu 22.1.2013. Muistiinpanot haastattelijan hallussa.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin www-sivut. 2012. Viitattu 9.11.2012. <http://www.pshp.fi>
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Rantalainen, T. 2009. Hoitotyön kirjaamisen lähtökohdat. Viitattu 12.11.2013. <http://www.terveysportti.fi>
- Rantalainen, T. 2009. Kirjaaminen ja raportointi tehohoitotyössä. Viitattu 12.11.2013. <http://www.terveysportti.fi>
- Salanterä S. & Hupli, M. 2003. Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa Lauri S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY, 21-39.
- Salo, R. 2005. Saumattomat palveluketjut. Teoksessa L. Hallilla (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 120-125.



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

Tilastokeskuksen www-sivut. 2013. Viitattu 13.2.2013. <http://www.stat.fi>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Wilskman, K., Koivukoski, S., Knuutila, M. & Isotalo, T. 2007. Sähköinen kirjaaminen tulee. Sairaanhoitaja-lehti 6-7/2007. Viitattu 13.11.2013. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>



SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU  
SATAKUNTA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OP07A

## SAMK / Sopimus opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekijä: Ville Tyri	
Opiskelijanumero: 1001067	Aloituserhmä: HT102B
Koulutusohjelma: Hoitotyö	
Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Marian Flink / marian.flink@samk.fi / 044-7103430	
Toimeksiantaja, yhteyshenkilön nimi, sähköposti, puhelinnumero ja osoite: Länsi-Suomen Diakoniatktoksen ssaatto / Soteinvalidien Ssaastoti ja Kuntoutuskeskus / Anne Peltonen anne.peltonen@pell.fi / 044-7022219 / Metsämiehentie 2 28500 PORI	
Opinnäytetyön nimi: Raportoinnin 2. kirkkumppien kehittäminen Länsi-Suomen Diakoniatktoksen Soteinvalidien Ssaastoti ja Kuntoutuskeskuksessa	
Työn etenemisaikataulu: Teoria koulutuskesän 2013 aikana, kysely syksyllä 2013, fooruminäytti Lokakuusta 2013 - alkuvuodesta 2014	
Tarkempi selvitys on sopimuksen liitteenä olevassa hyväksytyssä tutkimus-/projektisuunnitelmassa.	
<p><b>Vakuutukset.</b> Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työsuopimus. Työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.</p> <p><b>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen.</b> Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. Aineiston hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Satakunnan ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p> <p><b>Oikeudet opinnäytetyön tuloksiin.</b> Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p> <p><b>Immateriaalioikeudet.</b> Tekijänoikeus ja muut immateriaalioikeudet opinnäytetyöhön kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Opinnäytetyön tekijä ja toimeksiantaja sopivat erikseen, missä laajuudessa tekijänoikeus tai muut immateriaalioikeudet siirtyvät toimeksiantajalle.</p> <p><b>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu.</b> Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Ammattikorkeakoulu vastaa työn ohjauksesta, seurannasta ja työn riittävästä laatusostasta. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista tai aikataulusta. Opinnäytetyön tekijä ei vastaa toimeksiantajalle vahingosta, joka toimeksiantajalle syntyy opinnäytetyön viivästymisestä, ellei erikseen toisin sovita. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Opiskelija sitoutuu palauttamaan toimeksiantajalle työn aikana saamansa luottamuksellisen aineiston, kun opinnäytetyö on valmistunut, tai kun osapuolet yhdessä toteavat, että yhteistyöedellytyksiä opinnäytetyön loppuun saattamiseksi ei ole.</p> <p><b>Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus.</b> Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muuta julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö tai sen osia voidaan julkaista myös internetissä sopimalla niistä erikseen. Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opettaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p>	
Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asiasta ei päästä sopimukseen, erimielisyydet ratkaistaan Satakunnan käräjäoikeudessa.	
Tätä sopimusta on laadittu 3 kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.	
Satakunnan ammattikorkeakoululla on oikeus käyttää yhteistyöhanketta referenssinä ammattikorkeakoulun työelämäyhteistyöstä, mukaan lukien SAMKin yhteistyötietokanta, johon voi tehdä hakuja internetissä. Opinnäytetyöstä	

näkyvät otsikko, organisaatio ja organisaation yhteyshenkilö. Hanketta voidaan lisäksi hyödyntää ammatillisen korkeakoulutuksen tavoitteita edistävänä esim. opetusmateriaalina tai -metodina edellyttäen, ettei hankkeeseen sisältyneiden tietojen luottamuksellisuutta vaaranneta.

Päiväys: 27.2.2013

Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus, nimike ja nimen selvennys:

*Sanna-Maria Puustinen*  
yhteistyöjohtaja Sanna-Maria Puustinen

Koulutusjohtajan/Toimialajohtajan allekirjoitus ja nimen selvennys:

*Arto Aho* *Erälinahonka*  
johtaja Terveyden

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus:

*Vilja T&S*



Hei, olen Satakunnan ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman sairaanhoitajaopiskelija. Ammattikorkeakouluopintoihin kuuluu yhtenä osana opinnäytetyön tekeminen. Oman opinnäytetyöni aihe on raportoinnin ja

kirjaamisen kehittäminen Länsi-Suomen Diakonialaitoksen Sotainvalidien Sairaskoti ja Kuntoutuskeskuksessa ja tämä kyselylomake on yksi opinnäytetyöni vaihe. Kysely on tarkoitettu työyksikön hoitohenkilökunnalle ja siihen vastaaminen tapahtuu anonyymisti tämän kyselylomakkeen kautta. **Kyselyn tulokset tullaan esittämään sellaisessa muodossa, että yksittäistä vastaajaa ei niistä voida tunnistaa.**

Seuraavassa on lyhyesti selitettynä joitakin kyselylomakkeessa esille tulevia käsitteitä, jotta vastaaminen olisi helpompaa:

### 1. Hiljainen raportointi

Hiljaisessa raportoinnissa vuoroon tulevat hoitajat lukevat itse potilaskertomuksista potilaan perustiedot ja hoitoon liittyvät asiat ja tämän jälkeen hoitohenkilökunta voi keskenään tarvittaessa keskustella näistä asioista.

### 2. Rakenteinen kirjaaminen

Rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa hoitotietojen kirjaamista sähköisesti hoidollisen päätöksenteon eli hoitotyön prosessin vaiheiden mukaan. Näitä vaiheita ovat hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Kirjaamisessa käytetään ydintietoja, jotka kansallisen määritelmän mukaan ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenvedo.

### 3. Näyttöön perustuva hoitotyö

Näyttöön perustuva hoitotyö tarkoittaa viimeisimmän tiedon arvioimista ja harkittua käyttämistä potilaiden hoidossa ja terveyden edistämässä. Näyttöön perustuva toiminta jaetaan kolmeen eri osa-alueeseen: tieteellisesti havaittuun tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön sekä kokemukseen perustuvaan näyttöön.

#### Lähteet:

Ahonen O., Blek-Vehkaluoto M., Ekola S., Partamies S., Sulosaari V. & Uski-Tallqvist T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyt-töopas. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.1.2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-675-5>

Saranto, K. & Ikonen, H. 2008. Hoitotiedon välittäminen toimintayksikössä. Teok-sessa K. Saranto, A. Ensio, K. Tantt & A. L. Sonninen (toim.) Hoitotietojen syste-maattinen kirjaaminen. 2. uud. p. Helsinki: WSOY, 157-166.

**Taustatiedot****1. Ikä:** 18–29v  30-39v  40-49v 50v tai yli**2. Ammattinimike:** Perushoitaja/lähihoitaja  Sairaanhoitaja Jokin muu**3. Kokemus hoitotyöstä:** Alle 5v  5-10v  11-15v  16-20v 21-25v  26-30v  Yli 30v**4. Kokemus hoitotyöstä tässä yksikössä:** Alle 5v  5-10v  11-15v  16-20v 21-25v  26-30v  Yli 30v**5. Osasto, jolla pääasiassa työskentelet:** Loimu  Ruska 3 Ruska 4  Päiväosasto

## Väittämät

Seuraavaksi esitetään erilaisia väittämiä raportointia, kirjaamista ja niiden kehittämistä koskien. Rastita taulukoihin väittämien perään mielestäsi kutakin väittämää parhaiten kuvaava vaihtoehto.

RAPORTOINTI	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Nykyinen raportointimalli toimii osastolla hyvin				
Osastolla tulee siirtyä kokonaan hiljaiseen raportointiin				
Osastolla toteutuu jo nyt hiljainen raportointi joltain osin				
Hiljainen raportointi helpottaa oleellisesti tiedonsiirtoa				
Hiljainen raportointi kehittää hoitotyön laatua				
Hiljainen raportointi kehittää moniammatillista yhteistyötä				
Hiljainen raportointi tukee yhteistä keskustelua hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista				

KIRJAAMINEN	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Nykyinen kirjaaminen toimii osastolla hyvin				
Osastolla tulee siirtyä hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen				
Hallitsen hoitotyön rakenteisen kirjaamisen				
Rakenteinen kirjaaminen helpottaa oleellisesti tiedonsiirtoa				
Rakenteinen kirjaaminen on osa näyttöön perustuvaa hoitotyötä				
Rakenteinen kirjaaminen kehittää hoitotyön laatua				
Rakenteinen kirjaaminen kehittää moniammatillista yhteistyötä				
Rakenteinen kirjaaminen tukee yhteistä keskustelua hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista				

KEHITTÄMINEN	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Tarvitsen koulutusta hiljaisen raportoinnin alueelta				
Raportointia tulee kehittää yksikössäni				
Perustele edellinen väittävä:				
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				
Tarvitsen koulutusta rakenteisen kirjaamisen alueelta				
Kirjaamista tulee kehittää yksikössäni				
Perustele edellinen väittävä:				
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				
Muita kehittämisehdotuksia?				
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				
<hr/>				

Kiitos yhteistyöstä!

Ville Tyni (ville.tyni@student.samk.fi)