

Mäki Janika & Valonen Hanna

# **Naistentautien ja synnytysten vuodeosaston hoitajien käsityksiä hiljaisesta raportoinnista**

Opinnäytetyö

Kevät 2015

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidaja (AMK)

Suuntautumisvaihtoehto: Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä: Mäki Janika & Valonen Hanna

Työn nimi: Naistentautien ja synnytysten vuodeosaston hoitajien käsityksiä hiljaisesta raportoinnista

Ohjaaja: TtT, hoitotyön lehtori, Mesiäislehto-Soukka Helinä, TtM, päätoiminen tuntiopettaja, Mäki-Kojola Tiina

Vuosi: 2015 Sivumäärä: 52 Liitteiden lukumäärä: 4

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Seinäjoen keskussairaalan naistentautien ja synnytysten vuodeosaston hoitohenkilökunnan kanssa. Naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla on tarkoituksena siirtyä vähitellen hiljaiseen raportointiin, sillä se tulee olemaan osana hoitotyötä tulevaisuudessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta hiljaisesta raportoinnista ja tuoda esiin asioita, joiden avulla raportointia voidaan kehittää osastolla. Tarkoituksena oli tuottaa tietoa hiljaisesta raportoinnista ja rakenteisesta kirjaamisesta sen tukena. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää hoitajille suunnatun avoimen kyselyn avulla hoitohenkilökunnan käsityksiä hiljaisesta raportoinnista ja siihen siirtymisestä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiksi muodostuivat: Millaisia raportointimenetelmiä naistentautien ja synnytysten vuodeosaston hoitajat mainitsevat käytettävän hoitotyössä? Millaisia käsityksiä hoitajilla on nykyisestä raportointimenetelmästä naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla? Millaisia käsityksiä hoitajilla on hiljaisesta raportoinnista naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla? Millaisia käsityksiä hoitajilla on hoitotyön kirjaamisen kehittämisestä naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla? Millaisia käsityksiä hoitajilla on raporttilistan merkityksestä hoitotyössä naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla?

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin avoimen lomakekyselyn avulla naistentautien ja synnytysten vuodeosaston hoitohenkilökunnalta syksyn 2014 aikana. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä ja siitä koottiin 13 taulukkoa, joista ilmenevät opinnäytetyön tulokset.

Vastaajat kokivat siirtyvän tiedon olevan erilaista suullisessa ja hiljaisessa raportoinnissa. Hiljaisen raportoinnin myötä potilaan ja hoitajan oikeusturvan mainittiin paranevan. Hiljaisen raportoinnin haasteiksi ilmenivät potilaiden suuri vaihtuvuus osastolla ja potilastiedon hukkuminen suureen tietomäärään. Hoitotyössä käytettävä raporttilista koettiin hyväksi apuvälineeksi potilastyössä. Hiljaiseen raportointiin siirtyminen edellyttää täsmällistä kirjaamista ja yhteisistä käytännöistä sopimista.

Avainsanat: suullinen raportointi, hiljainen raportointi, hoitotyön kirjaaminen, potilasasiakirjat

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree programme in Nursing

Specialisation: Bachelor of Nursing

Author/s: Mäki Janika & Valonen Hanna

Title of thesis: Ideas of Nurses on the Maternity and Gynaecological Ward about Silent Reporting

Supervisor(s): PhD, Senior Lecturer, Mesiäislehto-Soukka Helinä, MNSc, Lecturer, Mäki-Kojola Tiina

Year: 2015      Number of pages: 52      Number of appendices: 4

This thesis was carried out in the cooperation with the nursing staff of the Maternity and Gynecological Ward of the Central Hospital of Seinäjoki. On this department, the purpose is to gradually move towards silent reporting because it will be a part of the care work in the future. The objective of the dissertation was to increase the knowledge of the nursing staff on silent reporting and to bring out matters which can be used to develop reporting in the department. The purpose was to provide information about silent reporting and about structured recording as its support. The purpose was also to clarify the ideas of the nursing staff of silent reporting and transition to it with the help of an open questionnaire directed to nurses.

The study questions of the dissertation were: What kind of reporting methods do the nurses of the Maternity and Gynecological Ward mention being used in nursing? What kind of understanding do the nurses of the Maternity and Gynecological Ward have of the present reporting method? What kind of understanding do the nurses of the Maternity and Gynecological Ward have of the silent reporting? What kind of understanding do the nurses of the Maternity and Gynecological Ward have about the developing of the recording of nursing? What kind of understanding do the nurses of the Maternity and Gynecological Ward have of the significance of the report list in nursing?

A qualitative research method was used in this thesis. The material was collected in the autumn of 2014 using an open form questionnaire for the nursing staff of the Maternity and Gynecological Ward. The material was analyzed using content analysis. 13 tables showing the results of the dissertation were collected.

The interviewees considered the transmitted information to be different in the oral as compared to silent reporting. It was mentioned that patients' and the nurses' legal protection was improving with silent reporting. The challenges of the silent reporting in the department appeared to be the patients' big turnover and the drowning of the patient information to a large store of knowledge. The report list used in nursing was regarded as a good instrument in patient work. The transition to silent reporting requires exact recording and agreeing on the common practices.

Keywords: oral reporting, silent reporting, recording of nursing, patient records

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Käytetyt termit ja lyhenteet .....	6
1 JOHDANTO .....	7
2 HOITOTYÖN RAPORTOINTI .....	8
2.1 Suullinen raportointi .....	8
2.1.1 Suullisen raportoinnin mahdollisuudet .....	9
2.1.2 Suullisen raportoinnin heikkoudet .....	10
2.1.3 Potilaanvierusraportointi .....	11
2.2 Hiljainen raportointi .....	12
2.2.1 Hiljaisen raportoinnin mahdollisuudet .....	13
2.2.2 Hiljaisen raportoinnin heikkoudet .....	14
3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN.....	16
3.1 Laki määrää potilasasiakirjoista .....	16
3.2 Potilasasiakirjoihin kirjattavat tiedot .....	17
3.3 Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen.....	19
3.4 Hoitotyön prosessi .....	20
3.4.1 Hoitotyö naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla .....	22
3.4.2 Hoitotyön prosessi äitiyshuollossa .....	23
3.5 Vuorovaikutus ja tiedon siirtyminen.....	24
3.6 Hoitotyön kirjaamisen merkitys hiljaisessa raportoinnissa .....	26
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS .....	27
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	28
5.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä .....	28
6 TULOKSET .....	30
6.1 Erilaiset raportointimenetelmät.....	30
6.2 Nykyinen raportointimenetelmä.....	30
6.3 Hiljainen raportointi .....	33
6.4 Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen .....	37
6.5 Raporttilistan luotettavuus.....	38
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	39

7.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua.....	39
7.2 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista .....	42
7.3 Eettisyys .....	44
7.4 Luotettavuus .....	45
7.5 Johtopäätökset.....	46
7.6 Jatkotutkimusehdotukset .....	47
<b>LIITTEET .....</b>	<b>52</b>

## Käytetyt termit ja lyhenteet

<b>Hiljainen raportointi</b>	Hiljaisella raportoinnilla tarkoitetaan potilaan voinnista ja terveydentilasta tiedottamista kirjallisilla dokumenteilla. Jokainen työvuoroon tuleva hoitaja lukee itse omien potilaidensa tiedot potilastietojärjestelmästä.
<b>Suullinen raportointi</b>	Suullinen raportointi tarkoittaa potilastiedon tiedottamista suullisesti seuraavan työvuoron hoitajille. Se tarkoittaa kirjallisen potilastiedon tiivistämistä ja oleellisten asioiden poimimista siitä.
<b>Potilasasiakirjat</b>	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee potilasasiakirjat potilaan terveydentilaa ja hänen henkilökohtaisia tietojaan sisältäviksi asiakirjoiksi, jotka voivat olla paperisia tai sähköisiä.
<b>Hiljainen tieto</b>	Hiljainen tieto tarkoittaa kokemuksen kautta tulevaa tietoa.
<b>Raporttilista</b>	Raporttilistalla tarkoitetaan raportoinnin ja hoitotyön tukena käytettävää lomaketta, joka sisältää potilaan hoitoon liittyvät pääkohdat ja suunnitelmat.
<b>Pääongelma</b>	Pääongelma tarkoittaa kriittistä asiaa potilaan hoidossa, johon seuraavan työvuoron hoitajan tulisi kiinnittää huomiota.

# 1 JOHDANTO

Euroopassa ollaan siirtymässä sähköiseen kirjaamiseen. Tällä pyritään tietokantojen yhteensovittamiseen ja yhtenäisten kirjaamismallien luomiseen. Sähköisillä tietokannoilla saavutetaan taloudellisia ja aikaa säästäviä etuja. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013, 117.) Hiljaiseen raportointiin ja rakenteiseen kirjaamiseen perehtyminen on ollut hyödyllistä opinnäytetyön tekijöiden ammatillisen kehittymisen kannalta, sillä tulevaisuuden hoitotyössä tullaan hyödyntämään yhä enemmän tietotekniikkaa ja sähköisiä tietojärjestelmiä.

Potilastietojen hallinta on kehittynyt laajaksi järjestelmäksi terveydenhuollossa. Siihen kuuluvat tietojen tuottaminen, säilyttäminen ja jakaminen. (Saranto ym. 2008, 12.) Rakenteisesti kirjattua tietoa hyödynnetään esimerkiksi tiedon siirtämisessä sähköiseen reseptiin, läheteisiin ja hoitopalautteisiin. Kun tieto on kirjattu rakenteisessa muodossa, on suuresta tietomäärästä helppo löytää oleelliset asiat ja muodostaa erilaisia koosteita. (Saranto ym. 2008, 110.)

Aikaisemmista tutkimuksista (Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003; Turtiainen 2005, 126–131; Tucker, Brandling & Fox 2009) ilmenee, että hiljaisesta raportoinnista saatavia hyötyjä ovat kirjaamisen kehittyminen ja välittömän potilastyön lisääntyminen. Lisäksi aikaa jäi kirjaamiseen enemmän ja kiireellisyyden tunne väheni. Turtiaisen (2005, 126–130) mukaan positiivisena vaikutuksena oli koettu ylitöiden väheneminen ja potilaiden arkaluontoisten asioiden pysyminen vain hoitajien tiedossa.

Seinäjoen keskussairaalan naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla on tarkoituksena siirtyä vähitellen hiljaiseen raportointiin, koska tutkimusten mukaan siitä on todettu olevan useita hyötyjä. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta hiljaisesta raportoinnista ja tuoda esiin asioita, joiden avulla raportointia voidaan kehittää osastolla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa hiljaisesta raportoinnista ja rakenteisesta kirjaamisesta sen tukena. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää hoitajille suunnatun avoimen kyselyn avulla hoitohenkilökunnan käsityksiä hiljaisesta raportoinnista ja siihen siirtymisestä.

## 2 HOITOTYÖN RAPORTOINTI

Raportointi hoitotyössä tarkoittaa tiedonsiirtoa, joka voi olla suullista tai kirjallista. Se toimii potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamisen keinona hoitotyössä. (Kerr 2002; Puumalainen ym. 2003; Rautava-Nurmi ym. 2013, 52.) Raportointi on arkikielestä kehittynyt sana, joka on vakiintunut käytäntöön. Lukkarin ym. (2013, 124–125) mukaan se on tiedon siirtämistä hoitajalta toiselle esimerkiksi vuoron tai hoitopaikan vaihtuessa. Raportointitilanteessa raportin antajalla ja sen vastaanottajalla on molemmilla suuri vastuu, sillä raportoinnin myötä vastuu potilaan hoidosta siirtyy (Rautava-Nurmi ym. 2013, 52–53). Raportointitilaisuudessa pyritään rauhoittamaan ympäristö ja potilaan yksityisyyden suoja turvataan (Saranto ym. 2008, 160). Raportissa olennaista on loogisuus. Siinä käydään läpi potilaan kokonaistilanne ja terveydentila. Raporttipuheessa kielen tulee olla selkeää ja ammattislangia tulee välttää väärinkäsitysten ehkäisemiseksi. Raportin ymmärrettävyyden ja kattavuuden varmistamiseksi voidaan esittää tarkentavia lisäkysymyksiä. (Lukkari ym. 2013, 124–125.) Raportoinnin tulisi olla tiivistä ja asiatyylistä (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 176). On tärkeää, että tieto potilaan psyykkisestä ja sosiaalisista tarpeista välittyy raportilla potilaan hoitoon liittyvän tiedon lisäksi (Matic, Davidson & Salamonson 2011).

### 2.1 Suullinen raportointi

Eniten käytetty raportointitapa on suullinen tiedottaminen (Puumalainen ym. 2003; Saranto ym. 2008, 160). Suullinen tiedottaminen on kirjallisen tiedon tiivistämistä ja oleellisten asioiden poimimista siitä (Lukkari ym. 2013, 124–125). Suullinen raportointi voidaan korvata hiljaisella raportoinnilla joko kokonaan tai osittain (Puumalainen ym. 2003; Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri 2013). Opinnäytetyössä käytetään kirjallisesta raportoinnista nimeä hiljainen raportointi, joka on vakiintunut käytäntöön (Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri 2013).

Edellisen vuoron hoitajat ovat päivittäneet omien potilaidensa hoitotietoja ennen suullista raporttia. Raporttia pitävä henkilö valmistautuu raporttiin keräämällä potilastietoja edellisen vuoron hoitajilta, potilasasiakirjoista ja henkilökohtaisista muistiinpanoista. (Kerr 2002.) Suullinen raportti pidetään rauhallisessa suljetussa tilassa, jolloin edellisen vuoron vastuuhoitaja kertoo potilaistaan seuraavan työvuoron



hoitajille. Raportin vastaanottavat hoitajat kirjoittavat itselleen potilaan hoidon kannalta tarpeellisia muistiinpanoja. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 52.) Hoitajat voivat käydä potilaidensa luona saadakseen lisätietoja ja paremman kokonaiskuvan heidän tilanteestaan (Kassara ym. 2004, 63).

### **2.1.1 Suullisen raportoinnin mahdollisuudet**

Tutkimusten mukaan perinteisessä suullisessa raportissa siirtyvä tieto on monipuolisempaa ja laajempaa kuin kirjallisessa raportoinnissa tuotettu. Tieto potilaan kliinisestä tilasta ja hoidon suunnittelusta välittyi paremmin suullisessa raportoinnissa. On havaittu että suullisen raportoinnin kautta saadaan parempi kokonaiskuva potilaan voinnista ja hoidosta. (Jefferies, Johnson & Nicholls 2012; Johnson ym. 2014.) Potilaan psyykkiseen vointiin liittyvät arkaluontoiset asiat tulivat paremmin esille suullisessa raportissa kuin hoitotyön kirjauksissa (Lamond 2000). Suullinen raportointi on tärkeä oppimiskokemus. Se edesauttaa oppimista, jos se sisältää konsultaatiota ja keskustelua hoitotyön opiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan välillä. (Skaalvik, Normann & Henriksen 2010.) Hoitajat ja hoitotyön opiskelijat pitivät suullisesta raportointimenetelmästä, joka oli kiireetön, antoi paljon tietoa ja ei sisältänyt lääketieteen ammattikieltä (Payne, Hardey & Coleman 2000). Raportin aikana kokeneempi hoitaja voi opettaa uusille työntekijöille potilaiden hoitoon ja osaston käytäntöihin liittyviä asioita (Rautava-Nurmi ym. 2013, 52).

Hiljainen tieto on yksi hoitotyön tärkeistä tiedon lähteistä. Sarannon ym. (2008, 22) mukaan hiljaista tietoa kutsutaan myös implisiittiseksi tiedoksi. Se tarkoittaa kokemuksen kautta syntyvää tietoa. Hiljaista tietoa on vaikea välittää ja viestiä. Hiljainen tieto voidaan jakaa kahteen ulottuvuuteen. Niitä ovat kognitiivinen ja tekninen ulottuvuus. Kognitiivisella ulottuvuudella tarkoitetaan ihmisen omia malleja, uskomuksia, arvoja ja ajatuksia, jotka ovat ihmiselle itselleen itsestäänselvyyksiä. Teknisellä ulottuvuudella tarkoitetaan tietoa, johon kuuluvat vaikeasti paikallistettavat tai vapaamuotoiset tiedot ja taidot. Esimerkkejä näistä ovat osaaminen ja ammattitaito. (Saranto ym. 2008, 22.) Suurin osa hiljaisesta tiedosta omaksutaan yhdessä olemalla, arkea elämällä ja organisaatiossa toimimalla. Hiljainen tieto on traditioihin liittyvää ja perinteisiin nojaavaa tietoa. Se ei ole erityisen innovatiivinen tai uudistava voimavara työyhteisössä. Työntekijät tuovat aina työpaikalle mukanaan hiljaista tietoa. (Toom, Onnismaa & Kajanto 2008, 7-11.)

Turtiaisen (2005, 126–131) ja Puumalaisen ym. (2003) mukaan suullisen raportin yhteydessä pystyi myös rauhoittumaan ja kahvittelemaan, mitä ei muuten mahdollisesti ehtisi tehdä koko päivän aikana. Suullinen raportointi antaa hoitajille mahdollisuuden jakaa tietotaitoa ja suunnitella yhdessä potilaan hoitoa (Kerr 2002). Suullisen raportin aikana hoitajilla on mahdollisuus kollegiaaliseen keskusteluun potilaan hoidosta, hoitotoimenpiteistä, hoitoprosessista, hoito-ongelmista, lääkähoidosta, potilaan ohjauksesta, moniammatillisesta yhteistyöstä ja läheisten ja perheen tukemisesta. Suullisella raportilla on sosiaalinen merkitys työyhteisössä ja sen aikana voidaan tiedottaa opiskelijaohjauksesta ja yleisistä asioista. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 52.)

### **2.1.2 Suullisen raportoinnin heikkoudet**

Vaikka suullisessa raportoinnissa on mahdollisuus tarkennukseen, se perustuu käytännössä muistinvaraiseen tietoon. Tällainen epäluotettava tiedon siirtyminen voi vaarantaa potilasturvallisuuden. (Hallila 2005, 125.) Tutkimuksesta nousi esiin, että hoitotyön opiskelijat pitivät suullisen raportin ymmärtämistä vaikeana, mutta eivät kuitenkaan kokeneet asianmukaiseksi keskeyttää sitä (Payne ym. 2000). Huonoksi puoleksi mainitaan, että suullinen raportointi ei jää pysyviksi tiedoiksi potilasasiakirjoihin, mikä voi olla tarpeen sekä potilaiden että hoitajien oikeusturvan kannalta (Jefferies ym. 2012).

Suullisen raportoinnin ongelmiksi on mainittu raportointiin kuuluva pitenevä aika ja raportin ammatillisuuden ja asiallisuuden väheneminen. Raportointitilanteet sisältävät paljon rituaalinomaista ja kaavamaista toimintaa. (Lukkari ym. 2013, 124.) Hoitajien puute suhteessa työmäärään vaikuttaa siihen, että hoitajat ehtivät tehdä vain välttämättömimmät tehtävät, mikä saattaa johtaa puutteelliseen kirjaamiseen ja hoitosuunnitelmien päivittämisen laiminlyömiseen. Tämä puolestaan johtaa suullisen raportin pitenemiseen. Jos hoitajilla olisi mahdollisuus käyttää enemmän aikaa hoitotyön kirjaamiseen työvuoron aikana, voisivat seuraavaan työvuoroon tulevat hoitajat lukea potilaiden tietoja itsenäisesti potilastietojärjestelmästä. Tällöin suulliseen raportointiin kuuluva aika lyhenisi. Tutkimuksen mukaan hoitajilla ei yleensä ole tähän mahdollisuutta työvuoron alussa. (Sexton ym. 2004.) Tutkimuksessa suullisen raportin kesto vaihteli 15–45 minuutin välillä. Suullisen raportin haasteeksi oli mainittu määrättyssä raportointiajassa pysyminen. Potilaan kriittinen tilanne lisäsi raportointiin käytettävää aikaa, kun informoitavaa tietoa oli paljon.

Suullisessa raportissa siirtyy paljon ylimääräistä tietoa, mikä edelleen pidentää raportointiin kuluva aikaa. (Benson ym. 2007.)

Toisinaan suullisen raportoinnin ongelmat kohdistuvat vastaanottajan kykyyn ymmärtää raportoitava asia. Suullisen raportoinnin aikana keskeytysten mahdollisuus on suuri. Puhelin voi soida, jolloin huomio siirtyy toisaalle ja puhelun jälkeen täytyy palauttaa kesken jäänyt asia mieleen. Tämän vuoksi virheiden mahdollisuus hoitotyössä voi kasvaa. (Saranto ym. 2008, 160.) Tutkimuksessa, jossa tutkittiin hoitajien tyytyväisyyttä suulliseen vuororaportointiin, todettiin, että yleisin tyytymättömyyttä aiheuttava tekijä oli raportin keskeytyminen (Meißner ym. 2007). Tutkimuksesta ilmeni, että suullisen raportin keskeytykset olivat harvinaisia ja niitä tekivät tavallisesti vain kokeneet hoitajat. Suullisen raportin mainittiin olevan kaavamaista, puolueellista ja arvoituksellista. Raportissa käsiteltävät asiat käytiin läpi lyhyessä ajassa ja siinä käytettiin lyhenteitä ja ammattikieltä. (Payne ym. 2000.) Suullisen raportin antamista vaikeuttavat useat keskeytykset, ylimääräinen keskustelu raportoinnin aikana ja huono potilasasiakirjojen saatavuus (Benson ym. 2007). Muita asioita, jotka aiheuttavat tyytymättömyyttä suulliseen raportointiin olivat ajanpuute, tilanpuute, riittämätön tiedon siirtyminen sekä huono työilmapiiri (Meißner ym. 2007).

### **2.1.3 Potilaanvierusraportointi**

Suullinen raportointi on myös mahdollista antaa potilaan vierellä, jolloin sitä kutsutaan potilaanvierusraportoinniksi. Potilaanvierusraportointi mahdollistaa potilaan osallistumisen hoitoon ja siinä tehtäviin päätöksiin. Tällöin raportin vastaanottajat saavat välittömästi kuvan potilaan sen hetkisestä voinnista. Potilaanvierusraportointi on hyvin potilaskeskeinen raportointimenetelmä ja siihen tarvitaan potilaan suostumus. Potilas voi omien voimiensa mukaan kertoa omasta voinnistaan hoitajille. Hoitajat esittävät lisäkysymyksiä ja kuuntelevat potilaan toiveita hoidosta. Tällöin potilaalle tulee tunne, että häntä kuunnellaan ja hänen asioistaan ollaan kiinnostuneita. Hoitohenkilökunnan pitää kuitenkin aina muistaa, että potilaanvierusraportoinnissa kielen tulee olla potilaalle ymmärrettävää. Raportin yhteydessä potilaalle voidaan antaa yksilöllistä neuvontaa ja ohjausta. Potilaanvierusraportointi lisää potilaskeskeisyyttä. (Timonen & Sihvonen, 2000; Kassara ym. 2004, 63; Tucker ym. 2009; Rautava-Nurmi ym. 2013, 52–53.)

Aikaisemmissa tutkimuksissa on ilmennyt, että potilaat ja omaiset eivät kokeneet tarpeelliseksi osallistua potilaanvierusraportointiin, sillä he ajattelivat raportin olevan vain hoitajia varten. Vastasyntyneiden vuodeosastolla tehdyn tutkimuksen mukaan vanhempien osallistuminen lapsensa hoidon suunnitteluun raportin aikana oli vähäistä, huolimatta siitä, että he ovat lapsensa hoidon asiantuntijoita. (Brown & Sims 2014.) Tämän vuoksi raportointimenetelmästä on tärkeää kertoa potilaalle ennen raporttia. Tutkimuksen mukaan vain puolet potilaista osallistui potilaanvierusraportointiin. Osallistumista hankaloittivat erityisesti potilaiden vahva lääkitys ja väsymys. Potilaat kokivat muiden potilaiden läsnäolon epämiellyttäväksi silloin, kun käsiteltiin arkaluontoisia asioita. Hoitajat keskittyivät raportoinnissa liikaa potilasasiakirjoihin potilaiden suuren vaihtuvuuden ja runsaan tietomäärän vuoksi. Potilaat saattavat kokea olonsa ulkopuoliseksi, jos katsekontakti puuttuu raportointitilanteessa. Potilaanvierusraportti kesti keskimäärin kolme minuuttia, mitä pidettiin liian lyhyenä aikana. (Timonen & Sihvonen 2000.)

## **2.2 Hiljainen raportointi**

Hiljaisella raportoinnilla tarkoitetaan potilaan voinnista ja terveydestä tiedottamista kirjallisilla dokumenteilla. Jokainen työvuoroon tulija lukee itse omien potilaidensa tiedot potilastietojärjestelmästä. (Kassara ym. 2006, 63; Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri 2013; Rautava-Nurmi ym. 2013, 52.) Tämä raportointimuoto on tullut mahdolliseksi tekniikan ja kirjaamisen kehittymisen myötä. Suullisen raportoinnin korvaaminen hiljaisella raportoinnilla on turvallista potilaan kannalta ainoastaan, jos hoitotyön kirjaaminen on täsmällistä ja tehokasta. (Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri 2013.) Yhtenäisesti sovittujen kirjaamismallien vuoksi suullisen tiedon välityksen tarve vähenee ja näin raportointikäytäntöjen muuttaminen työyksiköissä on mahdollista (Saranto ym. 2008, 150). Hoitajalla on eettinen velvollisuus täydentää ja täsmentää hiljaisessa raportissa annettuja tietoja, jotta potilaan kokonaisvaltainen ja yksilöllinen hoito voidaan turvata (Rautava-Nurmi ym. 2013, 52). Hiljaisesta raportoinnista on tutkimusten mukaan todettu olevan sekä hyötyä että haittaa.

### 2.2.1 Hiljaisen raportoinnin mahdollisuudet

Tutkimuksen mukaan (Sexton ym., 2004) 93,5 % suullisessa raportoinnissa siirtävistä tiedoista löytyy myös sähköisistä potilasasiakirjoista. Hiljaisesta raportoinnista saatavia hyötyjä ovat muun muassa kirjaamisen kehittyminen ja välittömän potilastyön lisääntyminen (Puumalainen ym. 2003; Turtiainen 2005, 126–131; Tucker ym. 2009; Rautava-Nurmi ym. 2013, 52). Kirjaamisohjeiden noudattaminen parantaa hiljaisen raportoinnin myötä (Tucker ym. 2009). Siirryttäessä hiljaiseen raportointiin, aikaa jää enemmän kirjaamiseen ja kiireellisyyden tunne vähenee (Puumalainen ym. 2003; Turtiainen 2005, 126–131).

Asianmukaiset ja riittävät merkinnät edistävät luottamuksellisten hoitosuhteiden syntymistä ja selkiinnyttävät potilaan ja hoitohenkilökunnan oikeusturvaa (Niemi ym. 2006, 314). Huolellinen kirjaaminen on tärkeää potilaan tiedonsaantioikeuden vuoksi (L 17.8.1992/785, 2 luku, 5§). Potilasasiakirjoista selviää mitä toimenpiteitä on tehty ja millaista tietoa potilas on saanut hänen hoitovaihtoehtoistaan ja tilanteistaan. Potilaan äänen kuuluminen potilasasiakirjoissa on tärkeää. Hoitotyön kirjaukset ovat todisteena siitä, että potilaan hoito on laadukasta ja työntekijän eettiset ja lailliset vastuut ovat toteutuneet. Potilasasiakirjoihin palataan, jos terveydenhuollon ammattilaisten toimintaan kohdistuu muistutuksia, valituksia tai kanteluita. (Saranto ym. 2008, 15.) Kirjaaminen tekee hoitotyön juridisesti näkyväksi ja sen kehittämiseksi tulisi laatia suosituksia (Virta-Helenius, Mäenpää & Eriksson 2004.).

Hiljainen raportointi parantaa potilasturvallisuutta, kun hoitajat ovat täysin tietoisia potilaan asioista. Tieto ei hiljaisessa raportoinnissa perustu siihen, mitä hoitajille on kerrottu vaan siihen, mitä he ovat ottaneet itse selvää. Hoidon jatkuvuus parantaa, kun hiljainen raportointi vakiintuu käytäntöön. (Tucker ym. 2009.) Potilasturvallisuuden takaamiseksi raportoinnin tulee olla selkeää ja informatiivista (Matic ym. 2011).

Hiljaiseen raportointiin siirtyneillä osastoilla tiedonsiirron tueksi on kehitetty raporttilistat, joita on nopea päivittää päivän aikana. Raporttilistasta ilmenee potilaan hoidon kannalta oleellimmat tiedot ja suunnitellut toiminnot, kuten potilaan nimi, diagnoosi, sosiaalinen asema, elvytys-tiedot ja meneillään oleva hoito. Raporttilistat koettiin tarpeelliseksi, vaikka kirjaaminen koettiin tällöin päällekkäiseksi. (Puumalainen ym. 2003; Benson ym. 2007; Tucker ym. 2009.)

Tuckerin ym. (2009) pilottitutkimuksessa kokeiltiin uutta raportointimenetelmää, jossa edellinen vuoro tapaa seuraavan vuoron niin sanotussa 'turvallisuus palaverissa'. Raportti kestää viidestä kymmeneen minuuttia ja siinä käydään läpi vain oleelliset potilasta koskevat asiat. Sen jälkeen tuleva vuoro lukee potilaitaan koskevat tiedot itse potilasasiakirjoista ja edellinen vuoro voi jatkaa työtään sen sijaan, että istuisi kansliassa kuuntelemassa raporttia. Tällöin varmistutaan siitä, että hoitovastuu siirtyy turvallisesti vuorolta toiselle. Muutoksen aikana sairaanhoitajia kannustettiin kirjaamaan tekemänsä hoitotyö välittömästi, jotta kirjaaminen ei jäisi työvuoron loppuun. Tutkimuksen mukaan hiljainen raportointi paransi hoitotyön standardien mukaista kirjaamista. Potilasturvallisuus parantui, kun hoitajat olivat täysin tietoisia potilaidensa tilasta. Hiljainen raportointi vähensi hoitajien mahdollisia ennakkoluuloja potilaista. Hiljainen raportointi lisäsi hoitajien vastuullisuutta, sillä heidän piti itse selvittää potilaiden tiedot sen sijaan että ne olisi kerrottu heille. (Tucker ym. 2009.)

### **2.2.2 Hiljaisen raportoinnin heikkoudet**

Kun suullinen raportointi korvataan hiljaisella raportoinnilla, vastaanottavilla hoitajilla ei ole kysymis- tai keskustelumahdollisuutta raporttia antavan hoitajan kanssa. Silloin vuorovaikutus hoitajien välillä heikkenee ja potilaskeskeisyys saattaa kärsiä. (Lukkari ym. 2013, 124.) Puumalaisen ym. (2003) ja Turtiaisen (2005, 126–131) mukaan huonoksi puoleksi oli mainittu, että suullisen raportoinnin korvaaminen hiljaisella raportoinnilla vähentää oppimistilaisuuksia uusille työntekijöille ja opiskelijoille. Puumalaisen ym. (2003) mukaan muutos suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin ei parantanut yhteishenkeä ja hoidon jatkuvuutta. Tutkimuksessa ilmeni myös, että työvuorojen vaihtuessa potilasasiakirjat eivät olleet aina saatavilla. Tutkimuksen mukaan 95 % hoitajista halusi kuitenkin jatkaa hiljaista raportointia. Suullista raportointia kaivattiin kuitenkin esimerkiksi pitkiltä lomilta palattaessa, kun kaikki potilaat olivat vieraita. (Puumalainen ym. 2003.)

Tutkimus paljasti, että hoitajien tekemät kirjaukset potilasasiakirjoihin olivat usein huonoja. Päällekkäisyyttä esiintyi ja kirjaukset eivät olleet tarkkoja. Suuri väliaikaisten työntekijöiden määrä vaikutti hyvään raportointiin negatiivisesti. Selkeiden ohjeiden puute vaikeutti hiljaista raportointia. (Tucker ym. 2009.)

Yksilöt vastustavat erityisesti sellaisia asioita, jotka edellyttävät vanhasta tavasta luopumista, kehittymistä ja uudistumista. Henkilöstö, joka vastustaa uudistusta, haluaa säilyttää jotakin itselleen tärkeää. Muutosvastarinta voi olla myös uuden luomisen lähtökohta. Muutoksen avulla saattaa nousta esille asioita, joiden avulla laatu paranee. Tyypillistä käyttäytymistä muutosvastarinnassa on uuden asian kieltäminen, se saattaa ilmetä myös aggressiivisuutena. Yleisin näkemys, mikä aiheuttaa muutosvastarintaa on tasapainon järkkäminen. Tällöin henkilö joutuu luopumaan itselleen tutusta ja turvallisesta. Muutosvastarinta ilmenee enemmän tai vähemmän voimakkaana organisaatioiden ja yksilöiden käyttäytymisessä. Muutosvastarintaa selittävät uuden oppimisen vaikeus ja pelko tuntemattomasta. (Stenvall & Virtanen 2007, 100–101.) Arvioitaessa muutosvastarintaa, tulee muistaa, että konflikti on eri asia kuin näkemusero. Konfliktit kääntyvät nopeasti vastarinnaksi, kun taas näkemuserot ovat rakentavia ja vaativat yhteensovittamista ja selvittämistä. (Mattila 2007, 23.)

### 3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Hoitotietojen systemaattisella kirjaamisella tarkoitetaan potilaan hoidon kuvailemista potilastietojärjestelmissä, jotka ovat sähköisessä muodossa. Kirjaaminen sisältää termistöjä, rakenteisia ydintietoja sekä niitä täydentäviä kertovia tekstejä. Päälekkäisen kirjaamisen vähentäminen on ollut lähtökohtana sähköisen kirjaamisen kehittämiseksi. Eri lomakkeille kirjaaminen on tuntunut terveydenhuollon eri asiantuntijoiden mielestä turhauttavalta ja aikaavievältä. Hoitotyössä ei ole enää aikaa kerätä potilastietoa manuaalisesti vapaasta kertovasta tekstistä. Sähköinen potilastietojärjestelmä tulee huomattavasti nopeuttamaan ja helpottamaan kaiken tarpeellisen potilastiedon saamista. Rakenteisen kirjaamisen myötä raportointitaita vähenee. (Saranto ym. 2008, 14–16, 135, 150.)

#### 3.1 Laki määrää potilasasiakirjoista

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee potilasasiakirjat potilaan terveydentilaa ja hänen henkilökohtaisia tietojaan sisältäviksi asiakirjoiksi, jotka voivat olla paperisia tai sähköisiä. Ne ovat potilaan hoidossa käytettyjä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja. (L 17.8.1992/785, 1 luku, 2§.) Potilaskertomus kuuluu potilasasiakirjoihin. Potilaskertomus sisältää lähetteet, hoito- ja tutkimustiedot, röntgen-, laboratorio- ja kuvantamistutkimusten sekä muiden diagnostisten tutkimusten tulokset, todistukset ja lausunnot. (A 30.3.2009/298, 2§.) Sähköinen potilaskertomusjärjestelmä on työväline, joka on tarkoitettu päivittäiseen käyttöön. Sen avulla voidaan tuottaa, hyödyntää ja säilyttää potilaan hoitoon liittyviä dokumentteja. (Niemi ym. 2006, 313.) Sähköisen tietojärjestelmän tulee olla sellainen, että sen käyttö, luovuttaminen, suojaaminen ja säilyttäminen ovat mahdollisia turvallisesti. Niiden tulee olla muuttumattomia ja eheitä sekä niiden käytettävyys ja saatavuus tulee turvata. (L 9.2.2007/159, 2 luku 4§.)

Julkisten terveydenhuollon järjestäjien on liityttävä valtakunnalliseen sähköiseen tietojärjestelmäpalveluun (L 9.2.2007/159, 4 luku, 15§). Terveydenhuollon yksikön tulee pitää jokaisesta potilaasta aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta (Saranto ym. 2008, 12; A 30.3.2009/298, 9§). Sähköisiä asiakirjoja voi potilaalla olla vain yksi tunnisteella turvattu kappale (L 9.2.2007/159, 2 luku, 4§). Terveydenhuollon toimintayksikön ja yksityisen toimintayksikön tulee säilyttää kaikki poti-



laan hoitoon ja hänen terveyteensä liittyvä materiaali niille määrätyn ajan (L 17.8.1992/785, 4 luku, 12§). Terveysthuollon toimintayksikköjen tulee huolehtia henkilökuntansa riittävästä asiantuntemuksesta potilastietojen käsittelyssä (L 9.2.2007/159, 6 luku, 20§).

Potilasasiakirjojen sisältö on lain (L 17.8.1992/785) 4 luvun 13§:n mukaan ehdottomasti salassa pidettävää. Henkilöt, jotka käyttävät potilaan asiakirjoja, eivät saa luovuttaa mitään sen sisältämiä tietoja sivullisille, ellei siihen ole kirjallista suostumusta potilaalta tai hänen lailliselta edustajaltaan. Sivulliset ovat henkilöitä, jotka eivät osallistu potilaan hoitoon. Potilaan suostumuksella asiakirjoja voidaan siirtää alkuperäisenä toiselle toimintayksikölle (A 30.3.2009/298, 21§). Aina kun tietoja luovutetaan, tulee potilasasiakirjoihin tehdä siitä merkintä (L 17.8.1992/785, 4 luku, 13§). Lain (L 7.11.2014/917, 1 luku, 1§) tavoitteena on turvata yksityisyyden suojan ja sähköisen viestinnän luottamuksellisuuden toteutuminen.

Potilaalla on oikeus tarkastaa hänestä kirjattuja asioita, kuten potilasasiakirjoja tai henkilötietoja. Tällöin potilaalle voidaan hänen pyynnöstään kertoa rekisterissä olevat tiedot terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta. (L 22.4.1999/523, 6 luku, 28§.) Merkintätapa täytyy olla kunnioittava, jotta potilas voi milloin tahansa lukea omia potilasasiakirjojaan (Lukkari ym. 2013, 105). Potilaalla on oikeus saada tiettyin perustein maksutta tieto siitä, kuka on käyttänyt hänen potilasasiakirjojaan, kenelle tietoja on luovutettu ja millä perustein tieto on annettu (L 9.2.2007/159, 5 luku, 18§). Potilaalla on oikeus kielilain (L 6.6.2003/423, 4 luku, 22§) mukaan saada potilasasiakirjansa joko suomen tai ruotsin kielellä maksutta. Potilaalla on oikeus saada häntä koskeva tieto oikein ja ymmärrettävästi (L 17.8.1992/785, 2 luku, 5§).

### **3.2 Potilasasiakirjoihin kirjattavat tiedot**

Terveysthuollon ammattihenkilön on lain mukaan merkittävä potilaista potilasasiakirjoihin näkyviin kaikki tarpeellinen tieto. Tällä turvataan potilaan kokonaisvaltainen hoito, sen suunnittelu ja seuranta. (L 17.8.1992/785, 4 luku, 12§.) Potilaskertomukseen tulee kirjata tarpeellisessa laajuudessa hoitoon hakeutumisen syy, esitiedot potilaasta, potilaan nykytila, saatu hoito, tehdyt tutkimukset ja niiden tulokset. Potilaskertomuksesta tulee käydä ilmi taudinmääritys ja terveystarve. (A 30.3.2009/298, 11§.) Äitiyshuollossa on tarpeen kirjata äidin ja sikiön hyvinvoinnin

kannalta kaikki tarpeellinen tieto (Hartikainen ym. 2009, 128). Potilasasiakirjoihin tulee kirjata hoidon vaikutukset, vointi hoidon aikana ja sen päättyessä, mahdollisen jatkohoidon toteutus ja hoidon arviointi (A 30.3.2009/298, 12§).

Potilaalle aiheutuvista haittavaikutuksista tai hoidon tehottomuudesta on tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin. Potilas-, laite- tai lääkevahingosta tai niiden epäilystä on tehtävä yksityiskohtaisesti merkintä asiakirjoihin välittömästi tapahtuman jälkeen. Konsultaatiotilanteiden ja sairaankuljetuksen sisällöstä ja johtopäätöksistä tulee olla merkinnät potilasasiakirjoissa. Tutkimuksesta tai hoitotoimista kieltäytyminen tulee kirjata. Jos potilas haluaa ilmoittaa hoitotahtonsa, on siitä tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin. Lääkärin tulee tehdä yhteenveto potilaan tilasta vähintään kolmen kuukauden välein, jos potilas on pitkäaikaissairaalahoitossa. Hoitojakson tai tapahtuman päätyttyä tulee tehdä loppulausunto. (A 30.3.2009/298, 13–18§.)

Mitä vaikeampi ja kriittisempi potilaan tilanne on, sitä tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin on asia kirjattava. Henkilötietolaissa (L 22.4.1999/523, 2 luku, 8§) mainittuja arkaluonteisia tietoja, kuten rotua, rikollista tekoa, vakaumusta, seksuaalista suuntautumista, sosiaalitoimen tarpeita tai terveydentilaa koskevia asioita saa kirjata ainoastaan, jos ne ovat hoidon kannalta tärkeitä. Potilaan hoidon kannalta tärkeät tiedot tulee kirjata, vaikka potilas itse kieltää niiden merkitsemisen. Potilaan tai hänen omaisensa kanteluun, muistutukseen ja potilasvahinkoasiaan liittyviä tietoja saa kirjata ainoastaan siltä osin kuin tiedot ovat tarpeellisia hoidon kannalta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

Merkintöjä potilasasiakirjoihin voivat tehdä kaikki potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt. Heidän lisäksi merkintöjä voivat tehdä ohjattuina myös muut henkilöt, jotka osallistuvat hoitoon. Kirjatuissa tiedoissa tulee aina näkyä tiedon kirjaajan tunnistetiedot. (Saranto ym. 2008, 14–15.) Kirjaajan tulee aina merkitä näkyviin nimensä, asemansa ja kirjaamisen ajankohta. Sähköisestä järjestelmästä on pystyttävä todentamaan merkintöjen tekijä yksiselitteisesti. (A 30.3.2009/298, 4§.) Opiskelijoiden täytyy merkitä tekemiinsä kirjauksiin oman nimensä lisäksi ohjaajansa nimi (Lukkari ym. 2013, 108). Potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt saavat käsitellä potilasasiakirjoja vai, jos se on tarpeellista ja heidän vastuunsa edellyttävät sitä (A 30.3.2009/298, 4§). Terveystieteiden ammattihenkilö vastaa tekemistään potilasasiakirjamerkinnöistä (A 30.3.2009/298, 6§). Jokaisesta palvelutapahtumasta on tehtävä merkintä potilaan asiakirjoihin viipymättä,

viimeistään viiden vuorokauden kuluessa palvelutapahtuman päättymisestä. Asiakirjoihin kirjattuja tietoja ei saa muuttaa jälkikäteen tai mitään sen osia korvata valokopiolla. (A 30.3.2009/298, 9§.)

### 3.3 Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen

Hoitotyön sähköinen kirjaamismalli perustuu WHO:n prosessimalliin, rakenteiseen ja sähköiseen kirjaamiseen. Se pohjautuu Virginia Saban laatimaan kirjaamismalliin ja toimii rakenteisen kirjaamisen perustana. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15.) Hoitotyön sähköinen kirjaamismalli on kansallisesti hyväksytty Finnish Care Classification – luokitus. Tätä kutsutaan FinCC -luokitukseksi. (Saranto ym. 2008, 115–116.) Se sisältää hoidon tarveluokituksen (SHTaL 2.0), hoitotyön toimintoluokituksen (SHTol 2.0) ja mittarin hoidon tuloksen tilasta (SHTuL). Tarve- ja toimintoluokitukset muodostuvat kolmesta tasosta, joita ovat komponentti, pääluokka ja alaluokka. Tuloluokituksia ovat parantunut, ennallaan tai huonontunut. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15.) Yhteisillä kirjaamiskäytännöillä ei ole tarkoitus vakioida hoitoa. Sen sijaan sillä pyritään edistämään hoitotietojen käyttöä potilaan parhaaksi. (Saranto ym. 2008, 12.) Tutkimuksen mukaan kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen on yksi keskeisistä painopistealueista hoitotyössä. Kehittämisellä luodaan edellytykset saumattomalle hoidon toteutukselle eri hoitopaikkojen ja ammattiryhmien välillä. (Virta-Helenius ym. 2004.)

Hoitotyössä kirjataan siten, että komponentti toimii otsikkona asialle, jota kirjataan. Kirjattavaa asiaa voidaan täsmentää tarve- ja toimintoluokitusten komponenttien pää- ja alaluokkien avulla. Potilaslähtöinen kirjaaminen vahvistuu ja asiakokonaisuuksien hahmottaminen helpottuu, kun kirjaamisessa käytetään luokituksia. (Saranto ym. 2008, 115–116.) Sähköisessä rakenteisessa kirjaamisessa on sovittujen koodien ja standardien lisäksi vapaan kirjoituksen osio. Vapaan osion tarkoituksena on täydentää sellaisia tietoja, jotka eivät tule esiin rakenteisessa kirjaamisessa, mutta ovat tärkeitä tietää hoidon kannalta. Vapaassa kirjoituksessa pyritään selkeyteen ja ymmärrettävään ilmaisuun. Kirjoituksessa tulee välttää liikaa rönsyilyä ja epätasällisiä ilmaisuja. (Niemi ym. 2006, 316; L 9.2.2007/159, 4 luku, 14§.) Vapaaseen osioon voi kirjoittaa esimerkiksi lisätietoja perheen terveystottumuksista (Hartikainen ym. 2009, 131).

Rakenteisessa kirjaamisessa tuotettuja tietoja tulee pystyä käyttämään niiden ensisijaisen käyttötarkoituksen lisäksi muun muassa tilastointiin ja johtamiseen. Näin ollen, potilastiedoilla on myös laajempaa yhteiskunnallista merkitystä. (Saranto ym. 2008, 24–25.)

### 3.4 Hoitotyön prosessi

Hoitotyön prosessi tarkoittaa potilaan hoidon tarpeen, tavoitteiden, toteutuksen ja arvioinnin muodostamaa prosessia (Iivanainen & Syväoja 2012, 16). Prosessin avulla hoitotyön suunnittelusta ja ajattelusta tehdään loogista. Prosessin sisältö koostuu hoitotyön teorioista ja malleista, joiden avulla voidaan jäsenellä potilaan hoidon kirjaamista. (Kassara ym. 2006, 56.) Hoidon tarve on kuvaus potilaan terveydentilasta. Hoidon tarvetta kartoitetaan keskustelemalla, havainnoimalla, mittaamalla ja vertailemalla. Potilaan tarpeet voivat olla joko olemassa olevia tai mahdollisia potilaan terveydentilaa uhkaavia. Ne voivat olla potilaan henkilökohtaisia kokemuksia tai ne voivat perustua hoitajan havaintoihin. Tarpeet voivat olla fyysisiä, sosiaalisia ja/tai psyykkisiä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 16.) Naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla hoidon tarpeeseen merkitään muun muassa hoitovuorokausien lukumäärä (Rajamäki 2014).

Hoidon tavoitteet tarkoittavat odotettavissa olevia tai potilaan itsensä odottamia tavoitteita suhteessa hoidon tarpeeseen. Tavoitteiden tulee olla potilaslähtöisiä. Potilaan hoidolle voidaan asettaa eritasoisia tavoitteita. Niiden tulee olla realistisia, eivätkä ne saa perustua toiveisiin. Tavoitteet tulee ilmaista lyhyesti, esimerkiksi 'oppii oikean imetystekniikan'. (Iivanainen & Syväoja 2012, 16–17.) Vauvan hoidon tavoitteisiin kirjataan fyysisen hyvinvoinnin turvaaminen ja varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen. Äidin kohdalla hoidon tavoitteeseen merkitään synnytyksestä toipuminen, huolehtiminen uudesta perheenjäsenestä sekä onnistunut imetys. (Rajamäki 2014.)

Suunnitellut hoitotyön toiminnot valitaan tavoitteiden mukaan tarkoitusta vastaaviksi. Hoitotyön toimintojen valintaan vaikuttavat potilaan itsehoitoisuus, henkilökunnan määrä ja hoitovälineiden saatavuus. (Hartikainen ym. 2009, 133; Iivanainen & Syväoja 2012, 17.) Lastenhoitotyön lehdelle, suunnitelma – komponentin alle kirjataan elintoimintojen seuraaminen, perushoito, ravitsemuksesta huolehtiminen ja vanhempien ohjauksen sekä tuen tarpeen huomioiminen. Äidin suunnit-

telmassa seurataan fyysistä ja psyykkistä toipumista, annetaan mahdollista imetysohjausta, kannustetaan omatoimisuuteen vauvan hoidossa ja imetyksessä sekä huolehditaan äidin mahdollisesta kivun hoidosta. (Rajamäki 2014.) Hoitotyön suunniteltuja toimintoja voivat olla esimerkiksi imetyksen ohjaus ja siinä avustaminen sekä synnytyksen jälkeinen seuranta (Hartikainen ym. 2009, 133; Iivanainen & Syväoja 2012, 17).

Hoidon toteutukseen kuuluvat suunniteltujen hoitotyön toimintojen toimeenpano. Hoitotyön toiminnoissa tulee noudattaa hoitotyön periaatteita, omatoimisuutta, ammatillisuutta, kokonaisvaltaisuutta, yksilöllisyyttä, jatkuvuutta ja turvallisuutta. Hoitotyön toiminnot ovat hoitajan asiantuntemukseen perustuvia tai lääkärin määrittämiä toimintoja. (Iivanainen & Syväoja 2012, 17.)

Hoidon tuloksista ilmenee, miten potilaan hoito on toteutunut, saavutettiin tavoitteet, miten hoidon tarpeeseen vastattiin ja mahdolliset muutokset potilaan tilassa. Tuloksissa kuvataan myös potilaan kokemukset hoidosta. Nopeasti muuttuvissa tilanteissa arviointi suoritetaan lyhyin väliajoin, kun taas pitkäaikaispotilaan hoidossa arviointiväli voi olla viikosta kuukauteen. (Iivanainen & Syväoja 2012, 18.)

Hoitojakson päättyessä tehdään hoitotyön yhteenveto ja hoitoisuusluokitus. Siitä ilmenee arviointi potilaan senhetkisestä tilasta. Hoitotyön yhteenvedossa nykytilaa verrataan tulotilanteeseen. Yhteenveto muodostuu tärkeimmistä hoidon tarpeista, tavoitteista, toiminnoista ja tuloksista. Hoidossa tapahtuneet keskeiset asiat ja annettu hoito ilmenevät yhteenvedosta. (Hartikainen ym. 2009, 135; Iivanainen & Syväoja 2012, 18.) Hoitotyön yhteenveto koostuu lääkärin loppulausunnoista ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten tekemistä yhteenvedoista. Siitä ilmenee muun muassa synnyttäjän tai vastasyntyneen terveyden ennuste ja hoitotuloksen pysyvyys. (Hartikainen ym. 2009, 135.) Sitä voidaan hyödyntää potilaan seuraavilla hoitajaksoilla ja jatkohoitopaikkaan lähetettävässä läheteessä (Hartikainen ym. 2009, 135; Iivanainen & Syväoja 2012, 18). Laadittaessa hoitotyön yhteenvetoa voidaan hyödyntää rakenteisesti kirjattua tietoa. Äidin potilasasiakirjoista ilmenee myös vastasyntyneen hoitotyön yhteenveto ja vastasyntyneen lapsen tiedoista äidin hoitotyön yhteenveto. (Hartikainen ym. 2009, 132, 136, 139.)

### 3.4.1 Hoitotyö naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla

Naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla hoidetaan naistentautien potilaita ja raskaana olevia, joilla on tarvetta tarkempaan raskauden seurantaan. Osastolla hoidetaan myös perheitä synnytyksen jälkeen. Vaikka synnyttäneet äidit ovatkin pääasiassa terveitä, tässä opinnäytetyössä puhutaan selkeyden vuoksi kaikista osaston asiakkaista potilaina. Osastolla toteutetaan naistentautien erikoisalaan kuuluvien potilaiden leikkaushoitoa. Raskausajan osastohoitoa vaativia tilanteita voivat olla mm. verenpaineen kohoaminen, enneaikaiset supistukset ja synnytyksen käynnistäminen. (Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri.)

Raskausajan kohonnut verenpaine todetaan 6-7 %:lla odottavista äideistä, mikä on tavallinen raskauskomplikaatio. Pre-eklampsia tarkoittaa raskauden aikaista verisuonisairautta. Sen aiheuttajaa ei tunneta, eikä sitä vielä osata ennakoida. Pre-eklampsiaan liittyy istukan vajaatoimintaa ja äidin verisuonen solukerroksen toiminnan muutoksia. Hoitamattomana se uhkaa äidin ja sikiön terveyttä. Äidille voi kehittyä mm. sydän- ja verenkiertoelinten toimintahäiriöitä ja keuhkoödeema. Sikiölle koituvia haittoja voivat olla kasvun hidastuma ja pahimmillaan kohtukuolema. Pre-eklampsia on yksi yleisimmistä sikiön ja äidin kuolinsyistä. Äidin ja sikiön vointia seurataan huolellisesti naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla ja tarvittaessa aloitetaan lääkehoito. Ainoana pre-eklampsian tehokkaana hoitomuotona tunnetaan synnytys. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 38.)

Enneaikaisen synnytyksen uhkaa epäillään tai todetaan 8-12 %:lla odottavista äideistä. Mekanismi, joka aiheuttaa enneaikaiset supistukset on epäselvä. Mahdollisena selittäjänä on pidetty prostaglandiinivälitteistä infekioon liittyvää mekaniismia jopa 20–40 %:ssa tapauksista. Tyypillisiä enneaikaisten supistusten oireita ovat säännölliset ja kivuliaat supistukset, niukka verestävä tai limansekainen vuoto ja mahdollinen sikiökalvojen puhkeaminen. Riskitekijöitä ovat kohdunkaulan infektio ja lisääntynyt emätinerite. Kliininen tilannearvio on yhtä tärkeä kuin laboratoriotutkimukset. Tutkimusten perusteella arvioidaan onko supistusten estohoidolle tai esimerkiksi infektioidolle tarvetta. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 405–406.)

Synnytyksen käynnistämisen syitä ovat sikiön vaaratilanteen epäily, äidin perustauti, raskauden kulkuun liittyvä häiriö, kohtukuolema tai varmistettu ennusteeltaan huono epämuodostuma tai erityisen vahva sosiaalinen syy. Painava sosiaalinen syy voi olla esimerkiksi kohtuuttoman pitkä matka sairaalaan. Synnytyksen käyn-

nistämisen edellytyksenä on äidin lantion riittävyys ja mahdollisuus alatiesynnytykseen. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 398.) Vuoden 2013 tilastojen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014, 36) mukaan synnytyksistä käynnistettiin 20,5 %. Synnytys voidaan käynnistää laskimonsisäisellä oksitosiini -infuusiolla, prostaglandiineilla ja sikiökalvojen puhkaisulla. Näistä eniten käytetty on prostaglandiinit. Niitä voidaan annostella tablettina suun kautta, geelinä emättimen kautta tai emätinpuikkona synnytyksen käynnistämistarkoituksessa tai pehmittämään kohdunkaulaa. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 399.)

Naistentautien potilaiden tärkeimpiä gynekologisia toimenpiteitä ovat kohdunpoisto, tähystykset, sivuelinkirurgia, laskeumaleikkaukset, hysteroskopia eli kohtuontelon tähystys ja pienet toimenpiteet, kuten koepalan ottaminen. Gynekologinen kirurgia jaetaan vatsaontelon ja emättimen kautta tehtäviin toimenpiteisiin sekä tähystykseen. Gynekologiset rakenteelliset muutokset, esimerkiksi laskeumat hoidetaan ensisijaisesti kirurgisesti. Erilaisia oireita aiheuttavat ongelmat kuten vuotohäiriöt ja endometrioosi pyritään hoitamaan ensisijaisesti konservatiivisesti eli säästävin menetelmin. Endometrioosi tarkoittaa kohdun limakalvon sirottumatautia, jota voi esiintyä muun muassa pikkulantion ja vatsaontelon elinten pinnalla. Sen syntymekanismista on esitetty useita teorioita. Uusimmaksi selitykseksi on ehdotettu, että lievin pinnallinen endometrioosi on elimistön prosessi, jossa elimistö puhdistaa endometriumien murusia pois vatsaontelosta. Leikkaushoitoon päädytään, jos säästävin keinoin toteutettu hoito ei tehoa. Yleisin gynekologinen leikkaus on kohdunpoisto. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 94, 276.)

### **3.4.2 Hoitotyön prosessi äitiyshuollossa**

Äitiyshuollon palvelukokonaisuuteen kuuluvat naisen hoito raskauden, synnytyksen ja lapsivuoteen eli synnytyksen jälkeisen ensimmäisen 6–8 viikon aikana. Vastasyntyneen palvelukokonaisuus alkaa hänen synnyttyään. Äitiyshuollon tavoitteena on edistää perheen, sikiön ja vastasyntyneen terveyttä ja hyvinvointia. Sen tehtävänä on auttaa vanhempia valmistautumaan vanhemmuuteen ja edistää terveellisiä elintapoja. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon on toimittava tiiviissä yhteistyössä äitiyshuollon tuloksellisuuden varmistamiseksi. Ajantasaisen tiedon siirtyminen organisaation sisällä ja sen rajojen yli on tärkeää potilasturvallisuuden, hoidon jatkuvuuden ja päällekkäisen kirjaamisen vähentämisen kannalta. Erikoissairaanhoidossa kirjatut äidin ja vastasyntyneen potilastiedot tulisi olla käy-

tettävissä neuvolassa hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Tietojen siirtymisen välttämätön edellytys on yhtenäisen tietopohjan luominen. Äitiyshuollon haasteena on kirjaamisen päällekkäisyys useisiin eri potilastietojärjestelmiin. (Hartikainen ym. 2009, 125–128, 474.)

Seinäjoen keskussairaalan naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla kirjataan äidin ja vastasyntyneen hoitoa koskevat huomiot tällä hetkellä eri hoitotyön näkömään (Rajamäki, 2014). Synnytykseen liittyvät ja vastasyntyneen tiedot kirjataan naistentautien ja synnytysten tietokokonaisuuteen (Hartikainen ym. 2009, 128). Äidin tietoja kirjataan gynekologisen hoitotyön – lehdelle. Lastenhoitotyön – lehdelle kirjataan vastasyntyneen hoitoa koskevat huomiot. (Rajamäki 2014.) Äidin potilasasiakirjoihin kirjataan äidin tietoja, sekä ne vastasyntyneen tiedot, jotka ovat äidin hoidon kannalta tarpeellisia (Hartikainen ym. 2009, 128). Vastasyntyneen potilasasiakirjoihin kirjataan puolestaan osa äidin tiedoista, jotka ovat tarpeellisia vastasyntyneen hoidossa (Hartikainen ym. 2009, 136).

Rakenteisessa kirjaamisessa komponenttien alle lisätään pääluokkia ja alaluokkia. Komponentteja ovat esimerkiksi aistitoiminnot, verenkierto, erittäminen, ravitsemus, kudoseheys, aineenvaihdunta sekä elämänkaari. Elämänkaari – komponentin alle kirjataan potilaan elämänvaiheisiin liittyviä asioita. (Rajamäki 2014.) Äitiyshuollon potilaiden tärkeitä seurattavia huomion kohteita osastolla ovat muun muassa virtsaamisen ja suoliston toiminnan seuranta, turvotusten tarkkailu, vauvan hoito, imetys ja perheen selviytyminen. Synnytyksen jälkeisessä seurannassa tarkkaillaan esimerkiksi synnytyksestä palautumista ja vuotoja. (Hartikainen ym. 2009, 133.)

Hoitoajat ovat lyhentyneet synnytyssairaaloissa. Nykyisin äidit kotiutetaan osastolta varsin varhain ja suurin osa lapsista kotiutetaan kolmen vuorokauden ikään mennessä. (Ylikorkala & Tapanainen 2011, 332.) Kun hoitoprosessi on hyvin toteutettu tiedon hallinnan tuella, se vähentää kustannuksia, laadun vaihtelua ja parantaa hoidon tuloksia (Saranto ym. 2008, 30).

### **3.5 Vuorovaikutus ja tiedon siirtyminen**

Potilaan hoidon jatkuvuus on tärkeää hoitotyössä. Kun työvuorot vaihtuvat, tulee tiedon siirtyä luotettavasti ja tehokkaasti seuraavaan työvuoroon saapuville hoitajil-



le. Vastuu siirtyy tällöin eteenpäin usein myös toisen hoitoyksikön hoitajalle. Potilasasiakirjojen tehtävänä on parantaa hoidon jatkuvuutta ja taata turvallinen tiedon siirtyminen potilaan saamasta hoidosta ja terveyden tilasta. (Kassara ym. 2004, 53.) Kirjaamisen täsmällisyys on tärkeää sujuvan hoitotyön tiedottamisen turvaamiseksi (Puumalainen ym. 2003; Turtiainen 2005, 126–131).

Terveydenhuollossa eri ammattiryhmien välisellä vuorovaikutuksella ja sen sujuvuudella on suuri rooli potilasturvallisuudessa. On tärkeää, että tieto potilaan senhetkisestä voinnista ja sairauksista siirtyy luotettavasti ja ajantasaisesti. Potilasturvallisuus voi vaarantua, jos tieto ymmärretään väärin, siitä ei saada selvää tai tieto on jätetty kokonaan merkitsemättä. Yhteisten mallien lisäksi tietojärjestelmien tulee olla helppokäyttöisiä ja kaikkien työyhteisön jäsenten tulee käyttää niitä. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 312.) Hoitotietojen käytettävyys viiveettä ja rajoituksetta on erittäin tärkeä asia potilaan päivittäisessä hoidossa (Saranto ym. 2008, 25).

Vaaratapahtumien on mainittu liittyvän työn osaamiseen ja organisointiin sekä inhimillisiin tekijöihin. Kieliongelmat nousivat esiin yhtenä vaaratapahtumien aiheuttajana. Henkilöstöresurssit, huonot työskentelyolosuhteet ja lääkehoidon kirjaamisen päällekkäisyys ovat organisaatioon liittyviä tekijöitä. Inhimillisiä vaaratapahtumien aiheuttajia on mainittu olevan väsymys, unohdukset ja huolimattomuus. (Pitkänen ym. 2014.)

Yhteinen tapa kirjata tietoja on osa tiedonvälityksen sujuvuutta. Työyhteisön jäsenten tulisikin käyttää yhteisesti sovittuja lyhenteitä, termejä, rakenteita ja malleja. (Saranto ym. 2008, 12; A 30.3.2009/298, 7§; Aaltonen & Rosenberg 2013, 312.) Mikäli ei ole sovittu yhtenäistä tapaa kirjata, niin potilastietojen hyödyntäminen jää tällöin vähäiseksi (Saranto ym. 2008, 150). Potilaan hoidossa olennaista on tiedon löytyminen runsaasta tietomassasta. Sähköisesti kirjattua tietoa voi helposti hakea ja poimia tietokannoista eri hakusanoja käyttäen. (Saranto ym. 2008, 14.) Kirjaamisessa tulee näkyä hoitotyön perusolemus, terveyden edistäminen. Kirjatun tiedon tulee olla ajankohtaista ja tarkoituksellista. (L 17.8.1992/785, 2 luku, 5§.)

Potilaan kokonaisvaltainen hoito heijastuu kirjaamisessa, josta ovat todisteena potilasasiakirjat. Niistä ilmenee kuka on päättänyt potilaan hoidosta, mitä, miksi ja milloin. (Lukkari ym. 2013, 105–108.) Hyvän kirjaamisen tavoitteena on, että potilaan tiedot ovat helposti saatavilla, käytettävissä ja että ne ovat laadultaan asianmukaisia, selkeitä, täsmällisiä ja yksiselitteisiä. Hyvä kirjaaminen edistää potilas-

lähtöistä hoitotyötä. (Niemi ym. 2006, 314; A 30.3.2009/298, 3§.) Tutkimuksessa kävi ilmi, että kokemuksen myötä kirjaamisesta voi tulla rutiininomaista. Tällöin informaatio saattaa kadota suureen tietomäärään lyhyen ja ytimekkään ilmaisutavan vuoksi. (Virta-Helenius ym. 2004.) Hoitajan täytyy saada tietoonsa oleelliset asiat potilaskertomuksesta, jotta hän pystyy ottamaan vastuun potilaastaan. Tavoitteena on, että henkilökunnalla on yhtenäinen ammatillinen kieli, jossa käsitteet ovat selkeitä ja määriteltyjä. (Niemi ym. 2006, 316.) Asianmukainen kieli luo hoitotyöhön laatua ja on perusta hyvälle kommunikoinnille (Lukkari ym. 2013, 125).

Jokaisessa työpaikassa tulisi olla ohjeet potilasasiakirjojen käsittelystä, sekä tietoturvallisuuteen että tietotekniikkaan liittyvistä asioista. Ohjeet tulisi olla ajantasaiset ja niiden tulisi olla helposti saatavilla. Uusien työntekijöiden perehdytyksessä on varmistettava ohjeiden ymmärtäminen. Jatkuva koulutus on oleellisessa asemassa hoitohenkilökunnan ammattitaidon ajan tasalla pitämiseksi. (Saranto ym. 2008, 147.) Tutkimuksen mukaan raportointi ja kirjaaminen ovat satunnaista ja epätasällista ohjeiden puutteellisuuden vuoksi. Hoitotyön kirjaamisen ja raportoinnin laatu paranee, jos ohjeet ja säännöt ovat yhteisesti sovittuja. (Sexton ym. 2004.) Yleisiksi hoitovirheiden syiksi on mainittu kiire, henkilökunnan riittämättömyys, perehdytyksen ja koulutuksen puutteellisuus (Koivunen, Kankkunen & Suominen 2007). Lehden (2004) tutkimuksessa käy ilmi, että potilaan psyykkistä tilaa kirjaataan heikoiten, mikä oli kuitenkin kehittynyt koulutuksen ansiosta.

### **3.6 Hoitotyön kirjaamisen merkitys hiljaisessa raportoinnissa**

Laadukas kirjaaminen on tärkeää hiljaisessa raportoinnissa. Täsmällisellä kirjaamisella taataan turvallinen potilashoidon jatkuvuus hoitajien ja eri ammattiryhmien ja hoitoyksikköjen välillä. Tuckerin ym. (2009) mukaan hiljaisen raportoinnin vakiinnuttua käytäntöön, hoidon jatkuvuus paranee. Tarkka kirjaaminen parantaa sekä potilaan että hoitajan oikeusturvaa, sillä kaikki potilaan hyväksi tehty hoitotyö tulee esiin potilasasiakirjoista. Hiljaisen raportoinnin ollessa käytössä voi edellisen työvuoron hoitaja jatkaa potilastyötä sen sijaan että olisi antamassa suullista raporttia saapuvan vuoron työntekijöille. Näin ollen potilaskeskeisyys hoitotyössä lisääntyy. Hiljainen raportointi on mahdollista ainoastaan täsmällisen kirjaamisen ansiosta (Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri 2013). Laadukkaasti kirjaamisen toteuduttua potilasasiakirjoista löytyy vähintään sama tieto, mitä välittyisi suullisessa raportoinnissa.

## 4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta hiljaisesta raportoinnista ja tuoda esiin asioita, joiden avulla raportointia voidaan kehittää osastolla. Tarkoituksena oli tuottaa tietoa hiljaisesta raportoinnista ja rakenteisesta kirjaamisesta sen tukena. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää hoitajille suunnatun avoimen kyselyn avulla hoitohenkilökunnan käsityksiä hiljaisesta raportoinnista ja siihen siirtymisestä. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia raportointimenetelmiä naistentautien ja synnytysten vuodeosaston hoitajat mainitsevat käytettävän hoitotyössä?
2. Millaisia käsityksiä hoitajilla on nykyisestä raportointimenetelmästä naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla?
3. Millaisia käsityksiä hoitajilla on hiljaisesta raportoinnista naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla?
4. Millaisia käsityksiä hoitajilla on hoitotyön kirjaamisen kehittämisestä naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla?
5. Millaisia käsityksiä hoitajilla on raporttilistan merkityksestä hoitotyössä naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla?

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 5.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen tutkimus sopii käytettäväksi sellaiseen tutkimusaiheeseen, josta halutaan saada uusi näkökulma (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66). Yksi kvalitatiivisen tutkimuksen keskeinen merkitys on ymmärryksen lisääminen tutkimusilmiöstä. Moniin hoitamisen ilmiöihin tarvitaan ymmärtämisen tueksi myös ihmisten omia havaintoja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74.) Kvalitatiivisella tutkimuksella ei pyritä yleistettävyyteen. Tutkimusotokseen pyritään saamaan mahdollisimman hyvin tutkittavaa ilmiötä edustavia henkilöitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen perusmenetelmiä ovat kysely, haastattelu sekä havainnointi ja dokumenttien käyttö (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 192). Eskolan (1975) mukaan kysely on sellainen tiedonkeruutapa, jossa tiedonantajat täyttävät itse kyselylomakkeen valvotussa ryhmätilanteessa tai kotonaan (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 73–77). Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena lomakekyselynä (Liite 1.) koko naistentautien ja synnytysten vuodeosaston hoitohenkilökunnalle. Tutkittavia informoitiin riittävästi ennen kyselyä saatekirjeellä (Liite 2.). Kyselyyn vastasivat osastolla työskentelevät kätilöt, sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Koska laadullisessa tutkimuksessa aineiston koko on verrattain pieni, on tärkeää, että tiedonantajat tietävät ilmiöstä mahdollisimman paljon (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86). Kyselyssä oli avoimia kysymyksiä liittyen hiljaiseen raportointiin ja hoitotyön kirjaamiseen. Taustatekijöistä selvitettiin kyselyyn vastanneiden ammattinimike.

Kyselyn jälkeen aineisto analysoitiin ja saatu tieto otettiin osaksi opinnäytetyötä. Sisällön analyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää laadullisessa tutkimuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–100). Opinnäytetyön aineiston analyysissä saatu tieto tarkistettiin ensin ja sen jälkeen se järjestettiin. Aineisto kirjoitettiin puhtaaksi sähköiseen versioon sanasta sanaan, eli litteroitiin. (Hirsjärvi ym. 2013, 222.) Tutkimuksen kannalta oleelliset asiat kerättiin erilleen muusta aineistosta ja kaikki muu jäi tutkimuksen ulkopuolelle. Varsinainen aineiston analysointitekniikka tarkoittaa luokittelua, teemoittelua ja tyypittelyä. Kaikkiaan kyse on laadullisen aineiston pilkkomisesta ja ryhmittelystä eri aihepiirien mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–100.) Opinnäytetyön sisällön analyysissä muodostettiin ensin pelkistetty-

jä ilmaisuja alkuperäisistä ilmaisuista. Tämän jälkeen pelkistetyistä ilmaisuista muodostettiin ala- ja yläluokkia kuvaamaan sisältöä (Liite 3.). Opinnäytetyössä käytettiin teoriaohjaavaa analyysiä. Siinä teoria toimii analyysin etenemisen apuna, aikaisempi tieto auttaa ja ohjaa analyysiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–100.) Garfinkelin (1967) mukaan tällöin aineisto toimii hitaan ajattelun apuvälineenä (Eskola & Suoranta 2008, 145).

Kysely toteutettiin 12.11.- 5.12.2014 välisenä aikana. Vastauksia saatiin 22 kappaletta, jotka kaikki otettiin osaksi sisällön analyysiä. Opinnäytetyön tulokset ovat tärkeitä toimeksiantajan Seinäjoen keskussairaalan naistentautien ja synnytysten vuodeosaston henkilöstön hiljaisen raportointimenetelmän kehittämistyössä.

## 6 TULOKSET

Kyselyyn osallistui Seinäjoen keskussairaalan naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla työskenteleviä laillistettuja kättilöitä (n=13), sairaanhoitajia (n=9) ja lähihoitajia (n=1).

### 6.1 Erilaiset raportointimenetelmät

Hoitajat mainitsivat hyväksi hoitotyön raportointimenetelmiksi suullisen raportoinnin, hiljaisen raportoinnin, suullisen ja hiljaisen raportoinnin yhdistelmän ja potilaanvierusraportoinnin. Suullisessa raportoinnissa edellisen vuoron hoitaja antaa suullisen raportin seuraavan vuoron hoitajille. Raportti voi olla moduulikohtainen, jolloin raportti annetaan vain omista potilaista. Hiljainen raportointi käsittää hoitotyön asiakirjat, lääkärin tekstit ja hoitotyön kirjauksista saadut tiedot. Suullisen ja hiljaisen raportoinnin yhdistelmällä tarkoitettiin suullista raporttia yhdistettynä potilasasiakirjoihin perehtymiseen. Potilaanvierusraportoinnilla tarkoitettiin keskustelua potilaan kanssa hänen hoitoonsa liittyvistä asioista. Seuraavat suorat lainaukset kuvaavat hoitajien käsityksiä erilaisista raportointimenetelmistä.

*”Moduulikohtainen suullinen raportointi.”*

*”Luotettava tieto kirjauksista.”*

*”Ensin hiljainen raportti koneelta, sitten vielä edellisen hoitajan suullinen, lyhyt ”Huomioi erityisesti nämä potilaat/perheet/asiat...” hetki aikaa koota molempien ajatukset yhteen.”*

*”Potilaan kanssa keskustelu+sähköinen sairauskertomus mukana potilaan huoneessa.”*

### 6.2 Nykyinen raportointimenetelmä

Tällä hetkellä osastolla on käytössä suullinen raportointimenetelmä moduuleittain. Yövuoron raportti annetaan koko osastolle. Raportin tukena käytetään epävirallista päivitettävää raporttilistaa, johon edellisten vuorojen hoitajat ovat päivittäneet tär-

keimmät tiedot potilaista. Hoitajilla on mahdollisuus suullisen raportin jälkeen perehtyä potilaidensa tietoihin potilastietojärjestelmästä.

**Nykyisen raportointimenetelmän hyviä puolia.** Nykyisen raportointimenetelmän hyväksi puoliksi koettiin tiedon siirtyminen, tarkentamisen mahdollisuus, ajan säästö sekä uuden oppiminen ja omaksuminen. Tiedon siirtyminen sisälsi laadullisen, hiljaisen ja arkaluontoisen potilastiedon siirtymisen. Laadullisella tiedolla tarkoitettiin laadullista ja kattavaa potilastietoa, esimerkiksi tietoa riskiraskauksista. Hiljaisella tiedolla tarkoitettiin kokemustiedon siirtymistä hoitajalta toiselle. Asioista ääneen puhuminen ja hoidon suunnittelu muiden hoitajien kanssa koettiin hyödylliseksi. Arkaluontoisia raportoitavia asioita olivat muun muassa potilaan psyykinen vointi ja muut erityishuomioitavat arkaluontoiset asiat.

*”Suullisen raportin aikana siirtyy ”hiljaista tietoa” ja kun ääneen puhuu asioita/ongelmia potilaan hoidossa, niin jollain toisella hoitajalla voi olla hyvä apukonsti tiedossa.”*

Tarkentamisen mahdollisuus koettiin hyväksi ominaisuudeksi nykyisessä raportointimenetelmässä. Sillä tarkoitettiin hoitajien välistä keskustelua hoitokäytännöistä, tekemättömistä ja muistettavista asioista. Keskustelulla pystyttiin selkeyttämään potilaan tilaa.

*”Asiat muistetaan ”ahaa”-elämyksinä, kun niitä puhuu ääneen, jos on unohtanut kirjata.”*

Nykyinen raportointimenetelmä koettiin aikaa säästäväksi moduulikohtaisten raporttien ansiosta. Moduulikohtaisessa raportissa työaikaa säästyy, koska raportilla saadaan tieto vain omista potilaista. Moduulikohtaiset raportit koettiin riittävän informatiivisina. Nykyisessä raportointimenetelmässä raportoidaan vain oleelliset asiat, jolloin raportti ei sisällä ylimääräistä tietoa eikä vie liikaa aikaa.

*”Se ei vie liikaa aikaa, koska ei tarvitse kuunnella koko osaston raporttia, mutta on kuitenkin riittävän informatiivinen.”*

Uuden oppiminen ja omaksuminen mainittiin nykyisen raportointimenetelmän hyväksi puoliksi. Raportointitilanne koettiin oppimistilanteena, jossa tieto osaston ja hoitotyön käytännöistä siirtyvät uusille hoitajille ja opiskelijoille.

*”Ennen kaikkea opiskelijoille ja uusille työntekijöille oppimistilanne niin hoitotyössä kuin osaston käytännöissä.”*

**Nykyisen raportointimenetelmän huonoja puolia.** Nykyisessä, eli suullisessa moduulikohtaisessa raportointimenetelmässä koettiin huonoksi puoleksi se, että potilastietojen tarkistaminen potilasasiakirjoista on välttämätöntä. Raportointimenetelmä koettiin aikaavieväksi ja muiden moduuleiden potilaat jäivät vieraiksi. Potilastietojen tarkistaminen potilasasiakirjoista tarkoitti, että potilastietoja, esimerkiksi kellonaikoja, oli lisäksi luettava potilasasiakirjoista. Toisinaan suulliseen raporttiin luotettiin liikaa, mitä pidettiin raportointimenetelmän huonona puolena.

*”Kellonajat ja muu relevantti tieto tulee suurpiirteisesti esille= tarkistettava tietokoneelta aina kuitenkin.”*

Raportointimenetelmä koettiin aikaavieväksi. Raporttitilanteet venyivät ja toisinaan aika tiedon omaksumiseen koettiin liian vähäiseksi, varsinkin pitkiltä vapailta palatessa, kun tiedon määrä oli suuri.

*”Pitkältä vapaalta tullessa on paljon uutta asiaa, joka pitäisi pienessä ajassa pystyä omaksumaan.”*

Nykyisessä raportointimenetelmässä koettiin muiden moduuleiden potilaiden jäävän vieraiksi. Tieto muissa moduuleissa tapahtuvista mahdollisista akuuteista tilanteista ei siirry keskustelun puuttumisen vuoksi.

*”Miinuksena se, että kun moduuleittain saamme raportin, emme tiedä jos jossain moduulissa on uhkaava hätäsectio tai muuta akuuttia, mikä työllistää mahdollisesti useampia ihmisiä vuoronaikana.”*

**Nykyisen raportointimenetelmän kehittämisehdotuksia.** Hoitajilta kysyttiin mahdollisia kehittämissideoita nykyiseen raportointimenetelmään. Raportin toivottiin olevan ytimekkäämpi ja raporttilistassa koettiin olevan kehittämisen tarvetta. Toivottiin myös mahdollisuutta rauhalliseen raporttitilaisuuteen ja potilastietojen tarkentamiseen. Toisinaan koettiin, että nykyisessä raportointimenetelmässä ei ole kehitettävää. Ytimekkäämmällä raportilla tarkoitettiin sitä, että hoidon kannalta vain keskeiset asiat raportoidaan. Raporttilistan kehittäminen mainittiin tarpeelliseksi, mutta isoja puutteita siinä ei kuitenkaan koettu olevan.

*”Kerrotaan vain ne asiat mitkä eivät raporttipaperista selviä. Ei tarvitse kertoa koko potilaan elämäkertaa. Vain tähdelliset asiat.”*

*”Raporttilappua voisi varmaan vielä kehittää. Isoja puutteita siinä ei mielestäni ole.”*



Vastaajat toivoivat mahdollisuutta rauhalliseen raporttilaisuuteen ja potilastietojen tarkentamiseen. Rauhallinen raporttilaisuus tarkoitti rauhallista paikkaa potilastietoihin tutustumiseen. Potilastietojen tarkentaminen tarkoitti keskustelua muiden hoitajien kanssa ja tietokoneiden käyttöä tarvittaessa. Toisinaan koettiin, ettei nykyisessä raportointimenetelmässä ole kehittämisen tarvetta.

*”Rauhallisessa paikassa ei kansliassa.”*

*”Pitäisi olla enemmän aikaa perehtyä potilaiden tietoihin ennen työvuoron alkua.”*

*”Tällä hetkellä suullinen raportointi moduuleittain on toimiva.”*

### 6.3 Hiljainen raportointi

Opinnäytetyössä selvitettiin hoitajien käsityksiä hiljaisesta raportoinnista. Hiljaisen raportoinnin mainittiin tarkoittavan potilastietoihin perehtymistä sähköisestä potilastietojärjestelmästä, tarvittaessa keskustelua sekä raporttilistan mahdollista käyttöä raportoinnin tukena. Hiljaisessa raportoinnissa ei raportoida suullisesti. Potilastietoihin perehtyminen tarkoitti, että potilaan tiedot luetaan työvuoron alussa sähköisestä potilastietojärjestelmästä omatoimisesti.

*”Työvuoron alussa perehdytään potilaan asiakirjoihin, jonka jälkeen vasta aloitetaan hoitotyö ja otetaan vastuu omista potilaista.”*

Keskustelulla tarkoitettiin tarkentamisen mahdollisuutta edellisen työvuoron hoitajilta. Tällöin tarjoutuu mahdollisuus kysymiseen ja hoidon suunnitteluun. Raporttilistaa pidettiin hiljaiseen raporttiin kuuluvana. Se toimii tiedon saamisen tukena. Hiljaisessa raportoinnissa ei pidetä varsinaista suullista raporttia.

*”Tärkeät asiat keskustellaan vielä ennen edellisen vuoron lähtöä.”*

*”Joku raporttilappu tiedonhaun saamisen tukena.”*

*”Ei pidetä suullista raporttia.”*

**Hiljaisen raportoinnin hyviä puolia.** Hiljaisen raportoinnin hyväksi ominaisuudeksi esitettiin ajan säästyminen hoitotyölle. Hiljaisessa raportoinnissa siirtyvä tieto mainittiin oikeaksi ja puolueettomaksi ja sen mainittiin lisäävän oikeusturvaa. Ajan säästymisellä tarkoitettiin, että aikaa vapautuu enemmän potilastyöhön, koska edellinen vuoro voi jatkaa työtään hiljaisen raportoinnin aikana. Ajan säästämiseksi mainittiin myös raportointiajassa säästäminen. Tällöin raporttiaika lyhenee ja ajankäyttö on tehokkaampaa.

*”Ei sido kaikkia raportille samaan aikaan, vaan edellinen vuoro voi olla potilastyössä.”*

Oikealla ja puolueettomalla tiedon siirtymisellä tarkoitettiin tiedon siirtymistä turvallisesti ja puolueettomasti. Tällöin virheellinen tieto ei siirry ja hoitaja vastaa itse tiedon saamisesta. Siirtyvä tieto on puolueetonta, koska ennakkoasenteet jäävät pois. Potilaskeskeisyys lisääntyy, sillä potilaiden asiat eivät sekoitu keskenään.

*”Omatoimisesti tietenkin (koneella) tutustuminen ehkä lisää potilaskeskeisyyttä, koska täytyy jokaisen tiedot avata ja käydä alusta asti läpi.”*

Oikeusturvan mainittiin lisääntyvän, kun potilastietoihin perehdytään kunnolla ja tiedon joutuminen kolmannelle osapuolelle vähenee. Hiljaisessa raportoinnissa vain hoitava henkilökunta saa käyttöönsä potilaan tiedot. Myös kirjaamisen täsmällisyydestä johtuen oikeusturva lisääntyy. Hiljaisen raportoinnin myötä kirjaamisen mainittiin tarkentuvan ja parantuvan.

*”Lisää oikeusturvaa, koska suullisessa raportoinnissa aina jossain voi olla ylimääräiset kuulevat korvat.”*

*”Oikeusturva molemmin puolin voi jopa parantua, jos kirjaaminen hiljaisen raportin myötä tarkentuu ja paranee.”*

**Hiljaisen raportoinnin huonoja puolia.** Hiljaisen raportoinnin huonoiksi puoliksi mainittiin tiedon siirtymättömyys, ajanpuute ja keskustelun väheneminen. Tiedon siirtymättömyydellä tarkoitettiin sitä, että hiljainen, tärkeä ja arkaluontoinen tieto ei siirry. Myöskään tieto tekemättömistä asioista ei siirry. Koska hiljainen tieto eli kokemustieto ei siirry, uusien hoitajien perehdytys heikkenee ja oppimistilanteet jäävät pois. Tärkeän tiedon siirtymättömyydellä tarkoitettiin sitä, että hoitajilta saattaa jäädä jotain huomioimatta tiedon hukkuessa suureen tietomäärään. Potilasmateri-

aalin mainittiin olevan keskenään erilaista. Tällöin on vaarana, etteivät oleelliset asiat potilaan hoidosta siirry, tietomäärän ollessa suuri. Arkaluontoisiksi tiedoiksi mainittiin päihdeongelmat, psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat, hoitajien huolet ja havainnot, ajatukset, epäilyt ja aavistukset. Kaikkea tietoa ei voi kirjata potilasasia-kirjoihin. Tieto tekemättömistä asioista tarkoitti sitä, että tieto huomioitavista ja olennaisista asioista voi jäädä sanomatta tai tekemättä.

*”Hiljainen tieto” ei siirry nuoremmille sukupolville, uusien hoitajien perehdytys huonoa. (Suullisessa raportissa voidaan keskustella ja välittää tietoa+taitoa).”*

*”Tärkeä tieto voi hukkuu ”tiedon massaan” =tärkeää tietoa vaikea korostaa. Vaikea saada tietoa, jos on kirjattu vaillinaisesti tai huonosti.”*

*”Lisäksi raportilla voi puhua ääneen omaa huolta esim. potilaan psyykkisestä tilasta tai perhetilanteesta, josta ei kuitenkaan ole mitään muuta tietoa kuin oma intuitio- ja sitä ei voi kirjata potilaan tietoihin.”*

*”Saattaa jäädä huomioimatta tekemättömiä asioita, jotka pitäisi huomioida seuraavassa vuorossa.”*

Ajanpuutteella tarkoitettiin sitä, ettei hoitajilla ole riittävästi aikaa perehtyä potilastietoihin. Akuutit tilanteet hoitotyössä vievät aikaa potilastietoihin perehtymiseltä. Hoitovirhemahdollisuus kasvaa, koska asioita voi jäädä huomaamatta ajanpuutteen vuoksi. Tällöin potilaan kokonaisvaltainen hoito voi kärsiä. Toisaalta hiljaisen raportoinnin mainittiin olevan aikaavievää, jolloin tietokoneella kuluva aika on pois varsinaisesta potilastyöstä.

*”Potilaan tärkeitä tausta tietoja jää huomioimatta kun ei ehdi klikkailla koneella, pitää olla potilaille myös läsnä.”*

Keskustelun vähenemisellä tarkoitettiin keskustelun vähenemistä potilaan hoidosta ja potilastilanteista. Hoitotyön vertailut ja kollegiaalisen keskustelun mainittiin vähenävän. Toisaalta hiljaisesta raportoinnista ei mainittu olevan hyötyä.

*”Vähentää kollegoiden keskustelua potilaista/potilastilanteista.”*

*”Minusta siinä ei ole mitään hyötyä.”*

**Hiljaiseen raportointiin siirtymisen mahdollistavia tekijöitä.** Hiljaiseen raportointiin siirtymisen mahdollistavia tekijöitä mainittiin olevan laadukas kirjaaminen, käytännön järjestelyistä sopiminen ja keskustelumahdollisuuden järjestäminen. Laadukas kirjaaminen tarkoittaa, että kirjaamisen tulee olla riittävä, tarkempaa ja kuvailevampaa. Laadukkaasti kirjaamisen ansioista oikean tiedon löytyminen helpottuu. Käytännön järjestelyistä sopiminen tarkoitti rauhallista raportointipaikkaa, yhtenäisiä kirjaamistapoja ja ajan järjestämistä potilasasiakirjoihin tutustumiseen. Keskustelumahdollisuuden järjestäminen tarkoitti sitä, että hoitajilla tulee olla mahdollisuus tarkentamiseen.

*”Välillä mietin, että miten asia kirjattaisiin, jotta se tulee oikein ymmärretyksi.”*

*”Hiljainen raportointi voisi olla toimiva, kun yhteisistä käytännöistä (raportointi aika, kirjaamistavat, yms.) sovittu hyvin.”*

*”Täytyy olla mahdollisuus tarkistaa tulkinnanvaraiset asiat kirjauksen tehneeltä.”*

**Hiljaiseen raportointiin siirtymistä estäviä tekijöitä.** Hiljaiseen raportointiin siirtymisen estäviksi tekijöiksi mainittiin lyhyet hoitoajat, tietokoneisiin liittyvät ongelmat, muutosvastarinta ja kirjaamisen puutteellisuus. Lisäksi hiljaisen raportoinnin mainittiin olevan suuri potilasturvallisuusriski. Lyhyillä hoitoajoilla tarkoitettiin potilaiden suurta vaihtuvuutta osastolla. Tietokoneisiin liittyvillä ongelmilla tarkoitettiin tietokoneiden vähyyttä ja teknisiä ongelmia. Muutosvastarinnalla tarkoitettiin vanhemman polven työskentelytapoja osastolla. Kirjaamisen mainittiin olevan puutteellista, mikä koettiin hiljaiseen raportointiin siirtymisen estäväksi tekijäksi. Erityisesti puutteita oli potilasohjauksen kirjaamisessa.

*”Potilaita liikaa ja niiden vaihtuvuus liian nopeaa.”*

*”Tietokoneiden/työpisteiden vähyys olisi ongelma ainakin aamuvuoroissa sekä myös aamu- ja iltavuoron vaihtuessa.”*

*”Ainakin niin kauan kun vanhemman polven hoitajia on vielä remmissä.”*

*”Jos ei ole kirjattu mitä on tehty, niin silloin aukkoja potilashoidossa. Kirjauksen tärkeys korostuu.”*

#### 6.4 Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen

Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen koettiin osastolla tarpeelliseksi. Kehittäminen pitää sisällään koulutuksen ja suunnittelun ja yhteisistä käytännöistä kirjaamisesta sopimisen. Koulutuksessa ja suunnittelussa tarpeellisiksi huomioitaviksi asioiksi nousivat esille yhteiset pelisäännöt ja atk-ohjelmien yksinkertaistaminen. Koettiin, että kirjaaminen ja komponentit elävät vielä.

*”Kirjaamisasioita käydään läpi ajoittain esim. osastotunneilla.”*

Osastolla koettiin olevan liikaa erilaisia käytäntöjä kirjaamisessa. Vaikka yhteisiä fraaseja ja komponentteja oli käytössä, kirjaaminen koettiin päällekkäisenä. Tietoa ei ollut helppoa löytää suuresta tietomäärästä. Osastolla toivottiinkin kirjaamisen yhtenäistämistä. Kirjaamisen vaihtelevuuden mainittiin riippuvan myös kirjaajasta.

*”Kirjaaminen on sekavaa, monta eri hoitajaryhmää ja ymmärtää/pitää eri asioita tärkeänä.”*

*”Päällekkäisyyttä juuri voi esiintyä.. esim. jos synnyttäneen kohtu liruttaa niin se on kudoseheyttä – fraasin alainen kohdun supistumisen osalta, mutta vuoto erittämistä. Meillä ne kirjataan silti yhteen, jotta kokonaiskuva säilyy.”*

*”Nykyisin kirjaamisen yhtenäistämisen tarve kova.”*

**Väärinymmärrykset hoitotyön kirjauksissa.** Kyselyssä tuli ilmi, että väärinymmärryksiä hoitotyössä on lähinnä saattanut aiheuttaa lääkärin määräykset, jotka ovat olleet tulkinnanvaraisia. Vaaratilanteita ei kuitenkaan mainita tapahtuneen väärinymmärretyn kirjauksen vuoksi.

*”Joskus lääkärin määräykset ovat olleet tulkinnanvaraisia.”*

*”En ainakaan muista, että olisi. Mitään vaaratilanteita ei ole ainakaan sattunut.”*

Kysymykseen potilaan pääongelman löytymisestä saatiin vaihtelevia vastauksia. Pääongelman mainittiin löytyvän hoidon tuloksista/arviosta, kuumekurvalta, hoitotyön suunnitelmasta, hoidon tarpeesta/tulosyystä, lääkärin teksteistä, elämänkaari – komponentin alta, laboratorio-lehdeltä, hoitotyön teksteistä ja vaihtelevista pai-

koista. Hoidon tuloksista/arviosta mainittiin löytyvän tärkeimmät tiedot potilaan tilan muutoksista.

*”Aina ei osata kirjata esim. arviota päivästä -> olisi hyvä kommentti, mihin seuraava kiinnittää huomiota.”*

*”Lapsen tiedot helposti nähtävissä kurvalta ja tarkentuvat hoitotyön kirjauksista.”*

*”Oman erikoisalalan lääkärin tekstistä.”*

*”Ei mielestäni korostu missään, voi päätellä komponentin alla olevan tekstin määrästä.”*

## 6.5 Raporttilistan luotettavuus

Kysymykseen raporttilistan luotettavuudesta saatiin eriäviä vastauksia. Toisinaan oltiin sitä mieltä, että päivitetty raporttilista on luotettava. Raporttilistan mainittiin olevan hyvä apuväline hoitotyössä, mutta potilasasiakirjoista löytyy luotettava tieto. Raporttilistassa oleva tieto ei ole aina ajantasaista ja kyselystä kävi ilmi, että siihen luotetaan liikaa. Toisaalta raporttilistaa pidettiin luotettavana silloin, kun täytyi nähdä potilaan taustat.

*”Saattaa sisältää vanhaa tietoa tai oleellinen puuttua.”*

Raporttilistaa pidettiin hyvänä apuvälineenä muistamisen tukena. Sen mainittiin olevan tärkeä lyhennelmä potilaan perustiedoista, joka toimii tukena potilastyössä. Vastauksista kävi ilmi, että raporttilista ei ole virallista kirjaamista varten.

*”Epävirallinen raportti, johon on hyvä lisätä omia merkintöjä ja on tarpeen potilashuoneissa työskennellessä (tukena).”*

Vastauksista ilmeni, että potilasasiakirjoista löytyy luotettava tieto, sillä raporttilistaa ei aina ehditä tai muisteta päivittää. Se on usein kiireellä laadittu ja sen vuoksi potilastietojen oikeellisuuden tarkistaminen potilasasiakirjoista on tärkeää.

*”Tietenkin tarkistan oikeellisuuden, että pitää paikkansa.”*

## 7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

### 7.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tulosten mukaan Seinäjoen naistentautien ja synnytysten vuodeosaston hoitohenkilökunnan käsitysten mukaan on olemassa useita hyviä raportointimenetelmiä. Perinteinen hoitotyön raportointimenetelmä on suullinen raportointi (Puumalainen ym. 2003; Saranto ym. 2008, 160). Nykytekniikan kehittymisen myötä hiljainen raportointi hoitotyössä on tullut mahdolliseksi (Saranto ym. 2008, 150; Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri 2013). Muita hyviä hoitotyön raportointimenetelmiä mainittiin olevan edellisten yhdistelmä ja potilaanvierusraportointi.

**Nykyinen raportointimenetelmä.** Osastolla on tällä hetkellä käytössä suullinen raportti moduuleittain, jonka tukena käytetään epävirallista päivitettävää raporttilistaa. Raporttilistalla tarkoitetaan raportoinnin ja hoitotyön tukena käytettävää lomaketta, joka sisältää potilaan hoitoon liittyvät pääkohdat ja suunnitelmat. Hoitajat mainitsivat nykyisen raportointimenetelmän hyväksi puoliksi tiedon siirtymisen, tarkentamisen mahdollisuuden, ajan säästön ja uuden oppimisen ja omaksumisen. Suullisessa raportoinnissa siirtyvä tieto on monipuolisempaa ja laajempaa kuin hiljaisessa raportoinnissa tuotettu. Tutkimuksissa oli havaittu että suullisessa raportoinnissa on mahdollisuus tarkentaviin kysymyksiin (Jefferies ym. 2012; Johnson ym. 2014). Suullinen raportointi on tärkeä oppimiskokemus etenkin opiskelijoille (Payne ym. 2000; Skaalvikin ym. 2010). Osastolla koettiin nykyinen raportointimenetelmä aikaa säästäväksi moduulikohtaisten raporttien ansiosta.

Nykyisen raportointimenetelmän huonoiksi puoliksi mainittiin se, että potilastietojen tarkistaminen potilasasiakirjoista oli välttämätöntä. Aikaisempien tutkimusten ja teosten mukaan suullisen raportoinnin yhdeksi ongelmaksi oli mainittu raportointiin kuluva aika (Sexton ym. 2004; Benson ym. 2007; Lukkari ym. 2013, 124). Tämä ilmeni myös opinnäytetyön tuloksista. Hoitajat kokivat nykyisessä raportointimenetelmässä muissa moduuleissa hoidettavien potilaiden jäävän vieraksi. Huonoksi puoleksi mainittiin myös liiallinen luottaminen suulliseen raportointiin. Nykyisen raportointimenetelmän kehittämis ehdotuksiksi mainittiin raportin kehittäminen ytimekkäämmäksi. Myös raporttilistassa mainittiin olevan kehittämisen tarvetta.

Vastauksista ilmeni, että hoitajat toivoivat mahdollisuutta rauhalliseen raporttilaisuuteen ja potilastietojen tarkentamiseen. Aikaisempien tutkimusten ja teosten mukaan raporttilaisuus pyritään rauhoittamaan, sillä keskeytykset raportoinnin aikana lisäävät virheiden mahdollisuutta hoitotyössä (Payne ym. 2000; Benson ym. 2007; Meißner ym. 2007; Saranto ym. 2008, 160).

**Hiljainen raportointi.** Hoitajat mainitsivat hiljaisen raportoinnin tarkoittavan potilastietoihin perehtymistä sähköisestä potilastietojärjestelmästä. Hiljaisessa raportoinnissa mainittiin olevan mahdollisuus keskusteluun ja raporttilistan käyttöön. Hoitajien mainitsema hiljaisen raportoinnin määritelmä tukee aikaisemmissa tarkasteluissa ja kirjallisuudessa esiintynyttä määritelmää (Kassara ym. 2006, 63; Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri 2013).

Hiljaisen raportoinnin hyväksi puoliksi mainittiin ajan säästyminen hoitotyölle. Turtiaisen (2005, 126–131) ja Puumalaisen ym. (2003) mukaan hiljaisen raportoinnin myötä välitön potilastyö lisääntyy. Siirtyvän tiedon oikeellisuuden ja puolueettomuuden kerrottiin lisäävän oikeusturvaa. Potilaan ja hoitohenkilökunnan oikeusturva selkiintyy asianmukaisten ja riittävien potilasasiakirjamerkintöjen ansiosta (Niemi ym. 2006, 314).

Huonoiksi puoliksi hiljaisessa raportoinnissa mainittiin tiedon siirtymättömyys, ajanpuute ja keskustelun väheneminen. Hoitajat mainitsivat, että hiljaisessa raportoinnissa hiljaisen, tärkeän ja arkaluontoisen tiedon siirtymisessä on puutteita. Sarannon ym. (2008, 22) mukaan hiljainen tieto tarkoittaa kokemuksen kautta syntyvää tietoa. Se on perinteisiin nojaavaa tietoa, joka ei ole erityisen uudistava voimavara työyhteisössä (Toom ym. 2008, 7–11). Kyselyssä kävi ilmi, että hoitajilla ei ole riittävästi aikaa perehtyä potilastietoihin, jolloin hoitovirheen mahdollisuus kasvaa. Aikaisemmassa tutkimuksessa oli mainittu vaaratapahtumien aiheuttajaksi huonot henkilöstöresurssit (Pitkänen ym. 2014). Hiljaisen raportoinnin mainittiin olevan myös aikaavievää, mikä tarkoittaisi sitä, että tietokoneella kuluva aika olisi pois varsinaisesta potilastyöstä. Keskustelun väheneminen potilaan hoidosta ja potilastilanteista mainittiin hiljaisen raportoinnin huonoiksi puoliksi. Aikaisemmassa tarkastelussa on käynyt ilmi, että hoitajien välinen vuorovaikutus ja potilaskeskeisyys saattavat kärsiä siirryttäessä suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin (Lukkari ym. 2013, 124).



Kyselyssä kävi ilmi, että hiljaiseen raportointiin siirtymisen mahdollistavia tekijöitä ovat laadukas kirjaaminen, käytännönjärjestelyistä sopiminen ja keskustelumahdollisuuden järjestäminen. Aikaisemman kirjallisuuden (Niemi ym. 2006, 314; A 30.3.2009/298, 3§) mukaan hyvä kirjaaminen edistää potilaslähtöistä hoitotyötä. Kirjausten tulee olla laadultaan asianmukaisia ja täsmällisiä ja niiden tulee olla helposti saatavilla. Lain (L 9.2.2007/159, 2 luku, 4§) mukaan sähköisten tietojärjestelmien käytettävyys ja saatavuus tulee olla turvattu.

Hiljaiseen raportointiin siirtymisen estäviksi tekijöiksi mainittiin lyhyet hoitoajat, tietokoneisiin liittyvät ongelmat, muutosvastarinta ja puutteellinen kirjaaminen. Tämän lisäksi hiljaisen raportoinnin uskottiin olevan suuri potilasturvallisuusriski. Ylikorkala ja Tapanainen (2011, 332) mainitsevat hoitoaikojen lyhentyneen synnytys-sairaaloissa. Puumalaisen ym. (2003) tutkimuksessa ilmeni, että potilasasiakirjat eivät olleet aina saatavilla. Muutosvastarintaasaattaa esiintyä silloin, jos joudutaan luopumaan tutusta ja turvallisesta toimintatavasta. Muutosvastarinta voi myös toimia uuden luomisen lähtökohtana. (Stenvall & Virtanen 2007, 100–101.) Potilasturvallisuus voi vaarantua, jos tieto ymmärretään väärin tai sitä ei ole merkitty lainkaan potilasasiakirjoihin (Aaltonen & Rosenberg 2013, 312).

**Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen.** Osastolla koettiin tarpeelliseksi hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Se pitää sisällään koulutuksen, suunnittelun ja yhteisistä kirjaamiskäytännöistä sopimisen. Sexton ym. (2004) ja Saranto ym. (2008, 12, 147) painottavat jatkuvan koulutuksen tärkeyttä hoitohenkilökunnan ammattitaidon ajan tasalla pitämiseksi. Yhteisillä käytännöillä pyritään edistämään hoitotietojen käyttöä potilaan parhaaksi. Hoitajat mainitsivat, että väärinymmärryksiä hoitotyön kirjauksissa saattaa esiintyä lähinnä lääkärin määräyksissä. Vaaratilanteita ei kuitenkaan mainita tapahtuneen väärinymmärrysten vuoksi.

Potilaan pääongelman löytymisestä potilasasiakirjoista saatiin vaihtelevia vastauksia. Sen kerrottiin löytyvän muun muassa hoidon tuloksista ja arviosta, kuumekurvalta ja lääkärin teksteistä. Rajamäen (2015) mukaan potilaan pääongelma tulisi löytyä hoitotyön fraasin viimeisestä kohdasta: hoidon tulokset ja arviointi – komponentin kohdalta. Jokaisen hoitajan tulisi työvuoronsa aikana kirjata potilaan pääongelma sille sovittuun kohtaan potilaan asiakirjoissa. Näin seuraavaan vuoroon tuleva hoitaja saa tiedon helposti, mihin kiinnittää huomiota potilaan hoidossa.

**Raporttilistan luotettavuus.** Hoitajat vastasivat kysymykseen raporttilistan luotettavuudesta ja potilaan pääongelman löytymisestä. Raporttilistan luotettavuuteen liittyvään kysymykseen saatiin hyvin eriäviä vastauksia. Sen mainittiin olevan hyvä apuväline ja päivitetyn raporttilistan kerrottiin olevan luotettava. Toisaalta luotettavan tiedon mainittiin löytyvän potilasasiakirjoista. Aikaisemmissa tutkimuksissa ilmeni, että raporttilistat ovat hyvä apuväline hoitotyössä (Puumalainen ym. 2003; Benson ym. 2007; Tucker ym. 2009). Työvuorojen vaihtuessa tulee tiedon siirtyä seuraavalle vuorolle luotettavasti ja tehokkaasti (Kassara ym. 2004, 53).

## 7.2 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista

Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2014 aiheen valinnalla. Tärkeä ja ajankohtainen aihe löytyi Seinäjoen keskussairaalan naistentautien ja synnytysten vuodeosastolta. Osastolla on tarkoituksena siirtyä vähitellen hiljaiseen raportointimietelmään, joten päätimme ottaa haasteen vastaan ja tuottaa osastolle tietoa hiljaisesta raportoinnista. Aiheen rajaaminen tuntui aluksi haasteelliselta. Päädyimme rajaamaan aihealueen koskemaan raportointia ja rakenteista kirjaamista, jotta saisimme tuotettua kattavasti tietoa kyseisestä aiheesta.

Laadimme aluksi opinnäytetyön suunnitelman, jossa kerrottiin opinnäytetyön eteneminen vaihe vaiheelta. Etsimme opinnäytetyöhön tietoa monista eri lähteistä. Englanninkielisiä hoitotieteellisiä artikkeleita etsimme Cinahl – tiedonhausta ja suomenkielisiä artikkeleita ja kirjallisuutta Melinda, Medic ja Arto – tietokannoista sekä Seinäjoen korkeakoulukirjaston omista tietokannoista. Tieto löytyi hyvin oikeiden hakusanojen myötä. Aikaisemmat tutkimukset täydensivät toisiaan ja näin pystyttiin varmistumaan tiedon oikeellisuudesta.

Suunnitelman valmistuttua tehtiin tutkimuslupahakemus (Liite 4.) Seinäjoen keskussairaалalle syksyllä 2014. Opinnäytetyön suunnitelma käsiteltiin johtoryhmän kokouksessa ja saimme luvan opinnäytetyöhömmе naistentautien ja synnytysten vuodeosastolta. Veimme kyselyn osastolle marras-joulukuun vaihteessa. Vastausaika annettiin reilu kolme viikkoa. Kyselyyn vastanneiden hoitajien määrä jäi odotettua alhaisemmaksi. Tämä saattoi johtua siitä, että kyselyssä oli liian monta avointa kysymystä. Epäilemme, että osastolla vallitsevan kiireen vuoksi, kaikki hoitajat eivät ehtineet vastata kyselyyn ja jotkut vastauksista jäivät lyhyiksi. Tämä ilmeni myös palautteista, joita vastaajat olivat kirjoittaneet kyselyn loppuun.

Aineiston analyysi oli aikaavievää, sillä aineistoa oli paljon laajan kyselyn vuoksi. Koimme kuitenkin, että kaikki kyselyn kysymykset olivat tarpeellisia opinnäytetyön luotettavuuden kannalta. Itse sisällön analyysi oli meille vierasta, joten alkuun pääseminen tuotti hankaluuksia. Saimme lopulta koottua useita mielestämme päteviä taulukoita, joista selviää analyysin päättelyprosessin kulku. Tulosten kirjoittaminen tuntui mielestämme melko vaivattomalta perusteellisesti tehtyjen taulukoiden ansiosta. Pohdinta osuudessa käsitelimme opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta. Mielestämme ne toteutuivat työssämme. Opinnäytetyön ohjaaja, kaksohjaaja, opponentit, äidinkielen ja englanninkielen opettajat antoivat arvokkaita neuvoja työmme kehittämiseen. Opinnäytetyön valmistuttua, se lähetettiin plagiaattitunnistusjärjestelmä Urkundiin.

Opinnäytetyön esitykseen kutsuttiin koko Seinäjoen keskussairaalan naistentautien ja synnytysten vuodeosaston hoitohenkilökunta. Opinnäytetyöprosessi oli itsessään hyvä oppimiskokemus. Tutkimustyö on haastavaa ja siihen tarvitaan tekijöiden täysi keskittyminen. Opinnäytetyön tekeminen asetti haasteita ajankäytön suunnittelulle muiden koulutehtävien ja työharjoittelujen lomassa. Ammatillisen kehittymisen kannalta aihealue oli tärkeä, sillä rakenteinen kirjaaminen on tärkeä osa hoitotyötä. Hiljainen raportointi on tulevaisuutta ja omien kokemusiemme mukaan siihen siirtymistä harkitaan monessa yksikössä. Aineistoon tutustumisen myötä, olemme ymmärtäneet hiljaisen raportoinnin haasteet ja mahdollisuudet. Rakenteiseen kirjaamiseen perehtyminen auttaa meitä tulevassa sairaanhoitajan ammatissa tuottamaan systemaattista potilastietoa, jota voidaan hyödyntää monen eri tarkoitukseen.

Opinnäytetyöllä on merkitystä myös yhteiskunnalle. Hiljaisen raportoinnin myötä välitön potilastyö lisääntyy, joka saattaa säästää kustannuksia hoitotyössä. Raportointiin kuluva aika voidaan hiljaisen raportin ollessa käytössä käyttää potilastyöhön ja näin saatetaan säästyä lisävoiman palkkaamiselta hoitotyöhön. Tämä vähentäisi henkilöstökuluja terveydenhuollossa. Yhteiskunnalle on merkittävää myös potilaan ja hoitajan oikeusturvan paraneminen hiljaisen raportoinnin myötä. Kiihtämme suuresti myös opinnäytetyön aineiston tuottamiseen osallistuneita, kyselyyn vastanneita hoitajia sekä osastonhoitajaa sujuvasta yhteistyöstä.

### 7.3 Eettisyys

Eettisesti hyvään tutkimukseen tarvitaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyväksymiä hyviä toimintatapoja, tieteellistä tietoa ja taitoa. Opinnäytetyössä on sovellettu hyvien toimintatapojen mukaisesti eettisesti kestäviä tutkimusmenetelmiä, joihin kuuluvat opinnäytetyön tiedonhankinta, tutkimus ja arviointi. Opinnäytetyössä on otettu huomioon muiden tutkijoiden työt ja saavutukset ja annettu niille kuuluva arvo. Opinnäytetyön tuloksia julkaistaessa on otettu huomioon aikaisemmat tutkimukset ja niiden merkitys. Opinnäytetyön jokainen vaihe on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti tieteellisen tiedon vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Kuula 2006, 34–35.)

Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 211) esittävät Pietarisen (2002) määrittelemät kahdeksan eettistä vaatimusta, joita opinnäytetyössä noudatetaan. Älyllisen kiinnostuksen vaatimus tarkoittaa, että tutkijat ovat aidosti kiinnostuneita uuden tiedon hankkimisesta. Tunnollisuuden vaatimus toteutuu, kun tutkijat paneutuvat tunnollisesti aihealueeseensa. Vilpin harjoittaminen on ehdottoman kiellettyä, jotta rehellisyyden vaatimus toteutuu. Opinnäytetyön ei tule tuottaa kohtuutonta vahinkoa, tällöin toteutuu vaaran eliminoimisen vaatimus. Opinnäytetyön tekemisessä kunnioitettiin ihmisarvoa ja ihmisten moraalisia arvoja. Kyselyyn osallistumisen ja kieltäytymisen tulee olla vapaaehtoista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212, 219.) Avoimessa kyselyssä, joka suunnattiin naistentautien ja synnytysten vuodeosastolle, pyydettiin tutkittavia vastaamaan kyselyyn nimettömänä. Tällä tavalla varmistettiin, ettei kukaan vastaajista tule tunnistetuksi.

Tutkimusetiikan periaatteena on hyödyllisyys. Hyöty ei aina kohdistu tutkittavana olevaan henkilöön, mutta sitä voidaan hyödyntää tulevaisuudessa uusiin potilaisiin ja asiakkaisiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.) Sosiaalisen vastuun vaatimus tarkoittaa, että opinnäytetyön tekijät käsittelevät tieteellistä informaatiota eettisten vaatimusten mukaisesti. Opinnäytetyöstä on nähtävissä alkupe räislähteet ja lähdeviitteet. Opinnäytetyön tekijöiden toimintatapa oli sellainen, että se edisti opinnäytetyön tekemisen mahdollisuuksia, tämä on ammatinharjoituksen edistämistä. Opinnäytetyön tekijät suhtautuvat toisiaan kohtaan arvostavasti ja tällöin toteutuu kollegiaalinen arvostus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.) Lääketieteen eettiset normit, joita myös ihmistieteissä käytetään, rakentuvat neljän pääperiaatteen ympärille. Nämä normit ovat vahingon välttämisen periaate, hyötyperiaate, oikeudenmukaisuuden periaate sekä autonomian kunnioit-

tamisen periaate. Lisäksi niihin kuuluu tutkittavia koskevien tietojen salassa pitäminen, eli luottamuksellisuuden periaate. (Kuula 2006, 55, 233.)

#### 7.4 Luotettavuus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi poikkeaa kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija joutuu ottamaan yhtä aikaa kantaa työnsä luotettavuuteen ja analyysin kattavuuteen. Tutkijan apuna analyysin teossa ovat vain arkielämän perussäännöt, teoreettinen oppineisuus ja ennakko-oletukset. (Eskola & Suoranta 2008, 208.)

Tutkimuksen luotettavuuden ja uskottavuuden takaa hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Siihen kuuluvat mm. tutkijan huolellisuus, rehellisyys ja tarkkuus jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. (Kuula 2006, 34.) Niitä noudatettiin opinnäytetyössä. Kyselyn tuloksia tulkittiin rehellisesti ja objektiivisesti, eikä tekijöiden mielipiteiden annettu vaikuttaa vastauksien tulkitsemisessä.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tekijöiden tarkka selostus tutkimuksen vaiheista ja aikataulusta. On kerrottava selvästi ja totuudenmukaisesti, esimerkiksi paikoista ja olosuhteista, joissa aineistot kerättiin. Aineiston analysointivaiheessa käytettyjen luokittelujen alkujuuret ja perusteet on kerrottava lukijalle. (Eskola & Suoranta 2008, 212; Hirsjärvi ym. 2013, 232.) Tutkimusta tekevä työskentelee yleensä yksin, jolloin on vaarana, että tulee sokeaksi omalle työlleen. Tutkimusprosessin kuluessa tutkijan on varottava niin sanottua holistista harhaluuloa, jossa tutkija tulee yhä vakuuttuneemmaksi johtopäätöstensä oikeellisuudesta. Kuitenkaan tutkijan muodostama malli ei välttämättä kuvaa todellisuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija toimii itse keskeisenä tutkimusvälineenä. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimusraportit sisältävät paljon omaa pohdintaa ja ne ovat henkilökohtaisempia kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Opinnäytetyötä tehdessä aiheeseen saatiin eri näkökulmia, sillä työ tehtiin kahden opiskelijan voimin. (Eskola & Suoranta 2008, 210.)

Tässä opinnäytetyössä käytettäviä luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ovat Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 197) mainitsevat uskottavuus ja siirrettävyys. Uskottavuus edellyttää, että lukija ymmärtää analyysin tekovaiheet sekä tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Uskottavuuden kriteereinä on myös se, miten

hyvin sisällönanalyysin kategoriat tai luokitukset kattavat aineiston. Eskolan ja Suorannan (2008, 211) mukaan uskottavuus tarkoittaa, että tutkijan tulee tarkistaa ovatko tutkijan itsensä ja tutkittavien käsitykset keskenään vastaavia. Siirrettävyys on tarpeen, jos toinen lukija haluaa seurata prosessia. Se edellyttää tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien taustojen ja osallistujien valinnan huolellista selvittämistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Tutkimukseen saadaan lisää varmuutta, kun analysoinnissa otetaan huomioon tutkijoiden ennakkoletukset. Vahvistuvuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen päätelmät saavat vahvistusta aikaisemmista vastaavista tutkimuksista. (Eskola & Suoranta 2008, 212.) Tutkijoiden tulee välttää tutkimustulosten tekaistujen havaintojen esittämistä ja niiden vääristelyä, luvaton lainaamista ja alkuperäisen tutkimusidean esittämistä omissa nimissään. (Kuula 2006, 37–38.)

Realistinen luotettavuusnäkemys jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin eli pätevyteen. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen käsitteellisten ja teoreettisten määrittelyjen sopusointua. Sillä osoitetaan tutkijan tieteenalan hallinnan ja tieteellisen otteen voimakkuutta. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tehtyjen tulkintojen, johtopäätösten ja aineiston välisen suhteen pätevyyttä. Ulkoisella validiteetilla arvioidaan enemmän tutkijan kuin tutkittavien käyttäytymistä. (Eskola & Suoranta 2008, 213.)

Reliabiliteetti kuuluu realistiseen luotettavuusnäkemykseen. Kun aineiston tulkinta ei sisällä ristiriitaisuuksia, sanotaan sen olevan reliaabeli. Mäkelä (1990) mainitsee teoksessa (Eskola & Suoranta 2008, 214–217) Johdatus laadulliseen tutkimukseen, että laadullisen aineiston arvioinnissa huomioitavia asioita ovat aineiston yhteiskunnallinen merkitys ja riittävyys, analyysin kattavuus, arvioitavuus ja toistettavuus. Opinnäytetyön luotettavuudesta kertoo myös se, että tutkimuksessa on käytetty aikaisempia tutkimuksia, tieteellisiä artikkeleita, ja muuta luotettavaa kirjallisuutta lähteenä.

## 7.5 Johtopäätökset

Osastolla on tällä hetkellä käytössä suullinen raportointimenetelmä moduuleittain. Se on pääosin koettu hyväksi raportointimenetelmäksi. Moduulikohtaisella raportoinnilla saavutettiin aikaa säästäviä etuja. Tiedon siirtyminen nousi kyselyn vastauksissa usein esille. Hoitajat kokivat, että tieto siirtyy paremmin suullisessa rapor-

tissa. Toisaalta siirtyvä tieto on sisällöltään erilaista hiljaisessa ja suullisessa raportoinnissa. Suullisessa raportoinnissa arkaluontoiset asiat siirtyvät hyvin toisin kuin hiljaisessa raportissa, jossa tieto siirtyy pääasiassa hoitotyön kirjausten välityksellä. Kokemustieto siirtyy paremmin suullisen raportoinnin välityksellä ja se voi jäädä hiljaisessa raportoinnissa puuttumaan. Hiljaisessa raportoinnissa siirtyvä tieto on toisaalta puolueetonta eikä sisällä ennakoasenteita.

Hiljaisen raportoinnin haasteeksi nousi tiedon löytyminen suuresta tietomäärästä. Tämän vuoksi täsmällinen rakenteinen kirjaaminen on suuressa asemassa hiljaisessa raportoinnissa. Kysymykseen potilaan pääongelman löytymisestä saatiin hyvin eriäviä vastauksia, mikä kertoo kirjaamisen yhtenäistämisen tarpeesta. Hiljaiseen raportointiin siirtyminen edellyttää yhteisiä kirjaamiskäytäntöjä ja jatkuvaa koulutusta. Täsmällinen kirjaaminen vahvistaa sekä potilaan että hoitajan oikeusturvaa. Hiljaiseen raportointiin siirtymisen haasteita ovat muun muassa lyhyet hoitajat ja tietokoneisiin liittyvät ongelmat. Potilaiden vaihtuvuus on nopeaa naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla, mikä koettiin suureksi esteeksi hiljaiseen raportointiin siirtymisessä. Hiljainen raportointi saattaisikin olla mahdollista etenkin pitkäaikaisvuodeosastolla, jossa potilaiden vaihtuvuus on pieni. Tietokoneiden vähyytensä ja niiden tekniset ongelmat saattaisivat kyselyn mukaan vaikeuttaa hiljaista raportointia. Parhaaksi tiedonvälityksen menetelmäksi nousi suullisen ja hiljaisen raportoinnin yhdistelmä. Raporttilista koettiin tarpeelliseksi apuvälineeksi hoitotyössä. Hoitajat mainitsivat kuitenkin, että luotettavin tieto löytyy potilasasiakirjoista.

## **7.6 Jatkotutkimusehdotukset**

Jos naistentautien ja synnytysten vuodeosastolla siirryttäisiin vakituisesti hiljaiseen raportointiin, jatkotutkimusaihe voisi olla hiljaisen raportoinnin etujen ja haittojen selvittäminen hoitajien kokemana. Lisäksi voitaisiin selvittää hoitajien kokemuksia siitä, miten hiljaiseen raportointiin siirtyminen on vaikuttanut hoitotyön kirjaamisen kehittymiseen. Raportointiin ja kirjaamiseen kuluvan ajankäytön kartoittaminen hiljaiseen raportointiin siirtymisen jälkeen voisi olla tarpeellista.

## LÄHTEET

A 30.3.2009/298. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista.

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

Benson, E., Rippin-Sisler, C., Jabusch, K. & Keast, S. 2007. Improving nursing shift-to-shift report. *Journal of Nursing Care Quality*, 22 (1), 80–84.

Brown, J. & Sims, S. 2014. Nursing clinical handover in neonatal care. *Contemporary Nurse*, 49, 50–59.

Eskola, A. 1975. Sosiologian tutkimusmenetelmät II. Helsinki: WSOY.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. uud. p. Jyväskylä: Vastapaino.

Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri. Naistentautien ja synnytysten vuodeosasto H01. [Verkkójulkaisu]. [Viitattu 15.4.2015]. Saatavana: [http://www.epshp.fi/1/yksikoiden\\_sivut/operatiivinen\\_toiminta/naistentautien\\_ja\\_synnytysten\\_toimintayksikko/naistentautien\\_ja\\_synnytysten\\_vuodeosasto](http://www.epshp.fi/1/yksikoiden_sivut/operatiivinen_toiminta/naistentautien_ja_synnytysten_toimintayksikko/naistentautien_ja_synnytysten_vuodeosasto)

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

Hartikainen, K., Häyrinen, K., Luomala, T., Komulainen, J., Porrasmaa, J. & Suhonen, M. 2009. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt: Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala- ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa, Versio 3.0. [Verkkójulkaisu]. [Viitattu 15.4.2015]. Saatavana: [http://www.kanta.fi/documents/10180/3441111/Ydintiedot\\_otsikot\\_nakymat\\_opas\\_uusi.pdf](http://www.kanta.fi/documents/10180/3441111/Ydintiedot_otsikot_nakymat_opas_uusi.pdf)

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 18. painos. Jyväskylä: Tekijät ja Kirjayhtymä Oy.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Jefferies, D., Johnson, M. & Nicholls, D. 2012. Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. *Contemporary Nurse*, 42 (1), 129–138.

Johnson, M., Sanchez, P., Suominen, H., Basilakis, J., Dawson, L., Kelly, B. & Hanlen, L. 2014. Comparing nursing handover and documentation: forming one set of patient information. *International Nursing Review*, 61 (1), 73–81.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.



- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen H. 2006. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- Kerr, M. 2002. A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (2), 125–134.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Koivunen, E., Kankkunen, P. & Suominen, T. 2007. Hoitohenkilöstön käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. *Tutkiva hoitotyö*, 5 (3), 10–15.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
- L 22.4.1999/523. Henkilötietolaki.
- L 6.6.2003/423. Kielilaki.
- L 9.2.2007/159. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä.
- L 30.11.2012/690. Potilasasiakirjat ja hoitoon liittyvä materiaali.
- L 7.11.2014/917. Tietoyhteiskuntakaari.
- Lamond, D. 2000. The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (4), 794–804.
- Lehti, T. 2004. Hoitotyön kirjaamisen kehitys Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. *Tutkiva hoitotyö*, 2 (2), 4–9.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Matic, J., Davidson, P.M. & Salamonson, Y. 2011. Review: bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 184–189.
- Mattila, P. 2007. Johdettu muutos: Avaimet organisaation hallittuun uudistumiseen. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Meißner, A., Hasselhorn, H-M., Estry-Behar, M., Ne´zet, O., Pokorski, J. & Gould, D. 2007. Nurses' perception of shift handovers in Europe – results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing*, 535–542.

- Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. 1. painos Helsinki: Edita Prima.
- Payne, S., Hardey, M. & Coleman, P. 2000. Interactions between nurses during handovers in elderly care. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (2), 277–285.
- Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri. Päivitetty 25.11.2013. Hoitotyön kirjaaminen, raportointi ja hoitoisuusluokitus. [Verkojulkaisu]. Saatavana: <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=24106>
- Pitkänen, A., Teuho, S., Ränkimies, M., Uusitalo, M., Oja, K. & Kaunonen, M. 2014. Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien taustalla olevat tekijät. *Hoitotiede*, 26 (3), 177–189.
- Puumalainen, A., Långstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjallisen tiedon välitykseen. *Tutkiva hoitotyö*, 1 (1), 4–9.
- Rajamäki, M. 2014. Osastonhoitaja. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoidopiiri: Seinäjoen keskussairaala: Naistentautien ja synnytysten vuodeosasto. Esimerkkitulo- te hoitotyön sähköisestä kirjaamisesta osastolla 29.1.2014.
- Rajamäki, M. 2015. Kommentteja pohdintaan. [Henkilökohtainen sähköpostiviesti]. Vastaanottaja: Hanna Valonen ja Janika Mäki. [Viitattu 9.4.2015].
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, AL. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Sexton, A., Chan, C., Elliott, M., Stuart, J., Jayasuriya, R. & Crookes, P. 2004. Nursing handovers: do we really need them? *Journal of Nursing Management*, 12, 37–42.
- Skaalvik, M., Normann, H. & Henriksen, N. 2010. To what extent does oral shift report stimulate learning among nursing students? A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, (19), 2300–2308.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen: opas terveydenhuollon henkilöstölle. Helsinki: Edita Oyj.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Timonen, L. & Sihvonen M. 2000. Patient participation in bedside reporting on surgical wards. *Journal of Clinical Nursing*, (9), 542–548.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Perinataalitilasto: synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2013. Helsinki: Suomen virallinen tilasto.
- Toom, A, Onnismaa, J. & Kajanto, A. 2008. Hiljainen tieto: tietämistä, toimimista, taitavuutta. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Tucker, A., Brandling, J. & Fox, B. 2009. Improved record-keeping with reading handovers. *Nursing Management*, 16 (8), 30–34.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 5. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Turtiainen, T. 2005. Hoitotyön kirjaamiseen perustuva raportointikäytäntö osastolla K10 Helsingin lasten ja nuorten sairaalassa. Teoksessa Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 126–131.
- Virta-Helenius, M., Mäenpää, I. & Eriksson, E. 2004. Hoitotyön päivittäinen kirjaaminen neurologian vuodeosastoilla. *Tutkiva hoitotyö*, 2 (2), 10–15.
- Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. 2011. Naistentaudit ja synnytykset. 5. uud. p. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.

## **LIITTEET**

Liite 1 Kysely osastolle

Liite 2 Saatekirje osastolle

Liite 3 Esimerkki sisällönanalyysistä

Liite 4 Tutkimuslupahakemus

**LIITE 1 Kysely osastolle****Kysely naistentautien ja synnytysten vuodeosaston H01 hoitohenkilökunnalle**

Ammattinimike \_\_\_\_\_

1. Kuvaile, millainen raportointimenetelmä teillä on tällä hetkellä käytössä osastollanne?
2. Kerro, mitä ajattelet nykyisestä raportointimenetelmästä, joka on käytössä osastollanne? Perustele, miksi se on hyvä tai huono menetelmä?
3. Miten nykyistä raportointimenetelmää voisi kehittää?
4. Mitä ymmärrät käsitteellä hiljainen raportointi?
5. Mitä **hyötyä** ajattelet hiljaisesta raportoinnista olevan?
6. Mitä **haittaa** ajattelet hiljaisesta raportoinnista olevan?
7. Onko mielestäsi mahdollista, että osastollanne siirrytään kokonaan hiljaiseen raportointiin?  
 kyllä                       ei  
Perustele, miksi?
8. Kuvaile, millaisia vaikutuksia hiljaisella raportoinnilla on potilaskeskeisen hoitotyön kannalta?
9. Kuvaile, millaisia vaikutuksia hiljaisella raportoinnilla on potilaan ja hoitajan oikeusturvaan?
10. Kirjaaminen on merkittävä osa hiljaisessa raportoinnissa. Millainen käytäntö yksikössä on sovittu kirjaamisesta potilasasiakirjoihin?
11. Arvioi sähköiseen potilastietojärjestelmään tehtyä kirjaamista, onko se esim. tarpeeksi täsmällistä yms.?
12. Onko sinulle tullut vastaan tilanteita, jossa kirjattu tieto on ymmärretty väärin, jos on, niin minkälaisia?
13. Arvioi, tiedon **löytymistä** potilasasiakirjoista. Löytyykö oleellinen tieto helposti? Jos ei löydy, mitä parannuksia pitäisi tehdä? Millainen tieto on tärkeää löytää helposti?

14. Kuvaile, mistä potilaan pääongelman löytää vaivattomasti potilasasiakirjoista?
15. Onko raporttilista/apulista/apulomake luotettava tietolähde potilaan hoidossa? Jos ei, miksi? Jos on, perustele miksi?
16. Mikä olisi mielestäsi paras tapa saada ajantasainen ja luotettava tieto potilaan hoidosta?

**LIITE 2 Saatekirje osastolle****Saatekirje liittyen kyselyyn, joka tehdään naistentautien ja synnytysten vuodeosaston hoitohenkilökunnalle**

Arvoisa vastaanottaja,

teemme opinnäytetyötä, joka käsittelee hiljaista raportointia. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa rakenteisesta kirjaamisesta ja hiljaisesta raportoinnista sekä selvittää kyselyn avulla hoitohenkilökunnan käsityksiä aiheesta. Opinnäytetyö valmistuu keväällä 2015.

Kyselyn tarkoituksena on kerätä tietoa osaston nykyisestä raportointikäytännöstä ja selvittää osaston hoitohenkilökunnan näkökulmia hiljaisesta raportoinnista. Kyselyssä on 16 avointa kysymystä ja siihen vastataan nimettömänä. Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan kyselyyn osastollanne 12.11. – 5.12.2014 välisenä aikana.

Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja Teillä on halutessanne oikeus kieltäytyä siitä. Toivomme kuitenkin, että vastaatte kyselyyn, sillä Teiltä saamamme tiedot ovat arvokkaita ja merkityksellisiä. Tämän vuoksi huolellinen vastaaminen on ensiarvoisen tärkeää. Teiltä saatuja tietoja käytetään ainoastaan tämän tutkimuksen tekemiseen, eikä niitä luovuteta muuhun käyttöön.

Jos Teillä ilmenee jotain kysyttävää, olkaa rohkeasti yhteydessä meihin tai opinnäytetyön ohjaajaamme Helinä Mesiäislehto-Soukkaan (helina.mesiäislehto-soukka@seamk.fi).

Olemme erittäin kiitollisia yhteistyöstänne.

Terveisin,

Sairaanhoitajaopiskelija  
Janika Mäki  
045 xxx xxxx  
janika.maki@seamk.fi

Sairaanhoitajaopiskelija  
Hanna Valonen  
050 xxx xxxx  
hanna.valonen@seamk.fi

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö  
Hoitotyön koulutusohjelma

### LIITE 3 Esimerkki sisällönanalyysistä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
<p>Aikaa jää hoitotyölle enemmän.</p> <p>Raportointiajan voi käyttää hoitotyöhön.</p> <p>Ei sido kaikkia raportille samaan aikaan, vaan edellinen vuoro voi olla potilastyössä.</p> <p>Enemmän aikaa potilastyöhön.</p> <p>Aamu hoitaja voisi jatkaa työntekoa, iltahoitaja voi lukea työhön tullessa...</p> <p>Siinä vapautuu aikaa potilastyöhön.</p> <p>Enemmän aikaa potilaalle varsinaiseen hoitotyöhön.</p>	<p>Raportointiajan voi käyttää hoitotyöhön</p> <p>Ei sido kaikkia raportille</p> <p>Edellinen vuoro voi olla potilastyössä</p> <p>Aikaa vapautuu potilastyöhön</p> <p>Aikaa varsinaiseen hoitotyöhön</p>	<p>Enemmän aikaa potilaalle</p>	<p>AIKAA SÄÄSTYY ENEMMÄN HOITOTYÖLLE</p>
<p>Ajan säästö?</p> <p>Raportti aika lyhenee.</p> <p>Aika raportointiin lyhenee.</p> <p>Ajankäyttö tehokkaampaa, jää turha löpöttely pois.</p> <p>Raporttiin ja keskusteluun ei mene aikaa.</p> <p>Aikaa ei mene raportointiin.</p>	<p>Aikaa säästyy</p> <p>Raporttiaika lyhenee</p> <p>Ajankäyttö tehokkaampaa</p> <p>Turhat puheet jää pois</p>	<p>Raportointiajassa säästäminen</p>	
<p>Virheellistä tietoa ei pääse siirtymään. Hoitaja on itse vastuussa tiedon saamisesta.</p> <p>Potilastietojen turvallisempi siirtyminen työntekijältä toiselle.</p> <p>Oikea aikainen tieto potilaasta.</p>	<p>Virheellinen tieto ei siirry</p> <p>Hoitaja vastaa itse tiedon saamisesta</p> <p>Tiedon turvallinen siirtyminen</p> <p>Oikea-aikainen tieto siirtyy</p>	<p>Oikea tieto siirtyy turvallisesti</p>	<p>SIIRTYVÄ TIETO ON OIKEAA JA PUOLUEETONTA</p>
<p>Ei tehdä potilaasta ennakoasennetta toisen kertoman mukaan.</p>	<p>Ennakoasenteet jäävät pois.</p>	<p>Siirtyvä tieto on puolueetonta</p>	
<p>Omatoimisesti tietenkin (koneella) tutustuminen ehkä lisää potilaskeskeisyyttä, koska täytyy jokaisen tiedot avata ja käydä alusta asti läpi.</p> <p>Pystyy keskittymään yhteen potilaaseen täysin ja jäävät ylimääräiset häiriötekijät pois.</p>	<p>Tiedot täytyy lukea perusteellisesti alusta asti</p> <p>Ylimääräiset häiriötekijät jää pois</p> <p>Potilaiden asiat eivät sekoitu keskenään</p> <p>Kokonaisvaltainen hoito</p>	<p>Potilaskeskeisyys lisääntyy</p>	



<p>Kun lukee itse koneelta ei ehkä mene eri potilaiden asiat niin helposti sekaisin.</p> <p>Ainoastaan potilaan hoitoon osallistuvat lukevat potilaspapereita.</p> <p>Jos aikaa käydä "pot paperit" hyvin läpi, niin kokonaisvaltainen hoito toteutuu paremmin.</p>	<p>toteutuu</p>		
<p>Jos sattuu hoitovirhe, syystä ettei ole perehtynyt asiapapereihin oikeusturva heikko, sillä olet ottanut vastuun hoidosta ja vaikka syy olisi kiire ja ajanpuute, niin heikoilla hoitaja on!</p>	<p>Potilastietoihin perehtyminen</p> <p>Vastuun ottaminen hoidosta</p>	<p>Lisää oikeusturvaa kun perehdytään kunnolla potilastietoihin.</p>	<p>LISÄÄ OIKEUSTURVAA</p>
<p>Lisää oikeusturvaa, koska suullisessa raportoinnissa aina jossain voi olla ylimääräiset kuulevat korvat.</p> <p>Potilaan tiedoissa käy/tietoja saa käyttöönsä vain häntä hoitava henkilökunta.</p> <p>Potilaan asiat eivät vahingossa pääse leviämään.</p>	<p>Tieto ei siirry ulkopuolisille</p> <p>Vain hoitava henkilökunta saa käyttöönsä potilaan tiedot</p> <p>Tiedot eivät pääse leviämään</p>	<p>Lisää oikeusturvaa vähentämällä tiedon joutumista kolmannelle osapuolelle.</p>	
<p>Oikeusturva molemmin puolin voi jopa parantua, jos kirjaaminen hiljaisen raportin myötä tarkentuu ja paranee.</p> <p>Kirjaaminen on/olisi tarkempaa.</p> <p>Jos ei ole kirjattu, ei ole tehty. Voi käydä että työ on tehty, muttei kirjattu.</p> <p>Kummankin oikeusturva on sitä parempi, mitä paremmin on kirjattu.</p> <p>Kaikki kirjattu.</p> <p>En osaa sanoa. Ajattelisin, että onko vaikutusta, koska kirjaaminen kuitenkin on tärkeää ja sieltä löytyy oleelliset asiat.</p>	<p>Kirjaaminen tarkentuu ja paranee</p> <p>Teksteistä tulee käydä ilmi, mitä on tehty</p> <p>Kaikki tulee olla kirjattuna</p> <p>Oleelliset asiat löytyvät kirjauksista</p>	<p>Lisää oikeusturvaa kun kirjaaminen on täsmällistä</p>	

**LIITE 4 Tutkimuslupahakemus****TUTKIMUSLUPAHAKEMUS**

Teemme opinnäytetyötä, joka käsittelee hiljaista raportointia. Opinnäytetyön nimi on Hoitajien käsityksiä hiljaisesta raportoinnista. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa tietoa rakenteisesta kirjaamisesta ja hiljaisesta raportoinnista sekä selvittää kyselyn avulla hoitohenkilökunnan käsityksiä aiheesta. Tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta hiljaisesta raportoinnista sekä tuoda esiin asioita, joiden avulla raportointia voidaan kehittää osastolla.

Kohteliaasti pyydämme teiltä lupaa tehdä kysely naistentautien ja synnytysten vuodeosaston H01 hoitohenkilökunnalle marras-joulukuun 2014 aikana. Kyselyn tarkoituksena on kerätä tietoa osaston nykyisestä raportointikäytännöstä ja selvittää osaston hoitohenkilökunnan näkökulmia hiljaisesta raportoinnista. Kysely tehdään nimettömänä. Aineistonkeruussa sovelletaan hyvien toimintatapojen mukaisesti eettisesti kestäviä tutkimusmenetelmiä jokaisessa tutkimuksen vaiheessa.

**Päiväys ja hakijoiden allekirjoitukset**

_____	_____	_____
Janika Mäki	Hanna Valonen	Paikka ja pvm

**Aineistonkeruuluvan myöntäminen**

_____	_____	_____
Päätäjän nimi	Allekirjoitus	Paikka ja pvm