



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Henna Mutka

HILJAINEN RAPORTOINTI POTILAS- TURVALLISUUDEN NÄKÖKULMASTA

Sosiaali- ja terveysala
2016

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Henna Mutka
Opinnäytetyön nimi	Hiljainen raportointi potilasturvallisuuden näkökulmasta
Vuosi	2016
Kieli	suomi
Sivumäärä	63 + 3 liitettä
Ohjaaja	Pirjo Peltomäki

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, kuinka hyvin potilasturvallisuus toteutuu hiljaisessa raportoinnissa. Tarkoituksena oli myös kuvata, onko hiljainen raportointi luotettava raportointimenetelmä, ja onko rakenteinen kirjaaminen oikea työkalu hiljaisen raportin toteutumiseen. Opinnäytetyössä kuvataan myös, millaiseen hoitoympäristöön hiljainen raportointi sopii ja toimiiko menetelmä paremmin akuutissa vai elektiivisessä hoitotyössä. Tavoitteena tällä työllä oli, että tutkimuksesta hyötyy koko hoitohenkilöstö. Tavoitteena oli tuottaa arvokasta tietoa siitä, kuinka potilasturvallisuus toteutuu ja miten sitä voisi kehittää hoitotyössä. Tavoitteena oli edistää hoitotyön laadukkuutta, jotta tulevaisuudessa hoito on korkeatasoista ja potilaslähtöistä.

Tämä opinnäytetyö oli tutkimusmenetelmältään laadullinen, eli kvalitatiivinen tutkimus. Kohderyhmänä tässä työssä olivat sairaanhoitajat, joilla oli tarpeeksi työkokemusta hoitotyöstä ja riittävä kokemuspohja hiljaisen raportin käytöstä. Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin avoimen kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeeseen vastasi 26 sairaanhoitajaa. Aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

Tutkimustulosten pohjalta kävi ilmi, että hiljaisen tiedon merkitys hoitotyössä oli suuri. Hiljaisen raportin käyttöön ottamisen myötä vanhempien hoitajien hiljainen tieto ei tullut enää uusien ja kokemattomien hoitajien hyödyksi samalla tavalla kuin ennen. Lähes kaikki opinnäytetyöhön osallistuneet sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että rakenteinen kirjaaminen on tärkeä osa hiljaista raportointia. Moni hoitaja näki vielä kehitettävää dokumentoinnissa, jotta se olisi perusteellisempaa ja tarkempaa. Hyvin ja perusteellisesti kirjatun tiedon todettiin turvaavan hyvin potilasturvallisuutta. Hoitajat toivat esille myös sen, että hoitoympäristöä voisi kehittää siten, että se palvelisi vieläkin paremmin hiljaisen raportin toteutumista. Raportin kirjaamiselle ja lukemiselle toivottiin rauhallisempaa paikkaa osastolla. Myös tietokoneita toivottiin olevan enemmän, jotta kaikki pääsevät lukemaan raporttia. Kiireen todettiin myös usein vaarantavan potilasturvallisuutta. Hoitajat toivoivatkin, että hiljaisen raportin lukemiseen annettaisiin riittävästi aikaa.

Avainsanat	hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön raportointi, hiljainen raportointi, potilasturvallisuus
------------	---

ABSTRACT

Author	Henna Mutka
Title	Silent Reporting from the Perspective of Patient Safety
Year	2016
Language	Finnish
Pages	63 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Pirjo Peltomäki

The aim of this bachelor's thesis is to describe how well patient safety is carried out when using silent reporting. The purpose was to describe if silent reporting is a reliable method and if documentation used in the hospital works. Also the care environment was looked at – what kind of care environment is suitable for silent reporting and which it is better for, for acute nursing or for elective nursing. The aim is to produce valuable information about how patient safety is implemented and how it could be developed in order to ensure nursing that is patient-centred and of high quality.

This thesis is qualitative. The target group included nurses that all had enough experience of nursing and of the use for silent reporting. The material in this thesis was collected with an open-ended questionnaire. The questionnaire was answered by 26 nurses. The research data was analyzed by using inductive content analysis.

The results showed that tacit knowledge had a big role in nursing. When departments started to use silent reporting, the tacit knowledge of more experienced nurses was not transferred over to younger, inexperienced nurses anymore in the same way as before. Almost every nurse who had participated in this study think that documentation could be developed. Documentation of high quality ensures good level of patient safety. Also the care environment could be developed. There should be a calm and silent place in the ward for reading the report. Being in hurry can also be a challenge and more time is needed for reading the reports.

Keywords Documentation in nursing, reporting in nursing,
silent reporting, patient safety

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	3
2	HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	4
	2.1 Kirjaamisen merkitykset	4
	2.2 Kirjaaminen lainsäädännön näkökulmasta	5
	2.3 Elektroninen potilaskertomus	7
	2.4 Rakenteinen kirjaaminen	10
	2.5 Hoitotyön prosessi	11
	2.6 Hoitotyön suunnittelu, toteutus ja arviointi	12
3	HOITOTYÖN RAPORTOINTI.....	14
	3.1 Suullinen raportointi	14
	3.2 Hiljainen raportointi.....	15
4	POTILASTURVALLISUUS	18
	4.1 Potilasturvallisuuden turvallisuusluokat	18
	4.2 Potilasturvallisuuden haasteet	19
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	22
	5.1 Tutkimustehtävät.....	22
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	23
	6.1 Toteutetut tiedonhaut	23
	6.2 Tutkimusmenetelmä.....	25
	6.3 Kohderyhmä.....	26
	6.4 Aineiston kerääminen	27
	6.5 Aineiston analysoiminen.....	28
	6.6 Tutkimusetiikka	31
7	TULOKSET	35
	7.1 Sairaanhoitajien työkokemus vuosina.....	35
	7.2 Sairaanhoitajien aiempi kokemus hiljaisen raportin käytöstä.....	36
	7.3 Ajankäytön tehostaminen.....	37

7.4	Potilaan kokonaistilanteen kattava arvio	39
7.5	Kirjaamiseen liittyvät puutteet	41
7.6	Hoitoympäristöön liittyvät puutteet	45
7.7	Hiljaisen tiedon merkitys hoitotyössä.....	47
7.8	Hiljainen raportointi elektiivisestä potilaasta.....	48
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	50
9	POHDINTA.....	51
9.1	Tulosten tarkastelu	51
9.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	56
9.3	Jatkotutkimusaiheet.....	58
9.4	Oma oppiminen.....	59

LÄHTEET

LIITTEET

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1.	Vastaajien työkokemus	s. 37
Kuvio 2.	Vastaajien kokemus hiljaisesta raportoinnista	s. 38
Taulukko 1.	Tiedonhaku eri tietokannoista	s. 24
Taulukko 2.	Sisällön analyysi	s. 68
Taulukko 3.	Sisällön analyysi	s. 69

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Kyselylomake**LIITE 2.** Sisällön analyysi**LIITE 3.** Saatekirje

1 JOHDANTO

Hoitajien välinen keskinäinen raportointi potilaan hoitoprosessista ja potilaan hoidon tarpeista työvuorojen vaihtuessa on yksi oleellinen osa hoitotyötä. Tutkittua tietoa ei kuitenkaan ole vielä tarpeeksi siitä, mikä raportointitapa on kannattavin parhaan tuloksen saavuttamiseksi. (Riesenberg, Leitzsch & Cunningham 2010.) Raportointi voi tapahtua kirjallisesti, suullisesti tai vuoteenvierusraporttina (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2012, 75).

Hoitotyö on alkanut uudistua kaikilla osa-alueillaan. Aikaisemmin paljon käytössä ollutta suullista raportointia on alettu monessa terveydenhuollon yksikössä korvaamaan kirjallisella, eli hiljaisella raportilla. Hiljainen raportointi tarkoittaa kirjallista tiedonvälitystä, jossa työvuoroon tuleva hoitohenkilökunta lukee itsenäisesti niiden potilaiden tiedot sähköisestä potilastietojärjestelmästä, jotka ovat merkattu heidän vastuulleen. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 40.)

Ensimmäisen kerran opinnäytetyön tekijä tutustui hiljaiseen raportointiin työskennellessään kesäsijaisena vanhainkodilla. Siellä hiljainen raportti oltiin otettu käyttöön suullisen raportin tilalle. Seuraavan kerran opinnäytetyön tekijä oli tekemisissä hiljaisen raportin kanssa ollessaan harjoittelussa Vaasan keskussairaalassa. Vaasan keskussairaalassa tuli puhe siitä, että opinnäytetyö hiljaisesta raportista olisi tarpeellinen organisaatiolle. Tästä opinnäytetyön tekijä sai opinnäytetyön aiheen, jota lähti suunnittelemaan ja kehittämään eteenpäin Vaasan keskussairaalan tilauksesta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, kuinka hyvin potilasturvallisuus toteutuu hiljaisessa raportoinnissa. Tarkoituksena on tässä työssä myös selvittää, onko hiljainen raportointi luotettava raportointimenetelmä, ja onko rakenteinen kirjaaminen oikea työkalu hiljaisen raportin toteutumiseen. Opinnäytetyössä selvitetään myös, millaiseen hoitoympäristöön hiljainen raportointi sopii ja toimiiko menetelmä paremmin akuutissa vai elektiivisessä hoitotyössä.

2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Tässä kappaleessa käydään läpi hiljaiseen raportointiin liittyviä käsitteitä. Avattavia käsitteitä on kolme; hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön raportointi ja potilasturvallisuus, jotka jakaantuvat vielä aiheen mukaan omiksi alaotsikoikseen. Hoitotyön kirjaaminen on tärkeä käsite hiljaiseen raportointiin liittyen, koska hyvin ja yhdenmukaisesti kirjattu tieto luo pohjan myös hiljaisen raportin onnistumiselle. Hoitotyön raportointi –käsitettä avattaessa käydään tarkemmin läpi eri raportointityypit ja hiljaista raportointia selitetään tarkemmin. Tässä opinnäytetyössä yhtenä näkökulmana toimii myös potilasturvallisuus, joka on kolmas avattava käsite. Potilasturvallisuus liittyy oleellisesti tämän opinnäytetyön aiheeseen, koska hiljaisen raportin ollessa käytössä myös potilasturvallisuuden merkitys korostuu.

Hoitotyön osaamisen ydinaluetta on potilaslähtöinen ja asiakaskeskeinen kirjaaminen. Hoitotyöntekijöiltä kirjaaminen vaatii tiedollisia, taidollisia ja eettisiä valmiuksia. Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan tallennettua tietoa, jolla perustellaan potilaan saama hoito tai joka toimii todisteena potilaan saaman hoidon vaikuttavuudesta. (Rautava-Nurmi ym. 2012.) Lisäksi sillä varmistetaan potilaan hoidon jatkuminen ja myös hoitohenkilökunnan oikeusturva. Kirjaamisella hoitotyö tulee näkyväksi ja se todentaa sen mitä on tehty. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 55.)

2.1 Kirjaamisen merkitykset

Erityistä merkitystä kirjatulla tiedolla on potilaan päivittäisessä hoidossa: hoitotietojen on oltava viiveettä hoitohenkilökunnan saatavilla. Tämän takia kirjaamisen on oltava yhdenmukaista ja noudatettava rakenteisuutta. (Saranto, Ensio, Tantt, Sonninen 2008, 12.) Kirjaaminen kuuluu oleellisena osana hoitotyössä tehtävään työhön, ja siksi siitä on laadittava kirjalliset ohjeet, joita henkilökunnan tulee noudattaa. Rekisterin ylläpitäjän velvollisuuksiin kuuluu määritellä tehtäviin osallistuvan henkilökunnan käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander, Puska 2009, 68.)

Potilaskertomus tarkoittaa aikajärjestyksessä etenevää ja jatkuvaa tietojärjestelmää, jonka on oltava alkuperäinen. Merkintöjä potilasasiakirjoihin saavat tehdä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt. Asiakirjassa tulee näkyä sen henkilön nimi ja asema, joka on merkinnän tehnyt. (Anttila ym. 2009, 68.)

Hoitohenkilökunnan on kirjattava keskeiset hoitotiedot potilaan hoidossa. Keskeisiä hoitotietoja voivat olla mm. hoidon toteuttaminen, apuvälineet, riskit ja ennakkoinnit, kuten esimerkiksi tiedot tutkimusten ja hoidon haitoista tai tehottomuudesta, allergiat, työntekijälle aiheutuvat terveysvaarat ja epäilyt tai toteamukset vahingoista. Potilaalla on oikeus tarkistaa, mitä tietoja hänestä on potilasasiakirjoihin merkitty. Potilasasiakirjojen tietoja saa luovuttaa vain asianomaisen potilaan luvalla. (Anttila ym. 2009, 68-69.)

2.2 Kirjaaminen lainsäädännön näkökulmasta

Hoitotyön kirjaamisen on aina noudatettava lakeja ja asetuksia (Saranto ym. 2008, 33). Potilasasiakirjojen laatimista ja säilyttämistä koskevat lait, säännökset ja ohjeistukset koskevat kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä (Rautava-Nurmi ym. 2012, 40).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L1992/785):

”Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee säilyttää potilasasiakirjat sekä tutkimuksessa ja hoidossa syntyvät biologista materiaalia sisältävät näytteet ja elinmallit potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen, hoitoon liittyvien mahdollisten korvausvaatimusten ja tieteellisen tutkimuksen edellyttämä aika. Potilasasiakirjat, näytteet ja mallit tulee hävittää välittömästi sen jälkeen, kun niiden säilyttämiselle ei ole edellä tarkoitettua perustetta”.

”Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassapidettäviä. Terveysthuollon ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä taikka sen tehtäviä suorittava henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Jos potilaalla ei ole edellytyksiä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä, tietoja saa antaa hänen laillisen edustajansa kirjallisella suostumuksella. Sivullisella tarkoitetaan tässä laissa muita kuin asianomaisessa toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä. Salassapitovelvollisuus säilyy palvelussuhteen tai tehtävän päättymisen jälkeen”.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa (2012) kerrotaan potilasasiakirjojen laatimisesta ja käsittelystä seuraavasti:

”Jo tallennettuja potilastietoja voidaan käyttää eri tavoin: niitä voidaan esimerkiksi hoidollisissa tarkoituksissa katsella potilaan anamneesin tarkentamiseksi taikka diagnoosin määrittämiseksi sekä kopioida ja tallentaa pohjaksi uusille potilasasiakirjoille. Niistä voidaan etsiä tutkimusluvan perusteella tutkimuksessa tarvittavia tietoja ja niiden pohjalta voidaan laatia toimintayksikön toimintaa kuvaavia tilastoja ja selvityksiä”.

”Kun potilasasiakirja-asetuksen liitteessä tarkoitettu säilytysaika on päätynyt tai kun sen jälkeen säilytetyt potilasasiakirjat, näytteet ja elinmallit eivät enää ole välttämättömiä potilaan hoidon järjestämisen tai toteuttamisen kannalta, ne on hävitettävä välittömästi ja siten, että sivulliset eivät saa niistä tietoa. Potilaslain 12 §:n 2 momentin perusteella potilasasiakirjoja, näytteitä ja malleja saa säilyttää liitteessä tarkoitettun säilytysajan päätyttyäkin, jos kyseinen terveydenhuollon toimintayksikkö tai itsenäisesti ammattiaan harjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö katsoo sen olevan välttämätöntä potilaan hoidon järjestämisen tai toteuttamisen kannalta. Säilyttämisen tarvetta on tällöin arvioitava vähintään viiden vuoden välein, jollei laista tai henkilötietolain 43 §:n 2 momentissa tarkoitettusta tietosuojalautakunnan luvasta muuta johdu”.

Potilaan rooli on terveydenhuollon palvelujärjestelmässä muuttumassa koko ajan aktiivisempaan suuntaan. Potilaan oma aktiivisuus lisääntyy hoitoratkaisuissa ja niihin liittyvien tietojen hakemisessa ja hyödyntämisessä. Potilaalla on mahdollisuus päästä omaan potilaskertomukseensa ja saada syötettyä sinne tietoa omahoidosta, esimerkiksi kotona tehdyistä erilaisista mittauksista. (Saranto ym. 2008, 97.) Potilaan oikeuksiin kuuluu informaation saaminen henkilötietojen käsittelystä ja potilasrekisteröintiin yleisesti liittyvistä asioista (Saranto ym. 2008, 38).

Lisäksi potilaalla on aina tarkastusoikeus omiin potilasasiakirjatietoihin (Saranto ym. 2008, 38). Henkilötietolaki (L1999/523) toteaa tarkastusoikeudesta:

”Jokaisella on salassapitosäännösten estämättä oikeus tiedon etsimiseksi tarpeelliset seikat ilmoitettuaan saada tietää, mitä häntä koskevia tietoja henkilörekisteriin on talletettu tai, ettei rekisterissä ole häntä koskevia tietoja. Rekisterinpitäjän on samalla ilmoitettava rekisteröidylle rekisterin säännönmukaiset tietolähteet sekä, mihin rekisterin tietoja käytetään ja säännönmukaisesti luovutetaan”.

2.3 Elektroninen potilaskertomus

Elektroninen potilaskertomus tarkoittaa asiakirjaa, joka pitää sisällään tietoa potilaan sairauksista ja hoidosta digitaalisessa muodossa. Se voi pitää sisällään sekä potilaan sairauskertomuksen että hoitokertomuksen. (Ensio, Saranto 2004, 11.) Yleisesti sähköisellä potilaskertomuksella tarkoitetaan sairauskertomuksessa olevien tietojen tallentamista, käyttämistä, säilyttämistä ja välittämistä tietotekniikan avulla. Laajemmin tarkoitettuna se sisältää välittömästi hoitoon liittyvien tietojen lisäksi myös tietoa, jota voidaan käyttää epäsuorasti potilaan hoidossa. Tällaisia tietoja ovat esimerkiksi potilaan hoidon järjestäminen, laadun seuranta ja laskutukseen käytettävät tiedot. Sähköisen potilaskertomuksen ansioista tieto välittyy eri ammattiryhmien välillä ja se toimii hyvin päätöksenteon tukena. (Saranto ym. 2008, 97.)

Elektroninen potilaskertomus sisältää erilaisia näkymiä, joille tietoa kirjataan vaihteittain käyttämällä valmiita otsikoita, luokituksia ja koodeja. Luokituksia voi-

daan vielä täydentää vapaalla tekstillä, joka on kuvailevaa ja liittyy potilaan yksilölliseen hoidon tarpeeseen ja sen toteutumiseen. (Saranto ym. 2008, 96; Syväoja ym. 2009, 86.) Näkymä sitoo kirjatun tiedon tiettyyn tieto- ja hoitokokonaisuuteen, kuten esimerkiksi lääketieteen erikoisalaan tai johonkin palveluun. Hoitotyön kirjaamisessa näkymänä on HOKE eli hoitokertomus. (Syväoja, Äijälä 2009, 88.) Sillä tarkoitetaan perinteisen hoitosuunnitelman yhdistämistä päivittäisten hoitotyön kirjausten kanssa (Ensio ym. 2004, 33). Hoitotyön kirjauksia tehdään eniten hoitosuunnitelmalomakkeelle ja lääketietolomakkeelle, joihin on merkitty potilaan hoidon kannalta keskeisimmät asiat. Hoitokertomuksen lisäksi myös esimerkiksi lääkehoidon, laboratorion ja kuvantamisen järjestelmät tuottavat potilaskohtaista tietoa kertomukseen. (Ensio ym. 2004, 14-30.)

Nykänen, Viitanen ja Kuusisto tutkivat tutkimuksessaan (2010) hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomuksen käytettävyyttä. Tuloksien mukaan nykyinen kirjaamismalli oli liian hienojakoinen ja yksityiskohtainen ja kirjattaessa mallin mukaan potilaan hoitoprosessi pilkkoutui liian pieniin osiin, jolloin tietojen saatavuus ja hyödynnettävyys oli haastavaa. Lisäksi eri potilastietojärjestelmien hoitokertomukset poikkesivat paljon toisistaan, joka aiheutti osaltaan hankaluuksia. Tutkimustulosten mukaan ongelmana pidettiin myös sitä, että hoitokertomuksen käyttö vaati paljon ulkoa opettelua, muistamista ja se vei paljon työaika. Tutkimustulosten perusteella suositeltiin, että kirjaamismallia selkiytetään ja yksinkertaistetaan. Lisäksi eri potilastietojärjestelmien hoitokertomusten pitäisi olla yhtenäisempiä ja hoitokertomusten tulisi tukea vieläkin paremmin käytännön hoitotyötä.

Elektroninen potilaskertomus parantaa omalta osaltaan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta, sekä tekee mahdolliseksi uusien, kustannustehokkaampien mallien käyttöönoton. Se avaa uusia mahdollisuuksia myös toiminnan seurannalle ja tilastoinnille. Elektronisen järjestelmän avulla on esimerkiksi huomattu tarkentavien puhelinsoittojen ja paperisten potilasasiakirjojen odottamisen selvästi vähentyneen potilaan kotiutuessa tai käydessä lääkärin vastaanotolla. (Hallila 2005, 51-53.)

O'Mahonyn, Wrightin, Yogeswaran & Goveren (2014) tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajat pitivät elektronista potilastietojärjestelmää selkeänä ja hyödyllisenä, ja totesivat sen olevan parempi vaihtoehto kuin paperille kirjaaminen. Tutkimuksen mukaan hoitajat pitivät etuina sitä, että elektronisessa kirjaamisessa ilmeni vähemmän virheitä kuin perinteisessä paperille kirjaamisessa. Elektronisen kirjaamisen koettiin olevan nopeampaa, ja oleellinen tieto löytyi nopeasti. Järjestelmässä pidettiin hyvänä asiana sitä, että potilaan vakava tai tarttuva sairaus oli helposti havaittavissa potilasasiakirjoista. Eduksi koettiin myös elektronisen potilastietojärjestelmän nykyaikaisuus. Stevenin ja Nilssonin (2011) tutkimuksen mukaan hoitajat pitivät sähköisen potilastietojärjestelmän etuna sitä, että eri ammattiryhmät pystyivät kirjoittamaan konsultaatiotekstit potilaan hoitokertomukseen, jolloin tieto oli nopeasti luettavissa potilaan hoitoa ajatellen.

Elektronisen kirjaamisen haasteena on tiedetty olevan hoitohenkilökunnan heikot atk-aidot ja välineiden vaikeakäyttöisyys. Sinervon & von Fieandtin (2005) tutkimuksessa on todettu, että sosiaali- ja terveysalan henkilökunnan tietotekniset aidot ovat puutteellisia. Lisäksi todettiin, ettei organisaatiossa ole riittävästi tietokoneita ja ohjelmia kaikille työntekijöille. Joissakin organisaatioissa tietotekniikan hyödyntämistä vaikeuttivat tarvittavien yhteyksien ja käyttöoikeuksien puuttuminen. (Hallila 2005, 51.) O'Mahonyn, Wrightin, Yogerwaran & Goveren (2014) tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajat kokivat puutteita sähköisen potilastietojärjestelmän turvallisuudessa. Sähköisen potilastietojärjestelmän selaaminen saattoi hoitotilanteessa aiheuttaa potilaalle tunteen, ettei hoitaja kiinnitä huomiota itse potilaaseen, vaan potilastietojen selaamiseen. Stevenin ja Nilssonin (2011) tutkimustulosten mukaan hoitajat kokivat haasteelliseksi sen, että potilaiden vointia ja kuntoa oli joskus vaikea hahmottaa potilastietojärjestelmästä käsin, koska se oli aikaa vievää.

Hoitotyön elektroninen kirjaaminen vaatii hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa (Kassara ym. 2006, 62). Sinervon & von Fieandtin tutkimuksessa raportoitiin, että sosiaali- ja terveysalan henkilökunnasta jopa 30 prosenttia tarvitsee koulutusta tietotekniikan perusteissa sekä potilas- ja asiakastietojärjestelmien käytössä (Hallila 2005, 51). Myös hoitajan korkea ikä saattoi hankaloittaa uuden asian oppimis-

ta, ja täten myös sähköisen potilastietojärjestelmän opetteluun kului enemmän aikaa oppia (O'Mahony et al. 2014).

2.4 Rakenteinen kirjaaminen

Elektroninen potilaskertomus liittyy oleellisesti rakenteiseen kirjaamiseen, jonka on tarkoitus helpottaa tiedon käsittelyä ja laajentaa sen käytön mahdollisuuksia (Saranto ym. 2008, 96). Sähköinen hoitotyön kirjaaminen perustuu termeihin ja luokituksiin, jotka ovat kansallisesti hyväksytyjä. Hoitotyön luokituksia kehitetään etukäteen laadittujen nimikkeistöjen ja niiden ryhmittelyn avulla. Hoitotyön luokitus tarkoittaa hoitotyön kuvaamista strukturoitujen periaatteiden mukaisesti. Tavoitteena siinä on yhteinen ammattikieli, jossa hoitotyössä käytössä olevien käsitteiden tulee olla selkeitä ja määriteltyjä. Luokituksia voidaan muodostaa hoitotyön tarpeista, toiminnoista ja tuloksista. (Kassara ym. 2006, 61.)

Rakenteisen kirjaamisen käyttöönotto antaa merkittävää lisäarvoa käyttäjälleen. Käyttäjä saa suuren hyödyn siitä, kun kertaalleen kirjattua tietoa voidaan hyödyntää myöhemmin erilaisissa käyttötarkoituksissa. Tietotekniikan avulla siirrettyä tietoa ei tarvitse siirtää enää uudelleen. Lisäksi myös oleellisen tiedon löytäminen suuresta tietomäärästä helpottuu. Sähköiseen potilaskertomukseen voidaan liittää myös päätöksenteon tukijärjestelmä, joita voivat olla esimerkiksi näyttöön perustuvat hoitosuositukset tai tieto lääkeaineinteraktiosta lääkkeen määräämisen yhteydessä. (Saranto ym. 2008, 110.)

Rakenteisen kirjaamisen perustana toimii FinCC-luokitus. FinCC-luokitus koostuu hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), toimintoluokituksesta (SHToL) ja tulosluokituksesta (SHTuL). Tarve- ja toimintoluokitus muodostuvat kolmesta eri tasosta: komponentti, pääluokka ja alaluokka. Tulosluokitus on myös kolmitasoinen, jossa arvioidaan, onko potilaan saaman hoidon loputtua potilaan tila parantunut, ennallaan, vaiko huonontunut. Joskus hoidon tarveluokituksessa voidaan tarvittaessa määritellä varmuusaste: onko tarve varma, todennäköinen, vai epäily. Suunnittelu- ja toteutusvaiheessa potilaan hoidon päätöksenteossa käytetään näyttöön perustuvaa tietoa. (Iivanainen ym. 2012, 15.)

2.5 Hoitotyön prosessi

Potilaan saaman hoidon kirjaamisen tukena on ollut jo pitkään käytössä ongelmanratkaisumalli. Tämän mallin käyttämisestä edisti erityisesti WHO:n hoitotyön kehittämisohjelma 1980-luvulla. Tämän kehittämisohjelman tavoitteena oli selkiinnyttää hoitotyön kirjallista suunnittelua. (Ensio ym. 2004, 36.) Malli perustuu päätöksenteon prosessinomaisuuteen, sähköiseen kirjaamiseen ja rakenteiseen kirjaamiseen. Hoitotyön prosessiin liittyy olennaisena osana kirjaamisen systemaattisuus. Systemaattisuus tarkoittaa sitä, että on etukäteen sovittu, mitä kirjataan (sisältö) ja miten kirjataan (rakenne). Strukturoimalla eli luokittelemalla ja rakenteistamalla eli järjestelemällä voidaan lisätä kirjaamisen systemaattisuutta. Näin kirjattun tiedon yhtenäisyys helpottaa potilaan hoitoon liittyvien tietojen hakua potilastietojärjestelmästä. (Syväoja ym. 2009, 86.)

Hoitoprosessin eri vaiheisiin kuuluu *tulotilanne*, jossa määritellään potilaan *tarve hoitoon, hoidon suunnittelu, hoidon toiminnot ja toteutus* ja lopuksi hoidon *arviointi*. Jokaisessa potilaan hoidon vaiheessa voi olla monia ammattikohtaisia prosesseja, joissa terveydenhoidon ammattihenkilö suunnittelee ja arvioi jatkuvasti potilaan saamaa hoitoa. Hoitoprosessin vaiheen on oltava aina tiedossa merkintää tehdessä. Merkintä kirjataan usein yhteen hoitoprosessin vaiheeseen, mutta voi olla myös tilanteita joissa merkintä jakautuu useampaan hoitoprosessin eri vaiheeseen. Hoitoprosessin eri vaiheiden avulla pystyy seuraamaan potilaan saaman hoidon toteutumista. (Virkkunen, Mäkelä-Bengs 2015.)

Hoitotyön prosessi käynnistyy potilaan hakeutuessa terveydenhuollon palvelujen piiriin. Hoitoon tulon yhteydessä potilaan tietoja kerätään esimerkiksi tulohaastattelulla. (Saranto ym. 2008, 76-77.) Haastattelun lisäksi potilasta havainnoidaan, jotta merkit ja oireet potilaan tilasta olisi hyödynnettävissä potilaan hoidon tarvetta arvioidessa. Lisäksi potilaasta mitataan erilaisia mittauksia, kuten verenpaine, pulssi ja paino. (Ensio ym. 2004, 41.) Hoidon tarpeen arvioinnissa apuna voidaan käyttää myös potilaan omaisia tai aiempaa potilaskertomusta (Iivanainen ym. 2012, 16). Ilman kunnollista potilaan tulotilanteen kartoitusta ei potilaan hoidosta tule yksilöllistä, potilaan tarpeisiin vastaavaa hoitoa (Ahonen, Ikonen & Koivu-

koski, 2007). Asianmukainen ja riittävä tiedonkeruu takaa potilasturvallisuuden toteutumisen ja hoitotyön jatkuvuuden (Hallila 2005, 61). Tietojen analysoimisen jälkeen määritellään potilaan ongelmat ja hoitotyön tarpeet, joihin pyritään hoitotyöllä vastaamaan (Saranto ym. 2008, 77).

2.6 Hoitotyön suunnittelu, toteutus ja arviointi

Hoitotyön suunnittelussa hoidon tavoitteet ja odotetut tulokset määritellään (Ensio ym. 2004, 42). Potilaan hoidon suunnitelman on oltava selkeä, ja potilaan hoitoon osallistuvien luettavissa, jolloin vältytään päällekkäisiltä ja turhilta toiminnoilta (Ahonen ym. 2007). Hoitajakso koostuu aina päätavoitteesta, mutta sen lisäksi potilaalla voi olla määriteltynä myös osatavoitteita. Tavoitteet tulee olla suhteutettuna hoitoaikaan ja niiden on oltava realistisia. (Ensio ym. 2004, 42-43.) Myös potilaan itsensä on oltava tietoinen omasta hoidostaan ja hoidolle asetetuista tavoitteista (Ahonen ym. 2007). Hoitotyön suunnitelman tarkoitus on turvata potilaan hoidon jatkuvuus ja kokonaisuhoitojärjestäminen (Saranto ym. 2008, 77).

Hoidon tavoitteiden mukaan määritellään hoitotyön toiminnot, jotka kuvaavat potilaan hoidon toteutumista näyttöön perustuvan tiedon ja hoitotyön periaatteet huomioon ottaen (Iivanainen ym. 2012, 17; Syväoja ym. 2009, 87). Hoitotyön toteutus tarkoittaa suunnitteluvaiheessa asetettujen tavoitteiden toimeenpanoa. Hoitotyön toimintoja toteuttaessa korostetaan hoitotyön periaatteiden noudattamista, kuten ammatillisuutta, turvallisuutta ja kokonaisvaltaisuutta. (Iivanainen ym. 2012, 17.) Tieto ja käden taidot yhdistyvät hoitotoimenpiteitä tehtäessä (Syväoja ym. 2009, 87). Hoitoa toteutettaessa arvioidaan jatkuvasti potilaan ongelmien tärkeysjärjestystä ja hoidon tarvetta. Tarvittaessa hoitosuunnitelmaa voidaan vielä muuttaa. (Saranto ym. 2008, 78.)

Hoidon tuloksien arvioinnissa potilaan saaman hoidon tarvetta verrataan tämän nykyiseen tilaan (Ensio ym. 2004, 43). Tulokset kuvaavat muutoksia, jotka potilaan tilassa ovat tapahtuneet tämän hoidon aikana (Syväoja ym. 2009, 88). Hoidon tuloksia arvioitaessa mietitään, toteutuivatko potilaan hoitoon asetetut tavoitteet, vai olivatko ne asetettu liian matalalle. Tuloksia arvioitaessa mietitään myös, vastattiinko potilaan hoidon tarpeisiin ja tapahtuiko potilaan tilassa muutoksia. (Iiva-

nainen ym. 2012, 18; Syväoja ym. 2009, 88.) Myös potilaan omaan arviointiin ja tuntemuksiin hoidon toteutumisesta ja tavoitteiden saavuttamisesta on tärkeää kiinnittää huomioita (Iivanainen ym. 2012,18 ; Saranto ym. 2008, 78). Hoitajakson päättyessä tehdään yhteenveto, johon on kirjattu potilaan hoidon tärkeimmät hoidon tarpeet, tavoitteet, toiminnot ja tulokset (Iivanainen ym. 2012, 18). Lääkärin kirjoittaman epikriisin ja hoitotyön yhteenvedon avulla hoidossa päästään alkuun seuraavassa hoitopaikassa (Ahonen ym. 2007).

3 HOITOTYÖN RAPORTOINTI

Raportointi kuuluu oleellisena osana hoitotyöhön (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52). Raportointi tarkoittaa sitä, että potilaasta kirjataan potilaan saaman hoidon ja voinnin kannalta keskeisimmät tiedot tämän hoitosuunnitelmaan tai potilasasiakirjoihin (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52; Roivas & Karjalainen 2013, 150). Myöhemmin kirjattu tieto raportoidaan eteenpäin seuraavalle potilasta hoitavalle henkilölle työvuorojen vaihtuessa, tai potilaan siirtyessä toiseen hoitoyksikköön. Raportti tilanteessa raporttia antavalla- ja vastaanottavalla hoitajalla on suuri vastuu, koska silloin vastuu potilaan hoidosta siirtyy hoitajalta toiselle. Raportoinnin avulla turvataan potilaan hoidon jatkuvuus ja varmistetaan tiedonkulun onnistuminen. Raportointi voi olla suullista, kirjallista tai vuoteenvierusraportointia. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52-53; Iivanainen ym. 2012, 75.)

Raportoinnin sisältö voi olla erilainen riippuen tilanteesta. Päivittäisten hoitotietojen raportoinnin lisäksi se voi olla esimerkiksi lähete jatkohoitoon tai kuntoutussuunnitelma. Raportoinnin tulee olla aina selkeää, ymmärrettävää ja asiallista. Se viestii hyvin myös hoitajan omasta suhtautumisesta potilaaseen. Tämän takia raporttia kirjoitettaessa tulee muistaa, että potilaalla on aina oikeus päästä lukemaan omia tietojaan potilasasiakirjoista. (Roivas ym. 2013, 149-150.)

3.1 Suullinen raportointi

Perinteinen eli suullinen raportointi on ollut jo pitkään käytössä ollut raportointi tapa eri sosiaali- ja terveystieteiden yksiköissä (Roivas ym. 2013, 148). Suullinen raportointi tarkoittaa tilannetta, missä hoitotyöntekijä oman työvuoronsa lopussa tiedottaa suullisesti potilaan vointiin ja hoitoon liittyvistä asioista seuraavaan työvuoroon tulleelle hoitohenkilökunnalle. Suullisen raportin aikana työvuoroon tullut hoitohenkilökunta voi kirjoittaa itselleen muistiinpanoja ylös potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Suullisessa raportissa myös kokeneemmat hoitajat voivat kertoa uudemmille hoitajille potilaan hoitoon liittyvistä asioista, joita uudet hoitajat eivät muuten tietäisi. Tämä on niin kutsuttua hiljaista tietoa. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52.) Suullinen raportointi voidaan pitää hoitajien kansliassa, puhelimitse tai potilaan vuoteen vierellä niin kutsutussa potilaanvierusraportissa (Iivanainen ym.

2012, 75). Tällöin myös potilas pystyy vaikuttamaan oman hoitonsa suunnitteluun ja kertomaan voinnistaan sekä kysymään hoitoon liittyvistä asioista (Kassara ym. 2006, 63). Vuoteenvierusraportissa hoitajan täytyy kuitenkin kiinnittää erityistä huomiota siihen, ettei potilaan yksityisyys vaarannu (Saranto ym. 2008, 159).

Suullisen raportin on koettu vievän paljon aikaa varsinaiselta hoitotyöltä. Varsinkin uusille hoitajille sekä sijaisille raportointi on tuonut haasteita, koska kaikilla osastoilla on olemassa erilaiset osastokohtaiset käytännöt, jotka on nopeasti omaksuttava. Suullinen raportointi altistuu myös erilaisille häiriötekijöille, jolloin virheiden riski voi kasvaa. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52; Roivas ym. 2013, 148.) Myös potilasturvallisuuden on koettu vaarantuvan, sillä suullinen raportointi perustuu periaatteessa hoitajan muistinvaraiseen tietoon potilaasta (Hallila ym. 2005, 125). Suullista raporttia on toisaalta pidetty myös vuorovaikutuksellisenä tilaisuutena, joka mahdollistaa potilaan hoidosta keskustelemisen toisten hoitotyöntekijöiden kanssa (Roivas ym. 2013, 148).

3.2 Hiljainen raportointi

Hiljaisessa raportoinnissa tiedotus on kohdentunut vain potilaan hoitoon osallistuvalla hoitohenkilökunnalle (Saranto 2008, 162). Raportoinnissa korostuu potilaan hoitotyön suunnitelman säännöllinen tarkistaminen ja potilaan voimavaroista kirjaaminen kattavasti (Iivanainen ym. 2012, 76). Hiljainen raportointi vaatii toimiakseen sen, että hoitohenkilökunnan kirjaaminen on selkeää ja vastuullista (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52). Huomiota on kirjattaessa kiinnitettävä erityisesti siihen, mitä kirjataan ja millä tavalla asioista kirjoitetaan. Hyvin kirjattu tieto takaa myös hoitohenkilökunnan ja potilaan oikeusturvan. (Roivas ym. 2013, 148.) Hiljaisen raportin luettuaan omaa tietoaan potilaan hoitoon liittyen voi vielä täydentää kysymällä työvuoroaan lopettavalta hoitajalta potilaan hoitoon liittyvistä asioista (Iivanainen ym. 2012, 76). Hoitajalla on myös eettinen velvollisuus täydentää tarvittaessa kirjallisen raportin tietoja potilaasta, jotta tämän kokonaisvaltainen hoito on turvattu (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52).

Hiljainen raportointi on tuonut omat etunsa hoitotyöhön. Etuina voidaan pitää raportin tehokkuutta ja nopeutta verrattuna perinteiseen suulliseen raportointiin. Hil-

jaisen raportin on huomattu säästävän hoitajien aikaa enemmän välittömään hoitotyöhön. Kirjallinen raportti helpottaa tiedonkulkua tilanteissa, joissa on epäselvää mitä on todella tehty, kuten henkilökunnan sairauslomien aikaan tai mahdollisissa kiistatilanteissa. Lisäksi potilastietojen laadukkaampi kirjaaminen on parantunut hiljaisen raportin käyttöönoton myötä. Toisaalta hiljaisen raportin on todettu vaativan hoitohenkilökunnan perehtymään raporttiin todella hyvin, mikä vie toisaalta oman aikansa. (Roivas ym. 2013, 148; Rautava-Nurmi ym. 2012, 52.)

Laitila, Leikkola, Immonen ja Pitkänen tutkivat hiljaisen raportin siirtymisen edellytyksiä erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla hoitohenkilökunnan näkökulmasta käsin. Tutkimus ilmestyi *Tutkiva Hoitotyö* (2016) lehdessä. Tutkimustulosten mukaan hiljaisen raportin käyttöönotto vaatii muutosvalmiuksia työyksikössä. Esimiehen on motivoitettava hiljaisen raportin tuomiin muutoksiin, ja hänen on oltava vakuuttunut hiljaisen raportin tuomista eduista. Hoitohenkilökunnan on oltava myös motivoitunut raportointi muutokseen, ja heille on annettava riittävästi aikaa sopeutua muutokseen. Tulosten mukaan muutosvalmiuksiin liittyi oleellisesti työyhteisön kuuntelu ja huomioon otto hiljaiseen raportointiin siirryttäessä. Muutosvalmiuksiin kuului myös erilaiset koulutukset, jossa hoitohenkilökunta perehdytetään hiljaiseen raportointiin hyvin. Hiljainen raportointi vaatii toimiakseen lisäksi oikeita henkilöstöresursseja, mikä tarkoitti hoitohenkilökunnan lisäämistä, jotta potilasmäärä hoitajaa kohden on hallitsevampi. Kun hoitohenkilökuntaa on enemmän, on myös hiljaisella raportilla edellytykset olla toimiva raportointimuoto.

Tuloksista kävi myös ilmi, että hiljainen raportointi vaatii toimiakseen toiminnan muutoksia. Muutoksien on pysyttävät hallinnassa siten, että muutosprosessit on saatettava päätökseen ennen raportointi käytännön muuttamista. Hoitajat olivat ehdottaneet myös, että hiljaista raporttia kokeiltaisiin ennen kuin se otetaan vakituisesti käyttöön. Kirjaamiskäytäntöihin kaivattiin tulosten mukaan muutoksia, jotta kirjaaminen on koko hoitohenkilökunnalla tasalaatuista. Lisäksi aikaa raportointiin toivottiin olevan enemmän nykyiseen verrattuna, jotta hiljaisella raportilla on edellytykset toimia hyvin. Tulosten mukaan hoitajat näkivät muutoksen tarvetta myös työympäristössä, jotta se tukee paremmin hiljaista raporttia. Tilojen ja

työvälineiden on oltava toimivia. Nykyisellään hoitajat kokivat kanslian olevan liian rauhaton paikka kirjaamiseen ja raportin lukemiseen, sillä se toimi samalla tauko- ja ruokailutilana. Suuria ja rauhallisia työtiloja kaivattiin enemmän. Lisäksi koneiden määrän toivottiin lisääntyvän, ja asian ratkaisemiseksi ehdotettiin kämmentietokoneiden käyttöön ottamista. Hoitajat näkivät myös, että nykyinen potilastietojärjestelmä ei tue niin hyvin hiljaista raportointia, ja sitä tulee kehittää vielä lisää.

Laitisen tutkimuksen mukaan (2014) ajalla ja paikalla on merkitystä raporttia kirjoitettaessa tai luettaessa. Tutkimustulosten perusteella kävi ilmi, että hoitotyössä jatkuva keskeytyminen ja häiriintyminen vaikeuttavat sähköistä dokumentointia ja hiljaisen raportin lukemista. Johanna Tuukkanen taas toteaa Finnest-lehden (2010, 5) pääkirjoituksessa hiljaisen raportin vaarantavan potilasturvallisuuden. Tuukkasen mukaan hiljaisesta raportista pitäisi luopua kokonaan, sillä hänen mielestään parhainkaan tietojärjestelmä ei tule korvaamaan ihmisten välistä vuorovaikutusta keskenään, joka on samalla sekä oppimis- että tarkastustilanne. Perinteisestä raportista ei tulisi Tuukkasen mielestä luopua kovin kevein perustein, vaikka suullisestakin raportista löytyy varmasti vielä kehitettävää. Sara Bergqvist Månssonin artikkelissa *Omvårdnads Magasinet* -lehdessä (2007) oli aiheena hiljaisen raportin käyttöönotto Karoliinisen yliopistosairaalan yksikössä. Yksikössä oli otettu hiljainen raportti kokeilukäyttöön. Yksikössä työskentelevät sairaanhoitajat pitivät hiljaista raportin kokeilua positiivisena asiana, sillä aiemmin suullista raporttia käytettäessä etenkin aamuraportit venyivät liian pitkiksi, joka osaltaan pidentäisi myös potilaiden odotusaikoja. Sairaanhoitajien mielestä suullisessa raportissa aikaa kului liikaa epäolennaisten asioiden käsittelemiseen. Toisaalta sairaanhoitajat pitivät hiljaisen raportin huonona puolena sitä, ettei hiljainen tieto tullut enää samalla tavalla kaikkien hyödyksi, niin kuin suullisen raportin aikaan. Sairaanhoitajien mukaan kokeilun aikana lääkärien konsultaatiotekstit saattoivat myös puuttua kokonaan potilastietokannasta. Sairaanhoitajien sähköisen dokumentoinnin koettiin toisinaan olevan vaikeaa seurata. Kaiken kaikkiaan hiljainen raportointi koettiin kuitenkin positiivisena muutoksena yksikössä.

4 POTILASTURVALLISUUS

Sosiaali- ja terveydenhuollossa yksi hoidon tärkeimmistä osa-alueista on potilasturvallisuuden toteutuminen. Hyvä potilasturvallisuus takaa sekä hoidon vaikuttavuuden, että laadukkuuden. Potilasturvallinen hoito tarkoittaa sitä, että hoitotoimenpide suoritetaan oikein, oikeaan aikaan ja siinä otetaan huomioon myös potilaan omat voimavarat. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 62-63.) Potilasturvallisuus tarkoittaa eri toimintayksiköissä sitä, että periaatteiden ja toimintojen tavoitteena on taata potilaan hoidon turvallisuus ja samalla pidetään huoli myös siitä, ettei potilaalle koidu hoidosta tarpeetonta haittaa ja vahinkoa (Potilasturvallisuusstrategia 2009, 12). Potilasturvallisuuden toteutuminen on terveydenhuollossa kaikkien ammattikuntien vastuulla. Myös sairaanhoitajilla on tärkeä rooli potilaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutumisessa, sillä sairaanhoitaja osallistuu potilaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin, sekä toteuttaa turvallista hoitotyötä. (Ahonen ym. 2012, 63.)

4.1 Potilasturvallisuuden turvallisuusluokat

Potilasturvallisuus sisältää kolme turvallisuusluokkaa, joista yksi on lääkehoidon turvallisuus. Lääkehoidon turvallisuus kattaa lääkkeiden ja lääkityksen turvallisuuden. Lääketurvallisuudessa kyse voi olla lääkehoidon poikkeamasta, jolloin potilaalle suunniteltu hoito ei toteudu niin kuin pitäisi aiheuttaen näin vaaraa potilaalle. Lääketurvallisuuden vaarantumisen voi aiheuttaa myös jonkin lääkkeen haittavaikutus, joka voi olla hyvinkin vakava tai odottamaton. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2014; Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13.) Stevenin ja Nilssonin (2011) tutkimustuloksiin pohjaten hoitajat kokivat potilasturvallisuuden parantuneen lääkehoidon osalta sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönoton myötä, sillä potilaan koko lääkelista on keskitetysti nähtävissä potilaan hoitosuunnitelmassa. Helenius taas tuo esille tutkimuksessaan (2011) lääkityksen aiheuttavan eniten potilasturvallisuutta uhkaavia tilanteita, koska lääkitykseen liittyvät tiedot ovat usein virheellisiä tai puutteellisia. Lääkkeitä pitää myös merkitä useaan eri kohtaan hoitosuunnitelmassa, mikä vaarantaa osaltaan potilasturvallisuutta.

Potilasturvallisuuden turvallisuusluokkaan kuuluu myös hoidon turvallisuus, millä tarkoitetaan sitä, että sekä hoitomenetelmät että hoitomenetelmien toteuttamiseen liittyvät eri prosessit takaavat turvallisuuden. Laiteturvallisuudesta puhuttaessa tarkoitetaan laitteen turvallisuuden lisäksi myös laitteen käytön turvallisuutta. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2014; Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 13.) Meeksin, Smithin, Taylorin, Sittigin, Scottin ja Singhin (2014) tutkimuksen tutkimustuloksista kävi ilmi, että 99:stä potilasturvallisuuden vaarantaneesta haittatapahtumasta 74:ssä tapauksessa haittatapahtuman oli aiheuttanut laitteen tekninen ongelma, jonka syynä oli usein ollut joko tietokoneohjelmisto tai jokin muu hoitotyön laitteisto.

4.2 Potilasturvallisuuden haasteet

Potilasturvallisuuden toteutumisen on todettu olevan suuri haaste sosiaali- ja terveydenhuollossa (Ahonen ym. 2012, 63). Palvelujärjestelmissä tapahtuu jatkuvasti muutoksia, jotka vaikuttavat myös potilasturvallisuuteen ja tämän takia potilasturvallisuuden toteutuminen vaatii edistyäkseen pitkäjänteistä kehittämistyötä ja järjestelmällisiä toimia. Potilasturvallisuuden toteutuminen on taattu parhaiten silloin, kun huomio siirretään pois yksittäisestä työntekijästä ja kiinnitetään enemmän huomiota potilasturvallisuutta vaarantavien haittojen vähentämiseen arvioimalla toimintayksikön tai organisaation toimintaa ja poistamalla siellä olevia riskitekijöitä. (Potilasturvallisuusstrategia 2009, 12; Helovu ym. 2011, 23.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimiympäristössä tapahtuu koko ajan potilasturvallisuuteen vaikuttavia muutoksia. Terveys- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän, ja eri hoitoprosessien pirstaleisuus saattaa vaikeuttaa turvallisen hoidon toteutumiseen. Sähköistä potilastietojärjestelmää ollaan ottamassa käyttöön koko palvelujärjestelmässä. (Potilasturvallisuusstrategia 2009, 12.) Sähköisen potilastietojärjestelmän on todettu palvelevan toimintayksikön työntekijöitä reaaliajassa antamalla työntekijöille tietoa heti kun sitä tarvitaan. Myös turhalta potilaspaperien ja -kansioiden pyörittämiseltä vältytään kun tieto on tarjolla sähköisesti. Toisaalta sähköistä potilastietojärjestelmää käytettäessä on varauduttava tilanteisiin, joissa sähköinen potilastietojärjestelmä saattaa kaatua. (Helovu ym. 2011, 73.) Hele-

niuksen tutkimuksen (2011) mukaan potilasturvallisuutta uhkaavia tilanteita on syntynyt potilastietojärjestelmän käyttökatkoksen vuoksi, jolloin potilaasta jää saamatta tärkeitä tietoja. Tällöin potilaan hoito viivästyy ja potilaan hoitoa koskevat uudet tiedot päästään kirjaamaan potilastietojärjestelmään vasta jälkikäteen, jolloin tärkeät asiat voivat unohtua. Turvallisen hoidon toteutumista saattaa osaltaan myös vaikeuttaa henkilöstövoimavarojen niukkuus ja työntekijöiden nopea vaihtuvuus, mikä osaltaan vaatii työntekijöiltä enemmän tehokkuutta ja saattaa näin lisätä paineita työhön (Ahonen ym. 2012, 63). Turusen (2012) tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajan taustatekijöillä, kuten työkokemuksen määrällä ja työskentelyalueella, oli selvä yhteys siihen, miten sairaanhoitajat arvioivat potilasturvallisuuskulttuurin toteutumista. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että sairaanhoitajat arvioivat potilasturvallisuuskulttuurin vahvimaksi osa-alueeksi toimivan tiimityön ja johtamisen. Kaikista kriittisimmin sairaanhoitajat arvioivat vaaratapahtumien käsittelyn aluetta, jonka saralla sairaanhoitajat olisivat toivoneet vaaratapahtuman sattuessa enemmän keskustelua yksikön kesken eri toimintatavoista, jotka voisivat estää vaaratapahtuman toistumisen.

Hyvän ja perusteellisen dokumentoinnin on todettu luovan hyvän perustan potilasturvallisuuteen vaikuttavien riskien hallinnalle. Kaikkien potilaan hoitoon liittyvien tärkeiden tietojen kirjaaminen potilastietojärjestelmään on tärkeää, sillä näin tiedonkulku on varmistettu. Kommunikaation puutteellisuuden ja tiedonkulun katkeamisen on todettu olleen osatekijänä 65 %:ssa haittatapahtumista. Tämän takia työyhteisössä tulisi olla sovittuna selkeät kirjaamiskäytännöt, joita koko henkilökunta noudattaa. (Helovuori ym. 2011, 72.) Haittatapahtuman sattuessa asianmukainen kirjaaminen tapahtuneesta on erittäin tärkeää, koska näin pystytään edistämään potilasturvallisuutta. Hyvällä kirjaamisella voidaan tunnistaa toimintayksikössä vallitsevat riskikohdat ja -toiminnot, ja niistä oppimalla voidaan ehkäistä tulevia haittatapahtumia. (Ahonen ym. 2012, 64.) Ruuhilehdon, Kailan, Keistisen, Kinnusen, Vuorenkosken ja Walleniuksen (2011) tutkimuksessa kävi ilmi, että 12 % kaikista HaiPro-järjestelmään ilmoitetuista haittatapahtumista liittyi joiltakin osin puutteelliseen tiedonkulkuun tai -hallintaan. Tiedonkulkuun ja hallintaan liittyvä tapahtumatyyppi oli kolmanneksi suurin tapahtumatyyppi, joka johti HaiPro-ilmoituksen tekemiseen. Tutkimuksen mukaan kommunikoinnissa ja

tiedonkulussa sekä toimintatavoissa todettiin hyvin usein ongelmia, jotka lisäsivät haittataturmariskiä.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUS- TEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, kuinka hyvin potilasturvallisuus toteutuu hiljaisessa raportoinnissa. Potilaskeskeisyys on myös merkittävä osa hiljaisista raportointia, sillä lähtökohtana on, että potilas on kaiken keskiössä ja hiljainen raportointi on vain työkaluna hoitoprosessissa. Tarkoituksena on myös kuvata, onko hiljainen raportointi luotettava raportointimenetelmä, ja onko rakenteinen kirjaaminen oikea työkalu hiljaisen raportin toteutumiseen. Opinnäytetyössä kuvataan myös, millaiseen hoitoympäristöön hiljainen raportointi sopii ja toimiiko menetelmä paremmin akuutissa vai elektiiivisessä hoitotyössä.

Tavoitteena tässä työssä on, että tutkimuksesta hyötyy hoitohenkilöstö. Tavoitteena on tuottaa arvokasta tietoa siitä, kuinka potilasturvallisuus toteutuu ja kuinka sitä voisi kehittää hoitotyössä. Tavoitteena on edistää hoitotyön laadukkuutta, jotta tulevaisuudessa hoito on korkeatasoista ja potilaslähtöistä. Tämä opinnäytetyö tuottaa uutta, tutkittua tietoa ajankohtaisesta aiheesta.

5.1 Tutkimustehtävät

1. Millaiset ovat hiljaisen raportin kehittämistarpeet?
2. Millainen on hiljaisen raportin merkitys potilasturvallisuuteen sairaanhoidajan arvioimana?
3. Millä tavalla hiljainen raportointi vaikuttaa akuutin potilaan hoitoon?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä osiossa kerrotaan enemmän opinnäytetyön toteutumisesta. Ensimmäisessä kappaleessa käydään läpi opinnäytetyöhön valittua tutkimusmenetelmää, eli kvalitatiivista tutkimusta. Tämän jälkeen kerrotaan, millainen kohderyhmä tässä työssä on, ja kerrotaan enemmän aineistonkeruumenetelmästä eli avoimesta kyselylomakkeesta. Lopuksi tässä osiossa kerrotaan tämän opinnäytetyön analysointimenetelmästä, eli induktiivisesta sisällön analyysistä. Viimeisenä käydään vielä läpi opinnäytetyön eettisyyttä.

6.1 Toteutetut tiedonhaut

Tähän opinnäytetyöhön on etsitty teorian tietoa lainaamalla kirjastosta sekä hoitotyöhön, että sosiaali- ja terveystieteiden viestintään liittyviä kirjoja. Yliopistojen sivuilta teorian tietoa on löydetty eri tutkimuksista ja pro graduista. Lainsäädännön näkökulmasta teorian tietoa on haettu lainaamalla lakitekstiä henkilötietolaista ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista - laista. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sivuilta tietoa on löytynyt erilaisista julkaisuista ja oppaista. Teorian tietoa on haettu myös erilaisista lehdistä ja artikkeleista, kuten esimerkiksi Tutkiva Hoitotyö ja Sairaanhoidaja-lehdistä, Suomen anestesiologiyhdistyksen lehti Finnanestista ja ruotsinkielisestä Omvårdnads magasinet - lehdestä. Tutkimuksia tähän opinnäytetyöhön on etsitty eri tietokannoista, joita olivat Cinahl, PubMed ja Medic. Tähän opinnäytetyöhön kerätty teorian tieto koostuu melkein kokonaan alle kymmenen vuotta vanhoista lähteistä, mukaan lukematta lakitekstejä. Ohessa on taulukko tehdyistä tiedonhauista eri tietokannoista (taulukko 1).

Taulukko 1. Tiedonhaku eri tietokannoista.

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Käytetty
9/2015 Cinahl	Nursing documentation & electronic	17	1

	patient record		
9/2015 Medic	Potilaskeskeinen hoito & kirjaaminen	1	1
9/2015 Cinahl	Nursing process & nursing aim	48	0
9/2015 PubMed	Electronic health records & patient safety	53	1
9/2015 Medic	Haipro & turvallisuus*	5	1
9/2015 Medic	Potilasturvallisuus & hoitotyön raportointi	7	0
9/2015 PubMed	Patient care planning & patient participation	80	0
9/2015 Cinahl	Knowledge & computerized patient record	17	1

6.2 Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö on tutkimusmenetelmältään laadullinen, eli kvalitatiivinen tutkimus. Opinnäytetyön tekijä koki tämän tutkimusmenetelmän hyväksi omalle opinnäytetyölleen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostuu ihmisten tulkintojen, käsitysten, kokemusten ja motivaatioiden tutkiminen, sekä myös ihmisten eri näkemysten kuvaaminen. Tällöin kvalitatiivinen tutkimus liittyy olennaisesti ihmisten asenteisiin, uskomuksiin ja käyttäytymisen muutoksiin. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 65-66.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, jonka keskiössä on ihminen ja hänen elämänpiirinsä, sekä niihin liittyvät merkitykset (Kylmä, Juvakka 2012, 16; Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2004, 152). Tässä opinnäytetyössä keskitytään sairaanhoitajan näkemyksiin ja kokemuksiin hiljaisesta raportista, mitä opinnäytetyön tekijä haluaa tutkia.

Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa tai teoriaa (Kylmä ym. 2012, 30). Tämän takia laadullinen tutkimus sopii hyvin tutkimusmenetelmäksi, jos tutkija haluaa kuvata uusia tutkimusalueita, joista ei ole vielä paljoa tietoa (Kankkunen ym. 2013, 66). Tämänkin ohjasi opinnäytetyön tekijää valitsemaan tutkimusmenetelmäksi kvalitatiivisen tutkimuksen, koska hiljaisesta raportoinnista ei ole terveydenhuollossa vielä paljon kokemusta ja tutkittua tietoa on vasta alkanut muodostumaan. Tämän takia aihe on erittäin ajankohtainen, ja se tuottaa ajankohtaista tietoa hoitotyöhön.

Kvalitatiivinen tutkimus sopii lisäksi jo olemassa olevaan tutkimusalueeseen, jos siinä epäillään teorian tai käsitteen merkitystä tai halutaan saada aiheeseen uusi näkökulma. Myös aiheen tutkiminen ymmärtämisen näkökulmasta voi olla valinnan perusteena. (Kankkunen ym. 2013, 66; Kylmä ym. 2012, 30.) Kvalitatiivinen tutkimus on aina luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon etsintää, ja aineisto kootaan todellisissa ja luonnollisissa tilanteissa (Hirsjärvi ym. 2004, 155). Luonnollisten, eli naturalististen olosuhteiden painottaminen onkin yksi laadullisen tutkimuksen ominaispiirre (Kylmä ym. 2012, 28). Myös tässä työssä opinnäytetyön tekijä pyr-

kii luonnollisuuteen, kun kyselylomakkeet viedään osastoille, joissa tutkittava aihe on todellinen ja aito.

Dynaamisuus on myös yksi kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän tunnuspiirteistä. Dynaamisuus liittyy tutkimuksen muodostumiseen prosessin aikana, jolloin esimerkiksi tutkimustehtävät saattavat vielä täsmentyä prosessin edetessä. (Kankkunen ym. 2013, 67.) Tutkimus on tarkoitus toteuttaa joustavasti ja suunnitelmia voidaan vielä muuttaa olosuhteiden mukaisesti (Hirsjärvi ym. 2004, 155). Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymykset tarkentuivat vielä aineiston keruun ja analyysin edistyessä alkuperäisestä suunnitelmasta.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole tarkoitus pyrkiä yleistettävyyteen. Tällöin otos ei ole satunnainen, vaan harkinnanvarainen. (Kankkunen ym. 2013, 67.) Laadullisen tutkimuksen yksi ominaispiirre on, että otoskoko on usein pieni (Bowling 2014, 397). Otokseen on tarkoitus saada henkilöitä, jotka edustavat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti ja joilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä (Kankkunen ym. 2013, 67; Kylmä ym. 2012, 26). Laadullisessa tutkimuksessa osallistujia on usein vähän ja tämän tarkoituksena on pyrkiä keräämään mahdollisimman rikas aineisto tutkittavasta ilmiöstä. Otoksen lukumäärä on toisarvoinen asia tässä tutkimusmenetelmässä. Jos osallistujia on liikaa ja aineisto laaja, vaikeuttaa se tällöin aineiston analysoimista ja oleellisen löytämistä tutkimustuloksista. (Kylmä ym. 2012, 27.) Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on myös, että saatu aineisto saadaan sairaanhoitajilta, joilla on kokemusta hiljaisesta raportista. Otoksen lukumäärä halutaan myös pitää pienenä, jolloin pääpaino pysyy hoitajien kokemuksissa tutkittavasta aiheesta.

6.3 Kohderyhmä

Kohderymänä tässä opinnäytetyössä toimivat sairaanhoitajat. Kohderyhmällä oli oltava tarpeeksi työkokemusta hoitotyöstä ja riittävä kokemuspohja hiljaisen raportin käytöstä. Tässä opinnäytetyössä kohderyhmän sairaanhoitajat olivat töissä Vaasan keskussairaalan osastolla Y1B, jossa hoidetaan sydänsairauksia ja T2, joka on kirurginen vuodeosasto. Molemmilta osastoilta kyselylomakkeeseen tarvittiin vastaajiksi vähintään kymmenen sairaanhoitajaa.

6.4 Aineiston kerääminen

Tutkimussuunnitelmaa tehtäessä on jo suunniteltava, keneltä tutkimukseen tarvittava aineisto tullaan keräämään, eli ketkä toimivat tiedon lähteenä työssä. Sen lisäksi tutkimuksen tekijän on perusteltava valintansa. Tutkimukseen osallistujat on valittava sen mukaan, kuka tietää parhaiten ja kenellä on eniten kokemusta tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. On tärkeää, että osallistujat haluavat ja osaa- vat kuvata tutkimuksen kohteena toimivaa ilmiötä. (Kylmä ym. 2012, 58.) Tätä opinnäytetyötä varten aineisto on kerätty sairaanhoitajilta, joilla on jo kokemusta hiljaisen raportin käytöstä hoitotyössä.

Opinnäytetyön tekijä valitsi tähän työhön käytettäväksi aineistonkeruu menetelmäksi strukturoimattoman- eli avoimen kyselylomakkeen (LIITE 1). Kyselylomakkeet olivat tässä työssä saatavilla sekä suomen- että ruotsinkielisinä. Avoimessa kyselylomakkeessa vastaajan ehdot määrittävät rakennetta. Tässä tapauksessa tutkittavana oleva ilmiö on asetettu, mutta kysymykset ovat avoimia ja ne on määriteltävä tarkasti etukäteen. Avoin kysymys tarkoittaa, että kysymyksen jälkeen on jätetty tyhjää tilaa vastausta varten (Hirsjärvi ym. 2004, 187). Avoin kyselylomake on muodoltaan vapaa, eikä sitä ole sidottu suoriin vastauksiin. Tutkijan tehtävänä on rajata aihe, mutta toisaalta annettava kyselylomakkeen vastaajalle vapaa sana aiheesta. Avoimessa kyselylomakkeessa korostuu tutkittavan ilmiön keskeisyys, josta halutaan saada värikkäitä ja monipuolisia kuvauksia. (Kankkunen ym. 2013, 126; Kylmä ym. 2012, 79.)

Avoin kyselylomake sopii parhaiten sellaisiin tutkimuksiin, joissa tutkittavaa ilmiötä on tutkittu niukasti. Tällöin voidaan hyvin taata se, että mitään olennaista ei rajata etukäteen tutkimuksen ulkopuolelle. (Kylmä ym. 2012, 80.) Tähän opinnäytetyöhön avoin kyselylomake sopii hyvin, sillä hiljaista raportointia ei ole vielä tutkittua paljolti, jolloin vastaajat saivat vastata vapaamuotoisesti kysymyksiin. Avoin kyselylomake antaa vastaajalleen myös mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä todella on mielessään. Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeessa kysymys neljä vastaa tutkimuskysymykseen millaiset ovat hiljaisen raportin kehittämistarpeet. Kyselylomakkeen kysymys viisi vastaa tutkimuskysymykseen millainen on hiljai-

sen raportin merkitys potilasturvallisuuteen sairaanhoitajan arvioimana. Viimeisimpään tutkimuskysymykseen eli millä tavalla hiljainen raportointi vaikuttaa akuutin potilaan hoitoon vastaa kyselylomakkeen kysymys kuusi.

Kyselytutkimuksen etuna voidaan pitää sitä, että niiden avulla tutkimusaineistoa voidaan kerätä laajasti. Menetelmää pidetään tehokkaana, koska se säästää tutkijan aikaa. Huolellisesti suunniteltu kyselylomake auttaa saadun aineiston käsittelyssä tallennettuun muotoon, ja sen pystyy helposti analysoimaan tietokoneen avulla. Kustannukset ja aikataulu pystytään myös arvioimaan tarkasti. Lisäksi avointen kysymysten etuna voidaan pitää sitä, että se ei ehdota vastauksia, vaan se sallii vastaajan ilmaista itseään omin sanoin. Tällöin se osoittaa vastaajan tietämyksen ja sen, mikä on keskeistä vastaajan ajattelussa. Toisaalta kyselylomakkeen heikkoutena voidaan mainita, ettei kyselylomakkeen ollessa aineistonkeruumenetelmänä voida täysin varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat ovat tutkimukseen suhtautuneet ja ovatko he pyrkineet vastaamaan kysymyksiin rehellisesti ja huolellisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 184, 190.) Tässä opinnäytetyössä avointa kyselylomaketta käytetään, koska se ei ole sidoksissa aikaan, vaan hoitaja voi täyttää sitä silloin kun se työtilanteeseen parhaiten sopii. Lisäksi avoin kyselylomake antaa tilaa vastaajalleen prosessoida mielessä kysymyksiä rauhassa.

6.5 Aineiston analysoiminen

Tässä opinnäytetyössä aineisto on analysoitu induktiivisella- eli aineistolähtöisellä sisällön analyysillä (esimerkki liitteessä 2). Sisällön analyysi toimii perustyövälineenä kaikessa laadullisen aineiston analysoimisessa. Sen avulla tutkija voi analysoida aineistoa systemaattisesti järjestelemällä ja kuvaamalla tutkimusaineistoa. (Kylmä ym. 2012, 112.) Sisällön analyysiä on käytetty monessa hoitotyön tutkimuksessa, ja sillä on takanaan pitkä historia (Elo & Kyngäs 2007, 107).

Sisällön analyysi edellyttää tutkijalta tietynlaista alkutyöskentelyä. Laadullista aineistoa analysoidaan jo sen keräämisen yhteydessä. Aineiston analysoiminen alkaa usein siitä, kun aineisto on kerätty ja tutkija alkaa kirjoittamaan kyselylomakkeen tai haastattelunauhan materiaalia tekstiksi. Materiaali tulee kirjoittaa puhtaaksi sanasta sanaan, kuten haastateltava on asian ilmaissut. Myös kyselylo-

makkeessa teksti kirjoitetaan puhtaaksi sellaisenaan, vaikka vastaajalla ilmenisi-kin kirjoitusvirheitä tekstissä. (Kankkunen ym. 2013, 163; Hirsjärvi ym. 2004, 210.) Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeen vastaukset kirjoitettiin puhtaaksi tietokoneelle. Puhtaaksi kirjoittaminen sisälsi kaksi vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa kyselylomakkeet kirjoitettiin puhtaaksi koneelle kyselylomake kerrallaan. Toisessa vaiheessa kyselylomakkeen kysymys kirjoitettiin ensin otsikoksi, ja otsikon alle koottiin kaikki vastaukset juuri tähän kysymykseen kyselylomake kerrallaan samassa järjestyksessä, kuin ensimmäisessä vaiheessa.

Kun tutkimusaineisto on kerätty ja tallennettu kirjoitettuun muotoon, täytyy se analysoida, jotta tutkimuksen tulokset saadaan esille. Sisällön analyysin tavoitteena on tuottaa tietoa ilmiöstä, joka tutkimuksen kohteena on kerätyn aineiston avulla. Analyysia tehtäessä on muistettava, että kaikkea tietoa ei tarvitse analysoida, vaan analyysissa etsitään vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja asetettuihin tutkimustehtäviin. (Kylmä ym. 2012, 112-113.) Sen avulla tutkija pyrkii saamaan kuvauksen tutkittavasta ilmiöstä yleisessä ja tiivistetyssä muodossa (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4).

Aineiston analyysi etenee vaiheittain. Induktiivisen sisällön analyysin ensimmäinen vaihe alkaa puhtaaksi kirjoittamisen jälkeen analyysiyksikön valinnalla, mikä tarkoittaa alkuperäistä ilmaisua kerätystä materiaalista. Analyysiyksikön valintaa ohjaa aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Analyysiyksikkönä voi toimia yksittäinen sana tai teema. Se voi olla myös laajempi kokonaisuus ja sisältää jopa useita lauseita. Analyysiyksikkö voi olla myös yksi kirjain tai sivujen määrä. Analyysiyksikköjä muodostettaessa ne voidaan merkata alkuperäisen materiaalin viereen vaikka värillisessä korostuksella. Kun tutkija on valinnut analyysiyksiköt, tulee aineisto lukea vielä läpi useaan kertaan, jonka tarkoituksena on luoda pohja analyysille. Poimitut ilmaukset toimivat pohjana pelkistämiseksi, eli koodaukselle. (Kankkunen ym. 2013, 167-168; Kyngäs ym. 1999, 5; Kylmä ym. 2012, 117, Elo ym. 2007, 109.) Puhtaaksi kirjoittamisen jälkeen opinnäytetyön tekijä luki kyselylomakkeiden vastaukset vielä moneen kertaan läpi, jotta ajatukset jäsentyisivät. Opinnäytetyön tekijä alkoi poimimaan analyysiyksiköitä kysymys kerrallaan. Analyysiyksikön valinnassa tavoitteena oli, että valittu yksikkö antaa vastauksen

kysytyyn kysymykseen. Analyysiyksiköt viivattiin ensin värikynällä, ja myöhemmin kirjoitettiin koneelle.

Aineiston pelkistäminen suoritetaan kysymällä aineistolta kysymyksiä liittyen tutkimustehtävään. Pelkistettäessä analyysiyksiköiden merkitykselliset ilmaisut tiivistetään niin, jotta niiden olennainen sisältö säilyy. Pelkistetyt ilmaisut kirjoitetaan ylös niin tarkkaan kuin mahdollista ja samoilla termeillä kuin teksti on aineistossa ilmaistu. Samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut kootaan erilliselle listalle, jonka tarkoituksena on etsiä niiden samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Tämä on ensimmäinen vaihe kategorioiden muodostamisessa. (Kyngäs ym. 1999, 5- 6; Kylmä ym. 2012, 117-118; Kankkunen ym. 2013, 169.) Analyysiyksiköiden valinnan jälkeen alkoi yksiköiden pelkistys yksinkertaisempaan muotoon. Opinnäytetyön tekijä koki itselleen helpommaksi sen, että pelkistetyt ilmaukset kirjoitettiin koneella heti analyysiyksikön viereen. Tällöin pelkistystä oli helpompi tarvittaessa vielä muokata lisää valitun analyysiyksikön pohjalta.

Sisällön analyysin seuraava vaihe on ryhmittely, jossa samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaukset yhdistetään samaan kategoriaan. Tutkimuksen tekijän tulkinta ja tutkimusaineisto ohjaavat näiden pelkistettyjen ilmausten yhdistämistä omiin luokkiinsa. Tämän jälkeen kategorialle annetaan sen sisältöä hyvin kuvaava nimi. Nimen tulee kattaa kaikki kategorian alle liitetyt pelkistetyt ilmaisut. Kategorioiden muodostamisen tarkoituksena on kuvata tutkittavaa ilmiötä ja lisätä tietoa ja ymmärrystä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tähän vaiheeseen sisällön analyysia liittyy jo aineiston abstrahointia eli käsitteellistämistä. Sisällön analyysin kolmas vaihe asettuukin limittäin aiempien vaiheiden kanssa. (Kyngäs ym. 1999, 6; Kankkunen ym. 2013, 169; Elo ym. 2007, 111; Kylmä ym. 2012, 118-119.) Tässäkin työssä opinnäytetyön tekijä yhdisti pelkistämisen jälkeen samaan aihepiiriin kuuluvat aiheet omiksi ryhmikseen. Ryhmät muodostivat näin alakategorian.

Analyysia jatketaan tästä yhdistämällä saman sisältöiset alakategoriat toisiinsa muodostaen näin yläkategorioita. Yläkategoriat syntyvät samalla tavalla kuin alakategoriatkin, koska niissä yhdistetään sisällöllisesti samanlaiset luokat. Yläkate-

gorian nimen tulee kuvata hyvin myös sen alla olevien alakategorioiden sisällöt. Abstrahointia jatketaan niin kauan kuin se on sisällön kannalta tarpeellista ja mahdollista. Tutkijan kannattaa koko ajan miettiä abstrahointia tehdessään, miten pitkälle aineistoa kannattaa ryhmitellä, jottei tulosten sisältämä informaatio vähe- ne. Tarvittaessa saman sisältöiset yläkategoriat voi yhdistää vielä omiksi pääkate- gorioikseen, jolle annetaan hyvä pääkategoriaa ja sen alaluokkia kuvaava nimi. (Kyngäs ym. 1999, 6-7; Kylmä ym. 2012, 118; Elo ym. 2007, 111; Kankkunen ym. 2013, 169.) Lopuksi opinnäytetyön tekijä antoi muodostamilleen alakategori- oille nimen, joka kuvasi kaikkia alakategorian aiheita. Näin muodostui yläkatego- riat. Tässä työssä yläkategorioita oli paljon, joten opinnäytetyön tekijä päätti yh- distää vielä saman sisältöiset yläkategoriat omiksi ryhmikseen ja antoi näille ryh- mille vielä omat nimensä. Näin muodostuivat opinnäytetyön pääkategoriat. Tu- lokset-osiossa alaotsikot on nimetty siten, että ne ovat pääkategorioiden nimiä.

Sisällön analyysin vahvuuksiksi on mainittu tutkimusasetelman joustavuus ja si- sällöllinen sensitiivisyys. Sen avulla voidaan tuottaa yksinkertaistettuja aineistojen kuvauksia, koska sillä tavoitellaan seurauksia, merkityksiä ja sisältöjä. (Kankku- nen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 134.) Induktiivinen sisällön analyysi sopii hyvin sellaisen ilmiön tutkimiseen, josta ei ole vielä paljoa tutkimustietoa tai aikaisempi tieto on hajanaista. Sisällön analyysin käyttämisen haasteina on todettu olevan analysointi menetelmän joustavuus ja säännöttömyys, koska se pakottaa tutkijan ajattelemaan itse. (Kankkunen ym. 2013, 167.) Tähän opinnäytetyöhön sisällön analyysi sopi siksi, koska kyseessä oli kvalitatiivinen tutkimus. Tässä työssä sai- raanhoitajien kokemuksilla hiljaisesta raportoinnista oli suuri merkitys. Lisäksi tutkimustietoa hiljaisesta raportista ei ole vielä kovinkaan paljon. Näiden tietojen pohjalta sisällön analyysi sopi analyysimenetelmäksi juuri tähän tutkimukseen.

6.6 Tutkimusetiikka

Eettiset seikat ovat tärkeitä tutkimusten ja opinnäytetöiden tekemisessä (Kylmä ym. 2012, 137). Tutkija tekee eettisen ratkaisun jo silloin, kun tutkimusaihetta va- litaan. Tutkijan tulee aina pohtia aiheen merkitystä yhteiskunnallisesti, mutta myös siten mitenkä tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin. Tutkimuksen etiikan

periaatteena on tutkimuksen hyödyllisyys. (Kankkunen ym. 2013, 218.) Tutkimusmenetelmistä päätettäessä on myös mietittävä, voidaanko valituilla menetelmillä saavuttaa haluttu tieto, ja ovatko menetelmät myös eettisesti oikeutettuja (Kylmä ym. 2012, 146). Tämän opinnäytetyön aihe on tärkeä, sillä hiljainen raportointi on osa monen sairaanhoitajan työtä. Aihetta ei ole myöskään tutkittu vielä paljon, eikä siitä ole olemassa vielä niin paljoa tutkimuksia. Opinnäytetyön tekijä koki saavansa parhaan mahdollisen tiedon aiheesta kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä, ja aineiston keräämisessä avointa kyselylomaketta käyttämällä.

Yksi etiikan keskeisimmistä periaatteista on tutkimukseen osallistuvan itsemääräämisoikeus. Osallistumisen täytyy olla vapaaehtoista ja osallistujalla on oltava mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta tutkimuksen missä vaiheessa tahansa. Tutkimukseen osallistujien suostumus tutkimukseen osallistumisesta on oltava täysin vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistumista ei saa palkita, mutta myöskään osallistumattomuudesta ei saa aiheutua uhkia. Tämän takia tutkimuksen saatekirjeen on oltava asiallinen ja neutraali. Tutkimuksen saatekirjeessä on käytävä ainakin ilmi tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusmenetelmä. Lisäksi saatekirjeessä täytyy olla nähtävissä, kuka on tutkimuksen vastuuhenkilö. Tutkimukseen osallistuvia henkilöitä on myös informoitava siitä, että tutkimus tehdään luottamuksellisesti ja nimettömyys sekä yksityisyys on taattu. Osallistujia informoidaan myös siitä, että heillä on oikeus peruuttaa tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa. (Kankkunen ym. 2012, 218-219; Helsingin julistus 1964; Kylmä ym. 2012, 149.)

Tässä työssä kyselylomakkeen saatekirjeessä kerrotaan tutkimuksen aiheesta ja tarkoituksesta (LIITE 3). Näkyvillä on myös opinnäytetyön tekijän yhteystiedot, jos jollekin tutkimukseen osallistuvalla ilmeni kysymyksiä opinnäytetyöhön liittyen. Saatekirjeessä kerrotaan myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Saatekirjeen informatiivisuuteen kiinnitettiin erityistä huomiota, koska kyselylomakkeeseen vastaamista pidetään tietoisena suostumuksena osallistua opinnäytetyöhön. Saatekirje kirjoitettiin sekä suomen että ruotsin kielelle.

Tutkimuksen keskeinen periaate on myös osallistujien anonymiteetin säilyminen. Anonymiteetilla tarkoitetaan, ettei tutkimustietoja saa luovuttaa kenellekään tut-

kimusprosessin ulkopuoliselle henkilölle. Saatu aineisto on säilytettävä joko tietokoneella salasanan takana, tai jossain muussa lukitussa paikassa. Aineiston analyysiprosessissa tutkimukseen osallistuneita ihmisiä on suojattava. Puhtaaksi kirjoitetuissa kyselylomakkeissa ei käytetä ihmisten nimiä, vaan numeroita. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa yksi tunnuspiirre on, että tuloksien yhteydessä esitetään myös muutamia alkuperäisilmaisuja. Tällöin on tärkeää, että esimerkiksi murresanat käännetään yleiskielelle tunnistettavuuden estämiseksi. Anonymiteettiin ja sen toteutumiseen liittyy olennaisesti myös se, että tutkija selvittää tutkimuslupaa haettaessa, saako organisaation tai tutkimukseen osallistuvien osastojen nimet mainita tutkimusraportissa. (Kankkunen ym. 2013, 221; Kylmä ym. 2012, 153.)

Tässä työssä opinnäytetyön tekijä haki asianmukaisesti tutkimuslupaa ylihoitajalta Vaasan keskussairaalaan. Sen lisäksi opinnäytetyön tekijä sai tässä työssä mainita, että opinnäytetyö tehdään Vaasan keskussairaalaan ja osallistuvat osastot tässä työssä ovat sydänosasto ja T2. Myös hoitajien anonymiteetti otettiin huomioon työtä tehtäessä. Anonymiteetistä kerrottiin saatekirjeessä, että kyselylomakkeen vastaukset käsitellään nimettömästi ja luottamuksellisesti, eikä kenenkään vastaajan tiedot paljastu tutkimuksen tuloksista. Opinnäytetyön tekijä vältti turhien taustakysymyksien esittämistä kyselylomakkeessa, ja kysyi vain sellaiset taustatiedot, jotka olivat tässä työssä olennaisia. Tämä osaltaan turvasi anonymiteettia. Kyselylomakkeiden osastoille viemisen ohella mukana oli myös suljettu palautuslaatikko, jonne kyselylomakkeen vastaajat saivat tiputtaa lomakkeet siihen vastattuaan. Tämä takasi sen, ettei kukaan päässyt lukemaan mitä toiset olivat kyselylomakkeeseen vastanneet. Saatu aineisto kirjoitettiin puhtaaksi tietokoneelle, jossa sitä säilytettiin salasanan takana. Alkuperäiset kyselylomakkeet opinnäytetyön tekijä säilytti omassa asunnossaan. Tutkimuksen tuloksissa alkuperäisilmaisut ovat tunnistamattomassa muodossa, eikä siinä käy myöskään ilmi kummalla osastolla näin on vastattu. Opinnäytetyön valmistuttua kyselylomakkeiden aineisto tuhottiin silppurilla.

Tutkimustyötä tehtäessä on vältettävä epärehellisyttä kaikissa sen osavaiheissa. Yksi tällainen on plagioinnin välttäminen, jossa tutkija esittää toisen tekijän tutkimustulokset, sanamuodot ja ideat ikään kuin omanaan. Tekstiä lainattaessa lai-

naukset on merkittävät asianmukaisesti sekä tekstiin että lähdeluetteloon. Suorat lainaukset on myös merkattava selkeästi tekstiin. Oman tutkimuksen plagiointi tarkoittaa, että tutkija muuttaa osan tutkimuksesta ja tuottaa näennäisesti uutta tietoa. (Hirsjärvi ym. 2004, 27-28, 110-111; Kankkunen ym. 2013, 224.)

Tässä opinnäytetyössä on huomioitu tekijänoikeudet välttämällä plagiointia ja merkitsemällä lähdeviitteet asianmukaisesti ja selkeästi työhön. Suorat lainaukset on merkattu tähän työhön ohjeiden mukaan sitaattien sisään kursivoituna tekstinä. Opinnäytetyön tekijä pyrki tässä työssä käyttämään luotettavia ja mahdollisimman tuoreita lähteitä. Suurin osa käytetyistä lähteistä on alle kymmenen vuotta vanhoja, mukaan lukematta lakitekstiä ja joitakin klassikkoteoksia.

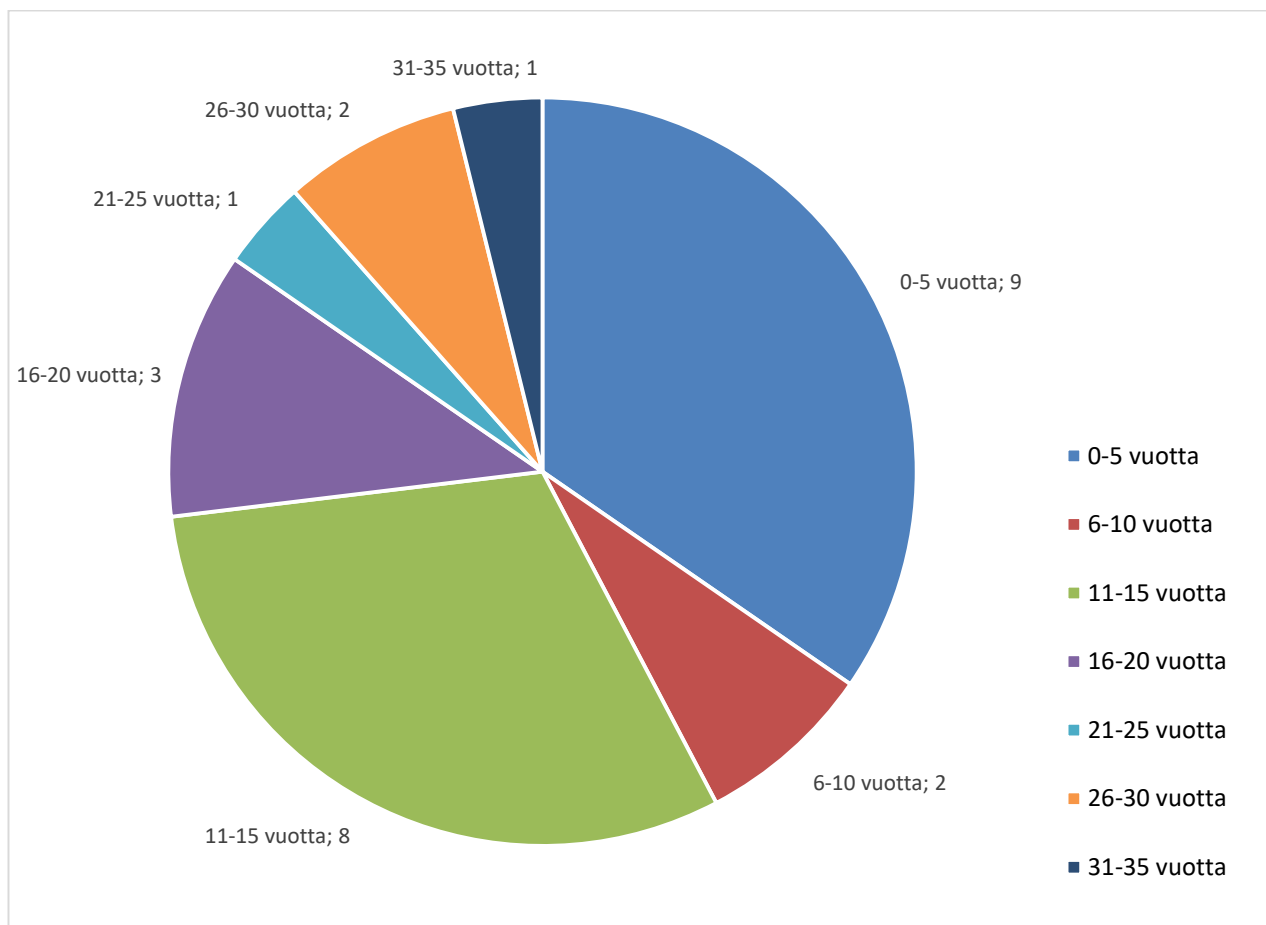
Tutkimuksen eettisyyteen liittyy lisäksi myös se, että tutkimustulosten eettinen raportointi tarkoittaa rehellisyyttä, avoimuutta ja tarkkuutta tutkimuksen kaikkien vaiheiden raportoinnissa (Kylmä ym. 2012, 154). Tutkimustulosten sepittäminen tarkoittaa, että saadut tulokset ovat tekaistuja. Tähän liittyy myös tutkimustulosten kaunistelu, jolloin tutkimuksen tuloksista esille nousseista kielteisistä ja puutteellisista asioista ei kirjoiteta korrektisti, vaan niitä saatetaan muunnella positiivisemmiksi. Raportoinnin ei myöskään saa olla puutteellista tai harhaanjohtavaa ja käytetyistä tutkimusmenetelmistä on selostettava huolellisesti. Myös tutkimuksen puutteiden on tultava ilmi. (Kankkunen ym. 2013, 225; Hirsjärvi ym. 2004, 28.) Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen eri vaiheet on kuvattu ja selitetty tarkasti. Tulokset on kuvattu totuudenmukaisesti eikä niitä ole pyritty kaunistelemaan tai muuntelemaan. Opinnäytetyössä ilmenneitä mahdollisia puutteita on myös käsitelty, ja niitä pohditaan enemmän luotettavuus osiossa.

7 TULOKSET

Tässä osiossa käydään läpi tutkimuksen tulokset. Aluksi tulososiossa esitetään taustakysymykset, joita oli tässä kyselylomakkeessa kaksi. Molemmista taustakysymyksistä on tehty kuviot havainnollistamaan vastaajien taustatietoja. Taustatietoina tässä tutkimuksessa opinnäytetyön tekijä halusi kysyä, kuinka monta vuotta kyselylomakkeeseen vastannut oli työskennellyt sairaanhoitajana ja kuinka monta vuotta hänellä oli kokemusta hiljaisesta raportista. Tässä opinnäytetyössä tutkimustulokset on jaettu viiteen eri pääkategoriaan, jotka ovat muodostuneet yläkategorioiden pohjalta. Yläkategoriat ovat taas muodostuneet omista alakategorioistaan. Alakategoriat näkyvät tekstissä tummennettuina. Tutkimustulosten käsittelyn yhteydessä esitetään myös suoria lainauksia kyselylomakkeen vastauksista. Tähän tutkimukseen osallistui sairaanhoitajia kahdelta Vaasan keskussairaalan osastolta. Opinnäytetyön tekijä jakoi kyselylomakkeita osastoille yhteensä 30 kappaletta. Kyselylomakkeen täytti 26 sairaanhoitajaa, jolloin vastausprosentti oli 87%.

7.1 Sairaanhoitajien työkokemus vuosina

Ensimmäisenä taustakysymyksenä kyselylomakkeessa oli kysymys, jossa vastaajia pyydettiin kertomaan, kuinka monta vuotta he ovat toimineet sairaanhoitajina. Kyselylomakkeeseen vastanneista yhdeksän oli toiminut sairaanhoitajana 0-5 vuotta, joka oli suurin luokka tähän tutkimukseen vastanneista. 6-10 vuotta sairaanhoitajana oli työskennellyt kaksi hoitajaa. Toiseksi eniten kyselylomakkeeseen vastanneista oli toiminut sairaanhoitajana 11-15 vuotta, ja heitä oli yhteensä kahdeksan (ks. Kuvio 1).

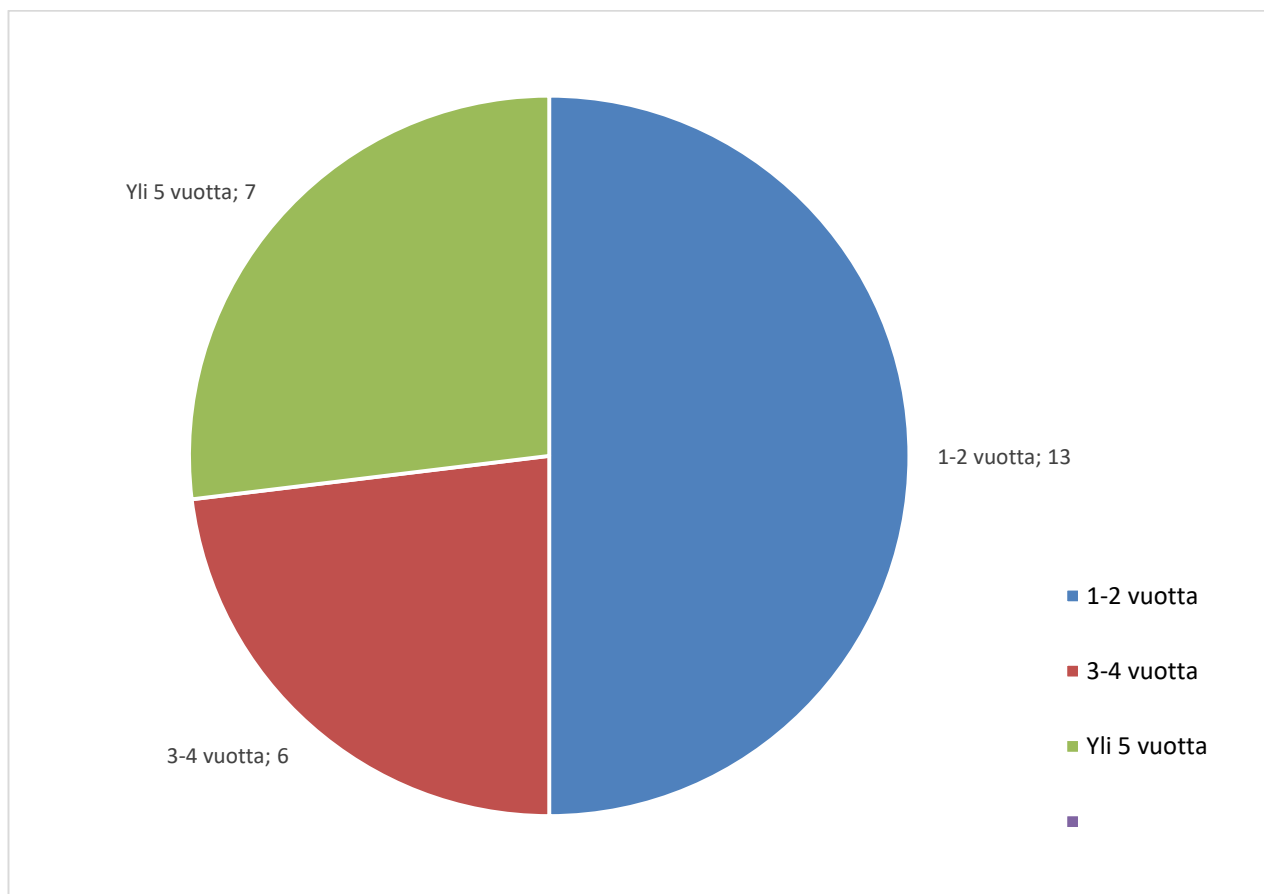


Kuvio 1. Vastaajien työkokemus

Sairaanhoitajana yli 15 vuotta työskennelleiden määrä oli pienempi, kuin alle 15 vuotta työskennelleiden. Heistä 16-20 vuotta sairaanhoitajana oli työskennellyt 3 hoitajaa. 21-25 vuotta sairaanhoitajana oli toiminut yksi hoitaja. 26-30 vuotta työskennelleitä oli kaksi vastaajaa. Pisimpään, eli 31-35 vuotta sairaanhoitajan työssä oli toiminut yksi vastaaja.

7.2 Sairaanhoitajien aiempi kokemus hiljaisen raportin käytöstä

Toisena taustakysymyksenä kyselylomakkeessa oli kysymys, jossa vastaajia pyydettiin kertomaan, kuinka monta vuotta he ovat työskennelleet hiljaisen raportin parissa. Kyselylomakkeeseen vastaajista puolella, eli 13 hoitajalla oli kokemusta hiljaisen raportin käytöstä 1-2 vuotta. Sairaanhoitajista kuudella oli aiempaa kokemusta hiljaisesta raportista 3-4 vuotta. Yli 5 vuoden kokemus hiljaisesta raportista oli seitsemällä vastaajalla (ks. Kuvio 2).



Kuvio 2. Vastaajien kokemus hiljaisesta raportoinnista

7.3 Ajankäytön tehostaminen

Ensimmäinen pääkategoria tutkimuksen tuloksista on ajankäytön tehostaminen. Tämä pääkategoria muodostui kahdesta yläkategoriasta. Ajankäytön tehostaminen muodostui yläkategorioista yksilöllinen raporttiin perehtyminen ja ajan tehostaminen.

Kyselylomakkeen monesta vastauksesta välittyi, että hiljaisen raportin etuna pidettiin sitä, että hoitaja sai lukea raporttia **omaan tahtiin ja omalla tyylillä**. Hiljaisen raportin käyttöönoton myötä potilaasta sai itse lukea tarvittavat tiedot kaikessa rauhassa ja potilaan tilanteeseen pääsi tutustumaan paremmin kuin suullisessa raportissa. Tällöin kokonaiskuvan potilaasta koettiin olevan parempi. Tulosten perusteella **omaan tahtiin lukemista** pidettiin positiivisena asiana myös siksi,

koska väärinkäsityksiltä vältyttiin, kun hoitaja sai lukea potilaan raportin **itsenäisesti**.

Itsenäisen raportin lukemisen lisäksi tuloksista kävi esille, että **kansliassa oli rauhallisempaa** hiljaisen raportin käyttöönoton myötä, jota pidettiin hiljaisen raportin yhtenä isona etuna. **Kanslian rauhallisuus** vaikutti osaltaan siihen, että hiljaiseen raporttiin pystyi hyvin **keskittymään**, kun hoitaja sai istua kaikessa rauhassa ja lukea raporttia niin tarkasti kuin itse halusi. Hiljaisen raportin eduksi todettiin myös se, että raporttia ei enää tarvinnut kuunnella muista potilaista, joita hoitaja ei itse hoitanut, toisin kuin suullisen raportin aikaan.

”Frigör personal då inte behöver sitta alla tillsammans var och en får läsa in sig i lugn o. ro och i egen takt på det som är viktigt”

Hoitajat kokivat raportin itsenäisen ja omaan tahtiin lukemisen vaikuttavan osaltaan myös ajankäytön parempaan tehostamiseen. **Aikaa koettiin säästyvän** paremmin itse potilastyölle, ja hoitaja kerkesi olemaan potilaiden kanssa pidemmän aikaa. Raporttia pystyi alkaa lukemaan heti kun pääsi töihin, eikä tarvinnut odotella muita hoitajia paikalle, niin kuin suullisessa raportissa. Tällöin **ei myöskään aiheutunut tarpeetonta keskustelua** kollegoiden kanssa, toisin kuin suullisessa raportissa raporttihakkeet saattoivat sen takia venyä pitkiksi.

”Får börja läsa när man kommer på jobb o. behöver inte vänta på alla andra. Sparar mycket tid o. har mera tid att sköta patienterna på eftermiddagen ”

Etenkin iltavuoroon tultaessa tämän koettiin säästävän enemmän aikaa potilaille, ja raportin jälkeen pystyi hoitamaan esimerkiksi sellaisen potilaan asioita, joka uloskirjoitetaan osastolta iltapäivällä. Työvuorossa hoitajat kokivat ehtivänsä tehdä muutakin tuona aikana, mikä meni ennen suulliseen raporttiin. Hiljaisen raportin koettiin olevan kaikin puolin **nopeampi** ja **sujuvampi** kuin suullisen raportin.

7.4 Potilaan kokonaistilanteen kattava arvio

Pääkategoriana toimiva potilaan kokonaistilanteen kattava arvio muodostui neljästä yläkategoriasta. Yläkategorioina toimivat kirjaamisen laadukkuus ja raportin parempi kokonaiskuva. Akuutin potilaan hoidossa ja potilasturvallisuus näkökulmasta käsin muodostuivat yläkategoriat kirjaamiseen liittyvät potilasturvallisuutta parantavat tekijät ja raportin laadukkuus ja päivittäminen akuutin potilaan hoidossa.

Hiljaisen raportin käyttöönoton myötä osa hoitajista oli sitä mieltä, **että dokumentointi oli parantunut** aiemmasta. Hoitohenkilökunnan kirjaamisen koettiin olevan yhtenäisempää ja johdonmukaisempaa kuin aiemmin. Kirjallisessa tiedonvälityksessä hoitajan **oman vastuun todettiin korostuvan**, koska kirjallisessa raportissa hoitaja on itse vastuussa luetusta. Vastausten mukaan raporttia luettaessa **tietoa pystyi hyvin priorisoimaan**, kun hoitaja pystyi itse valitsemaan mitä haluaa lukea riippuen siitä, mikä tieto on itselle oleellista päivän työtehtävät huomioon ottaen. Tällöin myös **oman työn suunnittelu** parantui. Tiedon tarpeen pystyi hyvin **asettamaan tärkeysjärjestykseen**, koska raportista sai lukea ainoastaan ne asiat, joita hoitaja koki itse tarvitsevänsä. Näin **tarpeellista tietoa pystyi paremmin kohdentamaan**, ja jokainen sai sen tiedon mitä itse tarvitsi.

Kirjallisen raportin etuna pidettiin myös sitä, että **päällekkäisyyksiltä työvuorossa vältyttiin**, kun vuoroaan lopettavat hoitajat eivät olleet enää kiinni raportointiaikoina. Tällöin hoitajat joiden työvuoro oli kohta loppumassa, saivat olla potilastyössä niin pitkään, kunnes vuoroaan aloittelevat hoitajat olivat saaneet raportin luettua. Myös työvuoroaan aloittavat hoitajat pitivät enemmän kirjallisesta raportista, koska silloin ei tarvinnut käydä joka raportilla läpi samoja päivystystekstejä useaan kertaan, toisin kuin suullisen raportin aikaan.

Hiljaisessa raportissa pystyi **valikoimaan** mitä asioita potilaasta halusi lukea, riippuen siitä oliko ollut aiemmin töissä ja tunsu potilaan, jolloin potilaasta ei tarvinnut lukea raporttia niin laajasti vai oliko juuri palannut pitkiltä vapailta, jolloin tiedon tarve oli suurempi. Raporttia luettaessa tietoa pystyi valikoimaan hyvin myös sen kantilta, oliko esimerkiksi sairaanhoitaja vai perushoitaja, joiden on tär-

keää tietää potilaasta eri asioita. Päivän työtehtävät pystyttiin ottamaan paremmin huomioon raporttia luettaessa, esimerkiksi kansliassa työskentelevä sai tiedot potilaan lääkkeistä ja tutkimuksista ja ”kentällä oleva” tietoa potilaan toimintakyvystä ja liikkumisesta. Potilaan tilaan pystyttiin perehtymään paremmin kirjallisessa raportissa, ja hoitaja pystyi samalla tarkistamaan esimerkiksi potilaan sairauskertomuksen, laboratoriovastaukset ja lääkelistan. Raportin loputtua vuoroaan aloittelevalla hoitajalla oli vielä tilaisuus kysyä mahdollisista epäselväksi jääneistä asioista potilaan hoitoon liittyen aiemmassa vuorossa potilasta hoitaneelta hoitajalta, jolloin saatu tieto tarkentui.

Tulosten perusteella hoitajat kokivat saaneensa raportin luettuaan **kattavan kokonaiskuvan** potilaasta ja potilaan hoidosta. **Raportti oli hyvin suuntautunut** niin että hoitajat löysivät raportista kaikki oleelliset asiat. Raportin avulla hoitajat pystyivät **kiinnittämään huomiota** potilaan hoidossa **oikeasti oleellisiin asioihin**. Hiljaisen raportin koettiin olevan **monipuolinen** ja **kattava**, koska kaikki potilaaseen liittyvät tiedot pystyttiin kätevästi tarkistamaan potilastietojärjestelmästä. **Omiin potilaisiin pystyi perehtymään paremmin** ja hoitajan oli mahdollista raportin lukemisen ohella etsiä lisätietoa myös potilaan epäselvistä diagnooseista tai tehtävistä toimenpiteistä. Raportin lukeminen toi myös **tiettyä joustoa työaikoihin**, kun koko henkilökunta ei ollut enää kiinni raportointiaikoina. Kirjallista raporttia luettaessa potilaan raporttiin **pystyi hyvin keskittymään**, kun raportin sai lukea rauhassa.

Potilasturvallisuuskulmasta käsin hoitajat olivat sitä mieltä, että **hyvin dokumentoitu ja kirjattu tieto takaa potilasturvallisuuden**, eikä se tällöin pääse vaikuttamaan potilasturvallisuuden toteutumiseen negatiivisesti. Hoitajien mielestä **hiljainen raportointi on entisestään parantanut potilasturvallisuutta**, sillä hiljaisessa raportissa pitää kiinnittää entistä enemmän huomiota oikeanlaiseen dokumentointiin ja kirjaamiseen. Hiljaisen raportin myötä **kirjallisen raportin kattavuuden koettiin parantuneen**. Potilasturvallisuutta paransi entisestään se, että hoitaja pystyi itse tarkistamaan potilaan hoitoon liittyvät oleelliset tiedot potilaan hoitosuunnitelmasta. **Hoitosuunnitelman monipuolinen tarkastelu turvasi** myös osaltaan **potilasturvallisuutta**. Jos jokin asia potilaan hoidossa jäi epäsel-

väksi, asian pystyi helposti tarkistamaan palaamalla tekstissä takaisinpäin. Hoitajat totesivat myös **salassapitovollisuuden parantuneen** hiljaisen raportin käyttöönoton myötä, sillä ihmiset jotka ovat kanslian ulkopuolella eivät enää päässeet vahingossa kuulemaan hoitajien suullista raporttia potilaista.

”Patientsäkerheten har blivit bättre. Du får klarare och tydligare information om patienten. Den skriftliga dokumentationen har blivit betydligt bättre sen tyst rapportering infördes”

Myös akuutisti sairastuneen potilaan kohdalla vastaajat korostivat, kuinka tärkeää laadukas kirjaaminen on, jotta kaikki potilaan hoitoon liittyvät tärkeät asiat tulevat ilmi. Osa hoitajista oli sitä mieltä, että hiljainen raportointi ei ollut vaikuttanut ainakaan negatiivisesti akuutin potilaan hoitoon. Akuutin potilaan hoidossa ei ilmennyt hoitajien mielestä mitään ongelmia, jos kirjaaminen oli toteutettu asianmukaisesti. Hiljaista raporttia pidettiin luotettavampana kuin suullista tietoa, jos **hoitosuunnitelmaa oli päivitetty** tihein väliajoin.

”Jos kirjaaminen on asianmukaista, ei ole ongelmia. Hoitosuunnitelmaa tulee päivittää jatkuvasti ja jos näin tapahtuu, on hiljainen raportti luotettavampi, kuin suullinen tieto”

7.5 Kirjaamiseen liittyvät puutteet

Pääkategoriana oleva kirjaamiseen liittyvät puutteet muodostui neljästä yläkategorista. Yläkategorioina toimivat puutteet dokumentoinnin laadukkuuden toteutumisessa ja hoitohenkilöstön erilainen kirjaamistapa. Potilasturvallisuusnäkökulmasta käsin muodostui yläkategoria kirjaamiseen liittyvät potilasturvallisuutta heikentävät tekijät ja akuutin potilaan hoidossa yläkategoriaksi muodostui raportin epävarmuustekijät akuutin potilaan hoidossa.

Tulosten mukaan kävi ilmi, että hoitajat näkivät kehittämistarvetta hiljaisessa raportissa etenkin dokumentoinnissa ja kirjaamisessa. **Dokumentoinnin täytyy olla laadukasta** ja perusteellista, jottei potilasturvallisuuden toteutuminen ole vaarassa. Hyvin dokumentoitu tieto tuo paremmin esille oleelliset asiat potilaan hoidossa, jolloin kaikki tarpeellinen ja tärkeä tieto tulee varmasti esille. Hoitajat toivat

esille, että kirjaamista on toteutettava jatkuvasti joka päivä, jotta dokumentointi pysyy hyvänä. Hoitajien mielestä sekä **lääkäreiden että hoitajien dokumentoinnin tulisi olla tarkempaa**, jotta oleellinen tieto potilaasta välittyy ongelmitta. Hoitajien mielestä sairaalassa käytettävä potilastietojärjestelmä kaipaa päivitystä, jotta raporttia potilaasta olisi helpompi lukea. **Myös rakenteista kirjaamista täytyy kehittää**, jotta kaikkien hoitajien kirjaaminen olisi yhdenmukaisempaa ja rakenteellisempaa.

”Viktigt att man dokumenterar bra och att det viktiga kommer fram”

Kehittämistarpeena hiljaisessa raportoinnissa hoitajat nostivat esille myös hoitajien kirjaamisen. Kirjaamisessa toivottiin, että kaikki kirjoittavat **samalla tyylillä** ja kaikkien **kirjaamismenetelmä on yhtenäinen**. Kirjaamisen yhtenäisyys selkiyttää hoitajaa siitä, mitä tietoja potilaan tilasta kuuluu tietää ja kirjata. Jotta kirjaamisen yhtenäisyys toteutuu, täytyy **yhteisistä kirjaamismenetelmistä ja -muodoista** sopia koko henkilökunnan kanssa. Hiljaisen raportin toivottiin myös otettavan terveydenhuollossa **laajemmin käyttöön**. Hoitajat ehdottivat, että kirjattua tietoa voisi **automatisoida** siten, että tietojärjestelmä käsittelee kirjattua tietoa ja huomauttaa esimerkiksi korkeasta verenpaineesta tai jos edellisestä vatsan toiminnasta on jo aikaa. Myös sitä ehdotettiin, että käyttöön voitaisiin ottaa tiettyjä fraaseja, jotka joissakin tilanteissa helpottavat kirjaamista ja lyhentävät tekstejä. **Osastokohtaisia tukilistoja potilaan hoitoa varten** kaivattiin enemmän. Tukilistojen toivottiin olevan kohdennettu juuri omalla osastolla hoidettavaan potilasmateriaaliin. **Tarkistuslistoja kaivattiin potilaan hoidon tueksi**, esimerkiksi kotiutustilanteissa.

Puutteellisen kirjaamiseen liittyvät tekijät koettiin myös heikentävän potilasturvallisuuden toteutumista. Tulosten perusteella hiljainen raportointi vaatii **perusteellisen dokumentoinnin**, jottei potilasturvallisuus pääse vaarantumaan. **Dokumentoinnin puutteellisuus** nousi vastauksista eniten esille potilasturvallisuutta vaarantavana tekijänä. Yhtenä vaaratekijänä pidettiin sitä, kun potilaan hoidosta ei oltu kirjattu kaikkia tarpeellisia tietoja ylös. Tällöin kukaan hoitajista ei tiennyt, että jokin potilaan hoitoon liittyvä toimenpide oli tehty. **Tehtyjen asioiden kir-**

jaamattomuus vaikutti hoitajien mielestä oleellisesti potilasturvallisuuden toteutumiseen. **Puutteellisen kirjaamisen** todettiin vaikuttavan potilasturvallisuuteen myös siten, että potilaan oirekuva hiljaisessa raportissa saattoi olla suppeampi kuin mitä se todellisuudessa oli. Tällöin hoitajilla saattoi jäädä tiedostamatta potilaan hoitoon liittyviä tärkeitä asioita. Tilanne saattaa olla myös päinvastainen, jolloin potilaasta saattoi olla liikaa tietoa kirjattuna potilastietokantaan, jolloin tekstin runsauteen saattoi hukkuu oleellinen tieto.

”Paljon tietoa potilaasta ei tule ilmi. Teksti runsauteen hukkuu oleellinen. Edellisen päivän tärkeä tieto jää piiloon, kirjaamisen merkitys on hyvin suuri”

Hoitajat kokivat dokumentoinnin laadukkuuden olevan puutteellista myös akuutin potilaan hoidossa. Tulosten mukaan hiljainen raportti on osaltaan tuonut haasteita dokumentointiin ja raportointiin liittyen hoidettaessa akuutisti sairastunutta potilasta. Tässäkin tilanteessa hoitajat kokivat **dokumentoinnin puutteellisuuden** vaarantavan tiedonvälityksen hoidettaessa akuuttia potilasta. Dokumentointi oli puutteellista, jos potilaan hoitoon liittyvät asiat oltiin kirjattu huonosti tai niitä ei oltu kirjattu ollenkaan. **Puutteellinen kirjaaminen** taas aiheutti osaltaan sen, että potilaan tilanteeseen kesti kauemman aikaa tutustua, jotta potilaasta pystyi saamaan hyvän kokonaiskuvan. Niukka raportti potilaasta vaikutti myös itse potilastyöhön. Niukasti kirjattu raportti aiheutti sen, että hoitajan oli vaikeaa saada selville, oliko potilaan tila huonontunut aiemmasta, jos potilasta ei ollut aikaisemmin tavannut.

Hoitajat kokivat ongelmana akuuttia potilasta hoidettaessa myös sen, että raporttia ei oltu päivitetty ajan tasalle, jolloin kirjallinen raportti potilaan tilanteesta viivästyi. Hoitajat kokivat potilaan **tietojen puutteellisuuden** aiheuttaneet heille turhaan lisäselvittelyjä, kun osa henkilökunnasta ei ollut tallentanut kaikkea tietoa potilaasta potilastietokantaan. Tämä aiheutti osaltaan sen, että hoitajat joutuivat kysymään samoja asioita potilaasta moneen kertaan. Osa hoitajista puolestaan totesi, että akuutissa tilanteessa vaarana saattoi olla, että potilasta koskevia tietoja

unohtui kirjata raporttiin. Tämä aiheutui siitä, koska akuutisti sairastuneen potilaan kohdalla hoitajilla oli usein kiire.

Hoitotyössä paljon päällekkäisyyksiä aiheutti, kun akuutissa tilanteessa toimenpiteitä tehtiin usein nopeassa aikataulussa, jolloin hoitaja ei kerennyt lukemaan olenkaan raporttia potilaasta. Tällaisissa tilanteissa hoitaja oli kuitenkin saanut usein jo suullisen raportin potilaan saavuttua osastolle. Hoitajien mielestä akuutisti sairastunutta potilasta vastaanottaessa suullisen raportin pitää vaatia sellaisen hoitajan antamaan, joka löytää oleellisen potilaan määräyksistä ja tutkimuksista. **Kirjaamisen ja toimenpiteiden päällekkäisyys** aiheutti hoitajien mielestä haasteita siinä, että kaikki tärkeät asiat potilaan hoitoon liittyen tuli muistaa kirjata oikein varsinkin, jos potilaan tilassa oli tapahtunut äkillisiä muutoksia. Osaltaan haasteita akuutin potilaan hoitoon aiheutti **yhteenvedon puutteellisuus raportissa**, kun tekstiä ja määräyksiä saattoi olla useita monelta lääkäriltä ja sairaanhoitajalta.

”Mera översikt av journalsidan skulle behövas. Nu blir det mycket text när ens namn hela tiden blir sparat. Så då kan man missa något viktigt”

Hoitajat toivoivat myös muutoksia potilastietojärjestelmään, jotta se tukisi paremmin akuutin potilaan hoitoa. Hoitajat **toivoivat yhtenäisempiä kirjaamiskäytäntöjä koko sairaalaan**. Yhdeksi puutteeksi nimettiin **kokoavan yleisnäkymän puuttuminen päivystyssivulta**, jota pidetään tarpeellisena etenkin akuutin potilaan hoidossa. Ongelmaksi vastaajat kokivat myös eri **potilastietojärjestelmien yhteensopimattomuuden**. Haasteita aiheutti muun muassa se, että teho-osastolla oli käytössä eri potilastietojärjestelmä kuin mitä omalla osastolla käytettiin. Lisäksi eri yksiköstä, kuten ensiavusta, saapuneesta potilaasta saattoi olla vaikeuksia löytää tarvittavia tietoja, koska siellä henkilökunta kirjaa eri paikkoihin kuin minne omalla osastolla on totuttu kirjaamaan. Anestesiakaavakkeen toivottiin myös muutettavan sähköiseen muotoon.

7.6 Hoitoympäristöön liittyvät puutteet

Hoitoympäristöön liittyvät puutteet toimi tuloksissa yhtenä pääkategoriana. Tämä pääkategoria muodostuu kolmesta eri yläkategoriasta. Yläkategorioita ovat kirjaamisen haasteet hoitoympäristössä, ulkoisten tekijöiden aiheuttamat haasteet potilasturvallisuuden toteutumisessa ja ympäristötekijöiden vaikutus raportin laadukkuuteen akuutin potilaan hoidossa.

Hoitajat näkivät kehittämistarpeita myös hoitoympäristössä, jotta hiljainen raportointi pystyy toimimaan aukottomasti. Ulkoiset tekijät, jotka häiritsivät kirjaamista ja raportin lukemista voitiin jakaa karkeasti kahteen luokkaan: kirjaamisen kautta potilaan hoitotyöhön vaikuttaviin ja ympäristöön joissa hiljaista raporttia luettiin. Tulosten perusteella hoitajat olivat sitä mieltä, että **puutteellinen kirjaaminen kohdentuu potilaan hoitotyöhön. Kirjaamisen** koettiin olevan ajoittain **vähäistä** ja puutteellista, joka pääsi tällöin vaikuttamaan tehtävään hoitotyöhön. Puutteellinen kirjaaminen aiheutti hoitajille haasteita, koska tällöin hoitajan oli vaikeaa arvioida potilaan oireita ja avun tarvetta. Hoitajat toivoivat, että **aikaa** annetaan riittävästi raportin **kirjaamiselle ja lukemiselle**, jottei mikään oleellinen asia potilaan hoidossa jää epäselväksi. Kiireen koettiin usein olevan yksi vaaratekijä, jolloin tärkeistä asioista kirjaaminen saattoi unohtua hektisen tilanteen johdosta. Muutaman hoitajan mielestä kirjaamiseen käytettävän **ajan tulisi taas olla optimoidumpaa** kuin mitä se nyt on, sillä joillakin hoitajilla aikaa meni turhan paljon kirjaamiseen tai raportin lukemiseen.

Hoitajat näkivät parannusehdotuksia myös ympäristössä, jossa hiljaista raporttia luettiin. Hoitajat toivoivat **työympäristön olevan hiljaisempi**, jotta raportin kirjaamiseen ja lukemiseen pystyy keskittymään paremmin. Lukuympäristön toivottiin olevan **rauhallinen ja hiljainen**, jossa kaikki saavat lukea raportin rauhassa. Hektisen kanslian koettiin olevan huono paikka perehtyä potilaan raporttiin. Hoitajat mainitsivat myös **tietokoneiden vähyyden** olevan huono puoli, jolloin koneita ei riitä kaikille hoitajille. Liian vähäinen tietokoneiden määrä aiheutti sen, että hoitajien piti tulla työvuoroon aikaisemmin kuin oli tarkoitus, jotta ehtii vaapaalle koneelle lukemaan raporttia.

*”Alltid få läsa på tysta platser, där telefonen/telemetriövervakning/
patientklockor inte stör”*

Hoitajat kokivat ulkoisten häiriötekijöiden vaikuttavan myös potilasturvallisuuden toteutumiseen. Potilasturvallisuuden näkökulmasta käsin **työnjakoa hiljaisen raportin lukemisen aikana** pidettiin erittäin tärkeänä asiana. Hoitajat eivät kokee potilasturvallisuuden vaarantuvan, jos muu hoitohenkilökunta hoitaa potilaita sen aikaa, kunnes työvuoroaan aloittavat hoitajat ovat saaneet raportin luettua. Esimerkkitalanteita, joissa potilasturvallisuuden koettiin olevan vaarassa, mainittiin **stressaavat tilanteet**. Stressaavilla tilanteilla tarkoitettiin sellaisia tilanteita, joissa hoitaja oli unohtanut tallentaa potilaasta kirjatun tekstin potilastietojärjestelmään. Hoitajat toivat esille, että **siirtotilanteissa tiedonvälitys** saattoi toisinaan olla **haasteellista**, koska silloin tiedonvälitys hoitajalta toiselle oli joskus epävarmaa.

Akuutisti sairasta potilasta hoidettaessa hoitajat kokivat **ajan puutteen** olevan ongelma kunnollisen kirjaamisen toteuttamiseen. Aikaa toivottiin jäävän enemmän kirjaamiselle myös akuutin potilaan hoidossa. Hoitajat kokivat kirjaamisen laadukkuuden huonontuvan ajan puutteen takia. Kirjaamista häiritsi myös useat **keskeytykset**, kuten puhelimen tai potilaskellojen soiminen, jolloin ajatus pääsi katkeamaan ja tärkeitä asioita potilaan vointiin liittyen jäi kirjaamatta. Hoitajat olivat kuitenkin sitä mieltä, että akuutin potilaan hoidossa ei ilmene ongelmia, jos raporttiin on pystynyt perehtymään kunnolla ennen potilaan tuloa osastolle. **Taustatietojen puutteellisuuden** mainittiin vaikuttavan akuutin potilaan hoitoon, koska toisesta organisaatiosta tai suoraan kotoa tulevalta saattoi olla huonosti taustatietoja luettavissa. **Potilaan yhteistyökyvyllä** oli myös suuri merkitys potilaan hoidossa, sillä akuutisti sairastunut potilas ei välttämättä osaa kertoa kaikkea omasta sairaudestaan tai terveydentilastaan, jolloin saatu tieto oli puutteellista.

”Allt komma ihåg att skriva ner allt som blivit gjort om det blir något akutläge. Att få tid att skriva då det är bråttom! Blir lätt att något lämnar oskrivit då man hela tiden blir avbruten i skrivandet, telefonen ringer, pat. klockor ringer”

7.7 Hiljaisen tiedon merkitys hoitotyössä

Viimeisenä pääkategoriana tässä opinnäytetyössä on hiljaisen tiedon merkitys hoitotyössä. Opinnäytetyön tekijä halusi nostaa tämän aiheen erikseen esille, koska tuloksista kävi ilmi, kuinka tärkeää hiljainen tieto hoitotyössä on. Tämä pääkategoria muodostui yläkategoriasta hiljaisen tiedon välittymiseen liittyvät ongelmat.

Tuloksista korostui, että hiljaisen raportin käyttöönoton myötä hoitajien keskinäinen vuorovaikutus ja keskustelu potilaasta oli vähäisempää kuin suullisen raportin ollessa käytössä. Vasta muutaman vuoden sairaanhoitajana toimineiden hoitajien vastauksista kävi ilmi, että hiljainen tieto ei tullut enää kaikkien hoitajien hyödyksi samalla tavalla kuin aiemmin. **Hiljainen tieto ei siirtynyt enää hyvin eteenpäin työyhteisössä**, kun hoitajat eivät enää keskustelleet yhdessä potilaan hoitoon liittyvistä asioista osaston siirryttyä hiljaiseen raportointiin. Hoitajien mielestä **hiljaisen tiedon välittyminen oli katkennut**, koska tieto ei enää siirtynyt uusille hoitajille vanhoilta hoitajilta.

”Den tysta kunskapen som äldre skötare har förs inte vidare på samma sätt”

Nuorien ja vähän aikaa sairaanhoitajana työskennelleiden hoitajien mielestä hiljaisen tiedon puutteellisuus aiheutti vaikeuksia hahmottaa potilaan kokonaistilannetta. Hiljaisen tiedon puuttuminen vaikutti myös omiin käden taitoihin ja tehtäviin toimintatapoihin, koska nuorilla hoitajilla ei ollut enää luottamusta ja varmuutta omiin kykyihin ja päätöksentekoon. Myös moni käytännön asia osastolla tuotti haasteita vastavalmistuneelle, koska niitä ei osastolla välttämättä oltu kirjoitettu minnekään ylös, vaan tieto siirtyi hiljaisesti hoitajalta toiselle.

”Kanske om man är ovan/ny skötare och inte riktigt vet vad som är viktigt att läsa. Man kan missa stora väsentligheter”

Ainoastaan hiljaisen raportin perusteella oli **uutena hoitajana haastavaa muodostaa kokonais kuvaa potilaan tilanteesta**, koska uudella hoitajalla ei ollut tarpeeksi tietoa siitä, mitä asioita hiljaisesta raportista oli tärkeää lukea. Tällöin saattoi vahingossa hypätä isojenkin kokonaisuuksien ohi. **Uudelle hoitajalle tietojen**

etsintä aiheutti haasteita, koska oli vaikeaa tietää mitä asioita hiljaisesta raportista on tärkeää lukea. Haasteita tuotti hahmottaa, mitkä asiat raportissa olivat tärkeää tietoa, ja mitkä epäoleellisempaa tietoa. Hiljaisessa tiedossa korostui teoriatiedon yhdistäminen käytäntöön, joka karttui vain saamalla lisää hoitotyön kokemusta.

7.8 Hiljainen raportointi elektiivisestä potilaasta

Kyselylomakkeen viimeisessä kysymyksessä kysyttiin, kokivatko hoitajat, että hiljainen raportointi aiheutti samoja ongelmia elektiivisen potilaan hoidossa, kuin akuutin potilaan hoidossa. Suurin osa vastaajista ei kokenut samanlaisia ongelmia hoidettaessa elektiivistä potilasta, kuin mitä akuutin potilaan hoidossa. Monessa vastauksessa oli kirjoitettu pelkästään, ettei ongelmia ole tai vastauskohta oli jätetty vain tyhjäksi. Kuudessa vastauksessa (n=26) aihetta oli perusteltu siten, että elektiivinen potilas oli helpompi hoitaa kuin akuutti potilas. Suunnitellun potilaan kohdalla on jo aiemmin keretty hoitamaan tausta-asiat ja lääkitys kuntoon, koska käynti sairaalassa on suunniteltu. Leiko-potilaan taustatiedot olivat hyvin selvillä ja merkittynä, eivätkä he yleensä olleet yhtä sairaita kuin akuutit potilaat. Elektiivisestä potilaasta koettiin olevan myös helpompi kirjata, koska esivalmistelut oli tehty, perussairaudet tiedossa ja lääkelista päivitetty. Potilaiden hoitoa pidettiin lisäksi selkeänä, jos leikkaus ja postoperatiivinen toipuminen olivat edenneet suunnitellusti.

Vastaajista kuusi (n=26) koki että ongelmat olivat samoja elektiivisen potilaan kohdalla, kuin myös akuutin potilaan kohdalla. Elektiivisten potilaiden kohdalla kirjaamisen koettiin olevan aavistuksen helpompaa, mutta ongelmat olivat samoja kuin akuutin potilaan hoidossa. Vaarana oli, ettei raportteja lue ollenkaan tai raporttia lukiessa hyppää isojen kokonaisuuksien yli. Tärkeää tietoa saattoi jäädä puuttumaan myös elektiivisen potilaan hoidossa, jos tekstiä oli liikaa ja kaikkien hoitajien nimet tallentuivat allekkain raporttiin. Tällöin saattoi olla vaarana, että jotain tärkeää jäi puuttumaan. Tärkeiden asioiden kirjaamattomuus aiheutti ongelmia myös elektiivisen potilaan hoidossa. Myös jos potilas oli uusi ja raportti oli kirjattu niukasti, oli hoitajan vaikea tietää, oliko potilaan tila ennallaan vai huo-

nontunut verrattuna alkutilanteeseen. Ongelmia koettiin aiheuttavan myös sen, jos potilaan tilassa tapahtui jotain tavallisuudesta poikkeavaa. Hoitajat kokivat haasteiden pysyvän samana kuin akuutin potilaan hoidossa myös sen suhteen, että aikaa jäi usein liian vähän kirjaamiseen ja raportin lukemiseen.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Hoitajat kokivat hiljaisen raportin eduksi omaan tahtiin lukemisen, jonka seurauksena aikaa säästyi enemmän potilastyöhön.
2. Oikein ja huolellisesti dokumentoidun tiedon ja rakenteisen kirjaamisen tärkeys korostuu hiljaisessa raportissa ja se takaa osaltaan potilasturvallisuuden toteutumisen.
3. Kiireen todettiin usein vaarantavan potilasturvallisuutta, kun aikaa raportin kirjaamiseen ja lukemiseen oli liian vähän.
4. Työympäristöä pitäisi muokata tukemaan paremmin hiljaisen raportin toteutumista lisäämällä tietokoneita ja rauhallisia lukupaikkoja osastolle.
5. Hiljainen tieto ei enää välity hyvin eteenpäin työyhteisössä hiljaisen raportin käyttöönoton jälkeen.

9 POHDINTA

Tässä osiossa tarkastellaan keskeisempiä tutkimustuloksia tarkemmin. Opinnäytetyön tulosten tarkastelun jälkeen käydään läpi tutkimuksen luotettavuutta sekä teoriassa että käytännössä. Myös mahdolliset jatkotutkimusaiheet käydään läpi tässä osiossa. Viimeisessä kohdassa tässä osiossa opinnäytetyön tekijä pohtii omaa kehittymistään ja opinnäytetyöprosessin edistymistä omin sanoin.

9.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tulosten pohjalta selvisi, että hoitajat pitivät yhtenä hiljaisen raportin isoimmista eduista sitä, että raporttia sai lukea omaan tahtiin. Kun hoitaja sai itse lukea potilaasta kaikki ne tiedot jotka koki tarpeelliseksi, potilaan tilanteeseen pääsi tutustumaan kaikista parhaiten. Tällöin myös kokonaiskuva potilaan hoidosta oli parempi. Hiljaisen raportin myötä myös kansliasta oli tullut rauhallisempi paikka, jolloin raportin lukemiseen pystyi hyvin keskittymään, eikä raporttia joutunut enää kuulemaan sellaisista potilaista, joita hoitaja ei itse hoitanut. Hoitajat kokivat hiljaisen raportin olevan paljon nopeampi ja sujuvampi tapa perehtyä potilaan tilanteeseen jo senkin vuoksi, että omaan tahtiin lukeminen säästi huomattavasti hoitajien aikaa enemmän potilastyölle.

Rautava-Nurmi ym. (2012) toteaa myös, että suullinen raportti altistaa erilaisille häiriötekijöille, jolloin virheiden riski voi kasvaa. Suullisen raportin todettiin myös vievän paljon aikaa varsinaiselta hoitotyöltä. Roivas ym. (2013) mukaan hiljaisen raportin etuina voidaan nimenomaan pitää sen tehokkuutta ja nopeutta, joka säästää näin myös hoitajien aikaa enemmän välittömään hoitotyöhön. Rautava-Nurmi ym. (2012) tuo kuitenkin esille, että hiljainen raportti vaatii kuitenkin hoitohenkilökuntaa perehtymään raporttiin todella hyvin, mikä taas toisaalta vie oman aikansa.

Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että hiljaisella tiedolla on suuri merkitys hoitotyössä. Hoitajien hiljaisen tiedon tärkeys nousi esille tässä opinnäytetyössä vasta opinnäytetyöprosessin edistyessä. Tutkimustuloksia läpikäydessä vastauslomakkeista oli selkeästi huomattavissa, että nuoret ja vastavalmistuneet hoitajat kokivat

hiljaisen tiedon olevan puutteellista ja vajavaista hiljaisen raportin tultua käyttöön. Suullisen raportin ollessa vielä käytössä hoitajien välistä keskustelua oli enemmän, jolloin myös vähemmän aikaa hoitajana työskennelleet saivat hyödyllistä tietoa kokeneilta hoitajilta.

Uudet hoitajat ja sijaisena työskentelevät kokivat hiljaisen tiedon puutteellisuuden vaikuttavan omaan varmuuteen ja itseluottamukseen potilaan hoidosta vastattaessa ja hoitotoimenpiteitä tehtäessä. Hoitajat olivat myös epävarmoja, mitä asioita raporttia luettaessa oli tärkeää ottaa huomioon potilaan hoidossa. Osaltaan hankaluuksia aiheutti myös se, että uusille hoitajille ei ollut aina tarpeeksi selkeää, minne kohtaa potilaan hoitosuunnitelmassa eri asiat kirjataan. Haastavaa raporttia kirjattaessa oli tietää, mitkä asiat oli tärkeää kirjata ja minne.

Tämän pohjalta voidaan päätellä, että hiljaisen raportin käyttöönoton myötä myös uudet ja kokemattomat, sekä vähän aikaa sijaisena osastolla toimineet tulisi ottaa paremmin huomioon. Uuden hoitajan aloittaessa osastolla olisi tärkeää, että hoitaja saa kunnollisen perehdytyksen potilastietojärjestelmän ja hiljaisen raportin käytöstä. Perehdytyksessä tärkeää on ottaa esille, mitkä asiat potilaan tilanteesta kuuluu ottaa selville ja mistä kohtaa kyseiset asiat löytyvät hoitosuunnitelmasta. Vähintään yhtä tärkeää on myös perehdyttää sijaiset oikeanlaiseen kirjaamiseen. Kunnollisella sijaisten perehdytyksellä turvataan potilasturvallisuuden toteutuminen hiljaista raporttia käytettäessä. Potilasturvallisuuden näkökulmasta käsin kirjaamisen on oltava tarkkaa, selkeää ja vastuullista. Huomiota on kiinnitettävä siihen, miten ja millä tavalla asioista kirjataan. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52; Roivas ym. 2013, 148.) Laitisen ym. tutkimuksen mukaan (2016) hiljaisen raportin tuovat muutokset vaativat toimiakseen erilaisia koulutuksia, joissa henkilökunta perehdytetään uuteen raportointimenetelmään perusteellisesti. Tuukkasen (2010) mielestä hiljaisesta raportista tulee luopua kokonaan, sillä tietojärjestelmä ei tule koskaan korvaamaan ihmisten välistä vuorovaikutusta keskenään, mikä on samalla myös oppimis- ja tarkastelutilanne. Myös Bergqvistin artikkelissa (2007) sairaanhoitajat pitivät hiljaisen raportin haasteena sitä, että hiljainen tieto ei tullut enää kaikkien hyödyksi samalla tavalla kuin ennen.

Lähes kaikki kyselylomakkeeseen vastanneet sairaanhoitajat korostivat hyvän kirjaamisen olevan tärkeä osa hiljaista raportointia. Osa sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että hoitajien kirjaaminen oli parantunut hiljaisen raportin tultua käyttöön. Hoitajat kokivat oman työn suunnittelun olevan helpompaa työvuoron alussa, ja raporttia oli helppo lukea koneelta päivän työtehtävät huomioon ottaen. Raporttiin koettiin olevan helpompaa ja nopeampaa perehtyä, kun kirjattu tieto oli monipuolisesti ja kattavasti kirjattu. Hoitajat pitivät tärkeänä myös työn joustavuuden parantumista hiljaisen raportin käyttöönoton myötä, kun koko henkilökunta ei ollut enää sidottuna raportointiaikoina. O'Mahonyn, Wrightin, Yogesvaran ja Goveren (2014) tutkimustulokset osoittivat myös, että hoitajat kokivat hiljaisessa raportissa kirjaamisen olevan nopeampaa ja hoitajat löysivät tarpeelliset tiedot hoitosuunnitelmasta helposti. Laadukkaan kirjaamisen on todettu hoitohenkilökunnalla parantuneen hiljaisen raportin käyttöönoton myötä (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52).

Moni hoitaja näki kuitenkin vielä kehittämistarpeita etenkin dokumentoinnissa, jotta se olisi perusteellisempaa ja tarkempaa. Hoitajat toivoivat rakenteista kirjaamista kehitettävän vielä, jotta kaikki hoitajat kirjaisivat yhdenmukaisesti. Hoitajat pitivät tärkeänä asiana, että koko hoitohenkilökunta kirjaa tarpeelliset tiedot samalla tyyllillä ja yhdenmukaisesti potilastietojärjestelmään. Yhteisistä kirjaamismuodoista ja -tyyleistä toivottiin sovittavan koko henkilökunnan kanssa. Nykäsen, Viitasen ja Kuusiston (2010) tutkimuksesta nousi ilmi samankaltaisia kehittämistarpeita. Hoitajat toivoivat kirjaamismallin olevan vieläkin selkeämpi ja yhdenmukaisempi, kuin mitä se nykyään on. Tutkimuksesta kävi myös ilmi, että eri potilastietojärjestelmien hoitokertomukset poikkesivat paljon toisistaan, mikä aiheutti osaltaan hankaluuksia hoitotyöhön. Laitilan, Leikkolan, Immosen ja Pitkäsen (2016) tutkimuksesta nousi myös esille samankaltaisia piirteitä, kun hoitajat kokivat ettei nykyinen potilastietojärjestelmä tue niin hyvin hiljaista raporttia kuin kuuluisi. Stevenin ja Nilssonin (2011) tutkimuksen mukaan hoitajien oli vaikea hahmottaa hiljaisen raportin avulla potilaiden vointia ja kuntoa, koska se vaati oman aikansa. Hiljainen raportti vaatii hoitohenkilökuntaa perehtymään raporttiin todella hyvin, mikä vie oman aikansa (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52). Berqvistin artikkelista nousi ilmi (2007) että sairaanhoitajien sähköistä dokumentointia koettiin olevan toisinaan vaikea seurata.

Hyvin ja perusteellisesti kirjatun tiedon todettiin hoitajien mielestä turvaavan hyvin potilasturvallisuuden toteutumisen. Potilasturvallisuuden toteutumista takasi hoitajien mielestä osaltaan se, että hoitaja pystyi tarkistamaan tarvittavat tiedot koska vain potilaan hoitosuunnitelmasta. Hiljainen raportin myötä hoitajat kokivat myös salassapitovelvollisuuden parantuneen entisestä, mikä oli potilasturvallisuutta parantava tekijä. Stevenin ja Nilssonin (2011) tutkimuksesta nousi esiin, että hoitajat kokivat potilasturvallisuuden parantuneen lääkehoidon osalta hiljaisen raportoinnin käyttöönoton myötä, sillä potilaan koko lääkelista oli hoitajien nähtävissä potilaan hoitosuunnitelmassa. Sähköisen potilastietojärjestelmän todettiin palvelevan hyvin hoitajia antamalla työntekijöille tietoa reaaliajassa. Hyvän ja perusteellisen dokumentoinnin todettiin luovan hyvän perustan potilasturvallisuuden toteutumiselle. (Helovuori ym. 2011, 72-73.)

Osa hoitajista oli kuitenkin sitä mieltä, että hiljainen raportointi ei toteutunut niin hyvin, että se turvaisi täysin potilasturvallisuuden toteutumisen. Etenkin puutteellisesti ja huonosti kirjatun tiedon koettiin olevan yksi iso potilasturvallisuutta vaarantava tekijä. Kirjaamisen niukkuuden koettiin olevan ongelma, jolloin hoitaja saattoi saada suppeamman kuvan potilaan voinnista kuin mitä se todellisuudessa oli. Myös liian runsaan kirjaamisen koettiin olevan ongelma ja vaarantavan potilasturvallisuuden, koska tällöin tekstin runsaudesta oli vaikeaa hahmottaa oleellinen tieto. Ruuhilehdon ym. (2011) tutkimuksesta selvisi myös, että 12% Haipro-järjestelmään ilmoitetuista potilaille sattuneista haittatapahtumista liittyi joiltakin osin puutteelliseen tiedon kulkuun- tai hallintaan. Kommunikaatiossa ja tiedonkulussa hoitajalta hoitajalle todettiin olevan hyvin usein ongelmia, jotka lisäsivät haittatapahtumariskiä. Kommunikaation puutteellisuuden ja tiedonkulun katkeamisen on todettu olleen yksi suurimmista tekijöistä haittatapahtumissa. Tämän takia työyhteisössä tulisikin olla sovittuna selkeät kirjaamiskäytännöt koko henkilökunnan kesken. (Helovuori ym. 2011, 72.) Heleniuksen (2011) tutkimuksen mukaan potilasturvallisuutta vaarantavia tilanteita on syntynyt myös potilastietojärjestelmän käyttökatkoksen vuoksi. Tällöin potilaan hoito viivästyy ja tiedot päästään kirjaamaan hoitosuunnitelmaan vasta jälkikäteen. Meeksin, Smithin, Taylorin, Sittigin, Scottin ja Singhin (2014) tutkimuksesta nousi ilmi, että suurimmassa

osassa potilasturvallisuuden vaarantaneesta hättätapahtumasta hättätapahtuman oli aiheuttanut tietokoneohjelmiston tai potilastietojärjestelmän kaatuminen.

Hoitajat kokivat hiljaisen raportoinnin tuoneen haasteita myös akuutisti sairastuneen potilaan hoidossa. Hoitajat kokivat haasteelliseksi akuutin potilaan kohdalla etenkin sen, ettei raporttia oltu välttämättä päivitetty ajan tasalle, jolloin kirjallinen raportti viivästyi ja se aiheutti hoitohenkilökunnalle turhaan lisäselvittelyjä. Raportin yhteenvedon koettiin olevan myös toisinaan puutteellista, kun tekstiä ja määräyksiä saattoi olla monelta eri lääkäriltä ja sairaanhoitajalta. Myös kiireen todettiin olevan yksi vaaratekijä akuutin potilaan hoidossa, jolloin tärkeitä asioita saattoi unohtua kirjata raporttiin, kun eri toimenpiteitä tehtiin usein nopeassa aikataulussa.

Hoitajat toivoivat myös, että hiljaista raportointia kehitetään vieläkin toimivammaksi kokonaisuudeksi kiinnittämällä huomiota enemmän ympäristöön, jossa raporttia luetaan. Hoitajat toivoivat raportin lukemiselle ja kirjaamiselle rauhallisempaa ja hiljaisempaa paikkaa osastolla. Hektisen kanslian koettiin olevan huono paikka raportin lukemiselle, koska siellä oli vaikeaa pystyä kunnolla keskittymään raporttiin. Myös hiljaista raporttia kirjatessa ajatus usein keskeytyi varsinkin, kun puhelin tai potilaskello soi. Samanlaisia tuloksia ilmeni myös Laitisen (2014) tutkimuksessa, jonka mukaan hoitajien jatkuva keskeytyminen ja häiriintyminen vaikeuttavat dokumentointia ja raportin lukemista. Tietokoneiden vähyden koettiin myös olevan ongelma jolloin koneita ei riitä kaikille hoitajille. Myös Laitilan, Leikkolan, Immosen ja Pitkäsen (2016) tutkimustuloksissa tuotiin esille tilojen ja työvälineiden toimivuuden tärkeyden, jotta työympäristö tukee paremmin hiljaista raporttia.

Hoitajat toivoivat myös, että raportin kirjaamiselle ja lukemiselle annettaisiin riittävästi aikaa. Kiireen todettiin olevan yksi potilasturvallisuuteen vaikuttava ongelma, koska tällöin kirjaaminen ei ollut riittävän laadukasta. Hoitajat kokivat myös siirtotilanteiden olevan välillä potilasturvallisuutta vaarantavaa, koska tiedonvälitys näissä tilanteissa oli joskus epävarmaa. Hoitajat toivoivat, että aikaa riittäisi etenkin akuutin potilaan hoidossa enemmän kirjaamiselle ja taustatietojen

päivittämiselle. Akuutin potilaan hoidon tilanteessa myös ympäristön rauhallisuus oli tärkeää, jotta kaikki asiat tulevat kirjatuksi ilman ulkopuolisia häiriötekijöitä. Ahonen (2012) toteaa, että turvallisen hoidon toteutumista saattaa omalta osaltaan vaikeuttaa henkilöstövoimavarojen niukkuus mikä osaltaan taas edesauttaa hoitajien kiirettä. Tämä taas vaatii hoitajilta enemmän tehokkuutta ja saattaa näin lisätä paineita työhön.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida monesta eri näkökulmasta. Yksi näkökulma luotettavuutta arvioitaessa on tutkimuksen uskottavuus. Uskottavuus edellyttää, että tutkimuksen tulokset on ilmaistu selkeästi ja niin, että lukija ymmärtää tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset sekä sen, miten analyysi on tehty. Tutkijan on kuvattava aineisto ja tulokset kattavasti, joka tukee tutkimuksen uskottavuutta. Tutkimuksessa on hyvä näyttää, miten sisällön analyysi on saadusta aineistosta muodostunut alkuperäisestä ilmauksesta aina yläkategoriaan saakka. Ne voidaan tutkimuksessa näyttää toteen käyttämällä liitteitä ja taulukkoja. Uskottavuutta vahvistaa myös se, että tutkija on tarpeeksi pitkän ajan tekemisissä tutkittavana olevan ilmiön kanssa. Etenkin laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita tutkimukseen osallistuneen henkilön näkökulmasta, jolloin näkökulman ymmärtäminen vaatii tutkijalta oman aikansa. (Kankkunen ym. 2013, 198; Kylmä ym. 2012, 128.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusprosessi ja tutkimuksen toteuttaminen on kuvattu selkeästi siten, että lukija on tietoinen käytetyistä tutkimusmenetelmistä ja tutkimusprosessista. Tutkimuskysymykset ja tutkimuskohteet on kuvattu tässä työssä selkeästi. Lisäksi tässä työssä näytetään, kuinka sisällön analyysi on muodostunut kyselylomakkeen vastauksista. Tulokset on kuvattu työssä selkeästi samalla kertoen, mistä eri yläkategorioista tulokset ovat muotoutuneet. Lisäksi tutkimuksen tuloksia käsiteltäessä on ilmaistu myös mistä eri alakategorioista saadut yläkategoriat ovat syntyneet. Opinnäytetyön tekijä kävi lisäksi kyselylomakkeen vastaukset moneen eri kertaan läpi puolen vuoden ajan, jolloin ajatukset prosessoituivat ja jäsentyivät.

Tutkimuksen siirrettävyydellä tarkoitetaan, missä määrin tutkimuksen tulokset olisivat siirrettävissä muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin. Siirrettävyyden takaamiseksi edellytetään aina huolellista tutkimusympäristön kuvaamista, sekä taustojen ja osallistujien valinnan selvittämistä. Tämä takaa osaltansa sen, että muut voivat seurata paremmin tutkimusprosessia. Laadullisessa tutkimuksessa tämä voi tarkoittaa sitä, että tuloksissa esitetään suoria lainauksia kyselylomakkeen vastauksista. (Kankkunen ym. 2013, 198; Kylmä ym. 2012, 129.)

Tässä työssä saadut tulokset ovat hyvin siirrettävissä sellaisille osastoille, joilla on hiljainen raportointi käytössä. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys perustuu aiempaan kirjallisuuteen, ja se osaltaan tukee tuloksista muodostuneita johtopäätöksiä. Tässä työssä otanta muodostui sairaanhoitajista, joilla oli kokemusta hiljaisesta raportista. Kyselylomakkeeseen vastanneiden vastausprosentti oli 87%, joten tuloksia voidaan pitää luotettavana myös tästä näkökulmasta käsin, eikä vastaajien kato ollut kovinkaan suurta. Tässä työssä siirrettävyyttä on pyritty takaamaan myös ottamalla työhön mukaan suoria lainauksia saaduista kyselylomakkeista. Opinnäytetyön valmistuttua tekijä oli yhteydessä osastoille, joilla kyselylomake toteutettiin. Osastot saivat valmiin opinnäytetyön luettavakseen.

Tutkimuksen vahvistettavuudella taas tarkoitetaan, että tutkimusprosessi on siten kirjattu, että lukija pystyy seurata tutkimuksen etenemistä. Laadullinen tutkimus pohjautuu avoimeen suunnitelmaan, joka tarkentuu sitä mukaa kun tutkimus etenee. Tutkimuksen vahvistettavuudessa on tärkeää, että aineiston avulla kuvataan, kuinka tekijä on päätenyt saatuihin tuloksiin ja johtopäätöksiin. Tutkimuksen refleksiivisyydellä tarkoitetaan puolestaan sitä, että tutkimuksen tekijän tulee olla tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkimuksen tekijän on syytä arvioida, kuinka hän itse vaikuttaa tutkimusprosessiin ja aineistoon. (Kylmä ym. 2012, 129.)

Opinnäytetyö muokkautui alkuperäisestä suunnitelmasta hieman tutkimuskysymysten osalta. Opinnäytetyön tekijä pohti lähtökohtia alkaa kirjoittaa opinnäytetyötä tästä aiheesta. Aiheen valintaa vahvisti entisestään se, että opinnäytetyön tekijällä oli jo aiempaa kokemusta jonkin verran hiljaisen raportin käytöstä. Opin-

näytetyön tekijä oli työtä tehdessään useaan kertaan yhteydessä opinnäytetyötä ohjaavaan opettajaan ja selvitti aina opinnäytetyöhön liittyvät epäselvät asiat. Opinnäytetyön tekijä huomasi teoriapohjaa tehdessään, että aiempien tutkimuksien etsiminen aiheesta muodostui erittäin haasteelliseksi. Aiempia tutkimuksia, jotka käsittelivät hiljaista raportointia, oli erittäin vaikeaa löytää. Tämän takia työtä tehdessä käytettiin myös informaation apua teoriapohjan laajentamisessa.

Laadullisessa tutkimuksessa tekijä työskentelee usein yksin. Tällöin voi olla vaarana, että tekijä tulee sokeaksi omalle tutkimukselleen. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimusprosessin edetessä tekijä on entistä vakuuttuneempi johtopäätöstensä oikeellisuudesta, vaikkei se välttämättä niin ole. (Kankkunen ym. 2013, 197.) Tässä työssä opinnäytetyön teki vain yksi henkilö. Tällöin riskinä saattaa aina olla se, ettei tekijä osaa katsoa opinnäytetyötään muusta kuin samasta näkökulmasta käsin. Tekijä pyrki tätä työtä tehdessään tiedostamaan omat ennakko-oletukset aiheesta, jolloin ne eivät päässeet vaikuttamaan tuloksiin.

Jälkikäteen ajateltuna opinnäytetyön tekijä huomasi, että kyselylomakkeen viimeisen kysymyksen hiljaisen raportoinnin vaikutuksista elektiivisen potilaan hoitoon olisi voinut kysyä selkeämmin ja yksinkertaisemmin. Nyt opinnäytetyön tekijä oli kysynyt, ovatko hiljaisen raportoinnin ongelmat samat elektiivisen potilaan hoidossa, kuin akuutin potilaan hoidossa. Tähän kysymykseen moni vastaajista oli vastannut pelkällä viivalla tai kysymysmerkillä. Vaikutti siltä, että osa hoitajista ei ymmärtänyt kysymystä. Kysymystä olisi voinut yksinkertaistaa kysymällä, kokevatko hoitajat ongelmia hiljaisessa raportoinnissa elektiivistä potilasta hoidettaessa. Tämän kysymyksen vastauksista on kirjoitettu yhteenveto opinnäytetyön tuloksissa.

9.3 Jatkotutkimusaiheet

1. Millä tavalla sijaiset ja uudet hoitajat perehdytetään käyttämään hiljaista raporttia?
2. Miten koulu valmistaa opiskelijoitaan hiljaiseen raporttiin ja rakenteisen kirjaamisen käyttöön käytännön työelämää varten?
3. Miten eri ammattiryhmät kokevat hiljaisen raportin käytön?

9.4 Oma oppiminen

Opinnäytetyön tutkimussuunnitelmaa aloitettiin tekemään keväällä 2015. Kesän tullen tutkimussuunnitelman kirjoittaminen jäi kuitenkin vähäiseksi ja kunnolla suunnitelman tekeminen alkoi vasta seuraavana syksynä. Opinnäytetyön tekijä pyrki tekemään jo tutkimussuunnitelmasta mahdollisimman kattavan ja laajan varsinkin teoreettisen viitekehyksen osalta. Tällöin osa tutkimuksista oli jo valmiiksi löydetty ennen varsinaisen opinnäytetyön kirjoittamisen aloittamista.

Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin Vaasan keskussairaalassa lokakuussa 2015, jonka jälkeen opinnäytetyön tekijä kuljetti kyselylomakkeet osastoille. Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin tutkimuskysymysten mukaisesti. Kyselylomakkeisiin saatiin vastauksia todella hyvin, ja se motivoi positiivisesti opinnäytetyön tekijää opinnäytetyön prosessin jatkamisessa ja kirjoittamisessa.

Opinnäytetyön tekemisen ansiosta opinnäytetyön tekijä on oppinut paljon opinnäytetyön tekemisen eri vaiheista ja prosessista. Opintojen alkuvaiheessa tekijällä ei ollut mitään tietoa siitä, millainen prosessi opinnäytetyön tekeminen onkaan. Tämän työn ansiosta tekijä oppi, mitä kvalitatiivinen tutkimus on ja miten se toteutetaan.

Tekijä aloitti varsinaisen opinnäytetyön kirjoittamisen tammikuussa 2016. Opinnäytetyön tekemisessä kaikista haasteellisinta oli löytää aiempia tutkimuksia aiheesta tietokantojen avulla. Aluksi tuntui, ettei aiheeseen liittyviä tutkimuksia löydy ollenkaan. Tutkimuksien etsiminen tietokannoista helpottui kuitenkin ajan saatossa, ja lopulta tutkimuksia tämän opinnäytetyön aihealueeseen löytyi hyvin. Tämän opinnäytetyön kirjoittaminen on opettanut tekijälleen lähdekriittisyyttä ja myös tutkimusten etsiminen tietokannoista asiasanojen avulla on helpottunut huomattavasti.

Opinnäytetyön tekijä koki toiseksi haasteelliseksi asiaksi tässä työssä teorian kirjoittamisen ja laajentamisen. Teorian kirjoittamiseen kului aikaa monta kuukautta. Teorian kirjoittamisessa oli työlästä se, että tekijän täytyi ensin lukea moneen kertaan eri lähteet läpi, jotta pystyi hahmottamaan millä tavalla teoriaa lähdetään

omaan opinnäytetyöhön kirjoittamaan. Teorian rungon suunnitteluun ja kirjoittamiseen meni monta tuntia päivässä aikaa. Tekijä oppi tätä työtä tehdessään myös sisällön analyysin toteuttamisen eri vaiheet. Aluksi oli vaikeaa hahmottaa, kuinka sisällön analyysi toteutetaan, mutta opettajan ohjaamisen avulla sisällön analyysin tekeminen helpottui. Sisällön analyysin toteuttaminen ja tuloksien kirjoittaminen oman aineiston pohjalta oli mielenkiintoista

Tämän työn edetessä opinnäytetyön tekijä koki oppineensa, kuinka oikeaoppista kirjaamista hoitotyössä toteutetaan. Tämän työn tekemisen jälkeen kirjaaminen on paljon selkeämpää ja johdonmukaisempaa, kuin verrattuna aikaan ennen opinnäytetyön tekemistä. Lisäksi tekijä on nykyään tietoisempi siitä, mitä asioita kirjataan minnekin kohtaan hoitosuunnitelmaa.

Tämän työn tekeminen ei pysynyt aikataulussa alkuperäisen suunnitelman mukaan. Opinnäytetyön tekemisessä tuli vaihteita, jolloin kirjoittaminen ei innostanut ollenkaan ja vastavuoroisesti oli myös vaihteita, jolloin tekstiä muodostui paljonkin päivän aikana. Varsinkin teorian kirjoittamiseen aikaa meni paljon, sillä sitä ei pystynyt kirjoittamaan montaa tuntia putkeen väsymättä. Opinnäytetyön tekemisen ohessa oli myös käytävä koulua ja luettava tentteihin, sekä käytävä harjoitteiluissa. Tämä osaltaan aiheutti sen, ettei opinnäytetyö pysynyt alkuperäisessä aikataulussaan.

Opinnäytetyön tekijä koki hyväksi valinnaksi tehdä työ yksin. Tällöin ei ollut ongelmia aikataulujen yhteensovittamisessa kenenkään muun kanssa, vaan työtä sai tehdä omien voimavarojen ja jaksamisen mukaan silloin kun halusi. Opinnäytetyön tekijä koki itselle paremmaksi vaihtoehdoksi kirjoittaa opinnäytetyötä vähän eteenpäin joka päivä, kuin kirjoittaa monta sivua tekstiä yhdessä päivässä ja pitää sen jälkeen monta päivää vapaata työn tekemisestä. Vaikka aikataulu ei pitänyt tässä työssä niin kuin oli suunniteltu, oli tekijä kuitenkin aloittanut työn kirjoittamisen niin ajoissa, että missään vaiheessa ei tullut kiire saada työtä loppuun ennen valmistumista.

LÄHTEET

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

Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoitaja 80 (10), 6-9. Viitattu 26.4.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2009. Sairaanhoito ja huolenpito. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Bergqvist Månsson, S. 2007. Tysta rapporter gav bättre omvårdnadsjournaler. Omvårdnads magasinet. 2, 36-37. Viitattu 19.4.2016. <http://www.omvardnadsmagasinet.se/artikel.phtml?id=340>

Bowling, Ann. 2014. Research methods in health – Investigating health and health services. New York. Two Penn Plaza.

Elo, S. & Kyngäs, H. 2008. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing 62 (1), 107-115.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Hallila, L., 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu. Tammi.

Helenius, J. 2011. Terveystieteen tietojärjestelmien aiheuttamat uhat potilaille ja henkilökunnalle. Pro gradu. Tampereen yliopisto, informaatiotieteiden yksikkö, tietojenkäsittelyoppi.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki. Fioca Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M & Syväoja, P. 2012. Sairauksien hoitaminen. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

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

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

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. Helsinki. WSOY.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.

L 17.8.1992/417. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 30.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L4P13>

L 22.4.1999/523 Henkilötietolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 27.4.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523#L6>

Laitila, M., Leikkola, P., Immonen, E. & Pitkänen, A. 2016. Hiljaiseen raportointiin siirtymisen edellytykset erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla: hoitohenkilökunnan näkemyksiä. *Tutkiva Hoitotyö* 14 (2), 33-39.

Laitinen Heleena. 2014. The Significance of Proximity and Timeliness for Patient-focused Nursing Care and Electronic Documentation in Acute Care Wards. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis* 1469.

Meeks D., Smith M., Taylor L., Sittig D., Scott J. & Singh H. 2014. An analysis of electronic health record-related patient safety concerns. *Journal of the American Medical Informatics Association* 21 (6), 1053-1059.

Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto, tietojenkäsittelyoppi ja informaatiotieteet.

O'Mahony D., Wright G., Yogewaran P. & Govere F. 2014. Knowledge and attitudes of nurses community health centres about electronic medical records. *Curationis* 37 (1), 1-6

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Riesenberg LA., Leitzsch J & Cunningham JM. 2010. Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *American Journal of Nursing* 110(4), 24-34

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

Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L. & Wallenius J. 2011. HaiPro – millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007 – 2009? *Duodecim* 127 (10), 1033-40.

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki. WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012:4. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely – opas terveydenhuollolle. Viitattu 1.2.2016.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112073/URN%3aNBN%3afi-fe201504225719.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009:3. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Viitattu 8.4.2016.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111806/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1

Stevenson J. & Nilsson G. 2011. Nurses` perceptions of an electronic patient record from a patient safety perspective: a qualitative study. *Journal of advanced nursing* 68 (3), 667-676.

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala. Tammi.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2014. Mitä on potilasturvallisuus? Viitattu 9.6.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>

Turunen, E. 2012. Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arviomana. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, hoitotiede.

Tuukkanen, J. 2010. Hiljainen raportointi vaarantaa potilasturvallisuuden. *Finanest*. 43, 1, 5. Viitattu 13.4.2016.

Virkkunen, H. & Mäkelä-Bengs, P. 2015. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas osa 1. Viitattu 14.2.2016.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1

LIITE 1

Kyselylomake

1. Kuinka monta vuotta olet toiminut sairaanhoitajana?

Hur många år har du arbetat som sjukskötare? _____.

2. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt hiljaisen raportoinnin parissa?

Hur många år har du använt tyst rapportering i vårdarbetet?

1 - 2

3 - 4

Yli 5

3. Mitkä ovat hiljaisen raportoinnin hyvät puolet?

Vilka är de positiva sidorna i tyst rapportering?

4. Miten kehittäisit hiljaista raportointia?

Hur skulle du utveckla tyst rapportering?

5. Vaikuttaako hiljainen raportointi mielestäsi potilasturvallisuuteen? Millä tavalla?

Påverkar tyst rapportering patientsäkerheten? På vilket sätt?

6. Minkälaisia ongelmia koet hiljaisessa raportoinnissa hoitaessasi akuutisti sairastunutta potilasta?

Hurdana problem har du med tyst rapportering när du sköter en patient som har insjuknat akut?

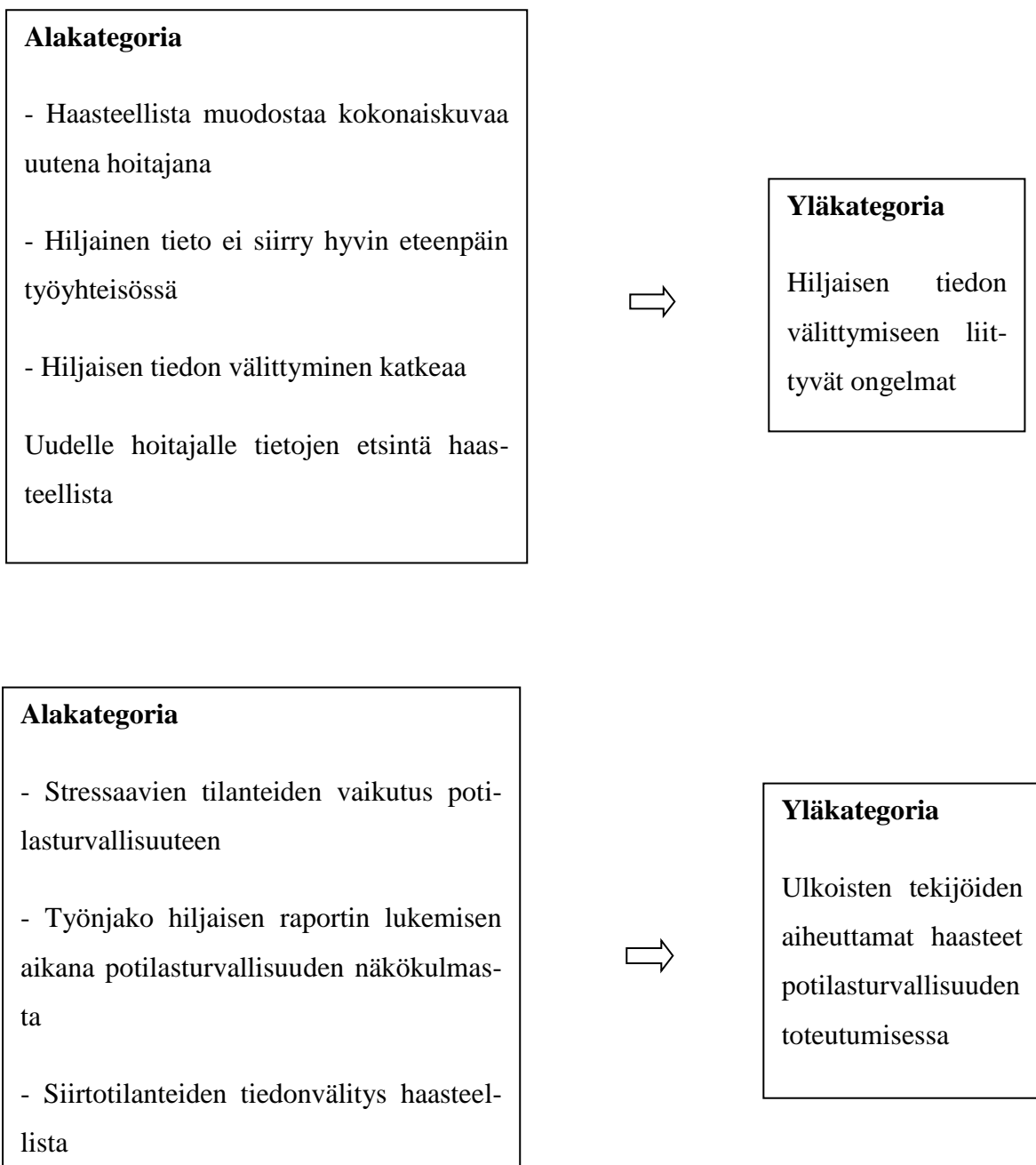
7. Ovatko ongelmat samat hoitaessasi elektiivistä potilasta?

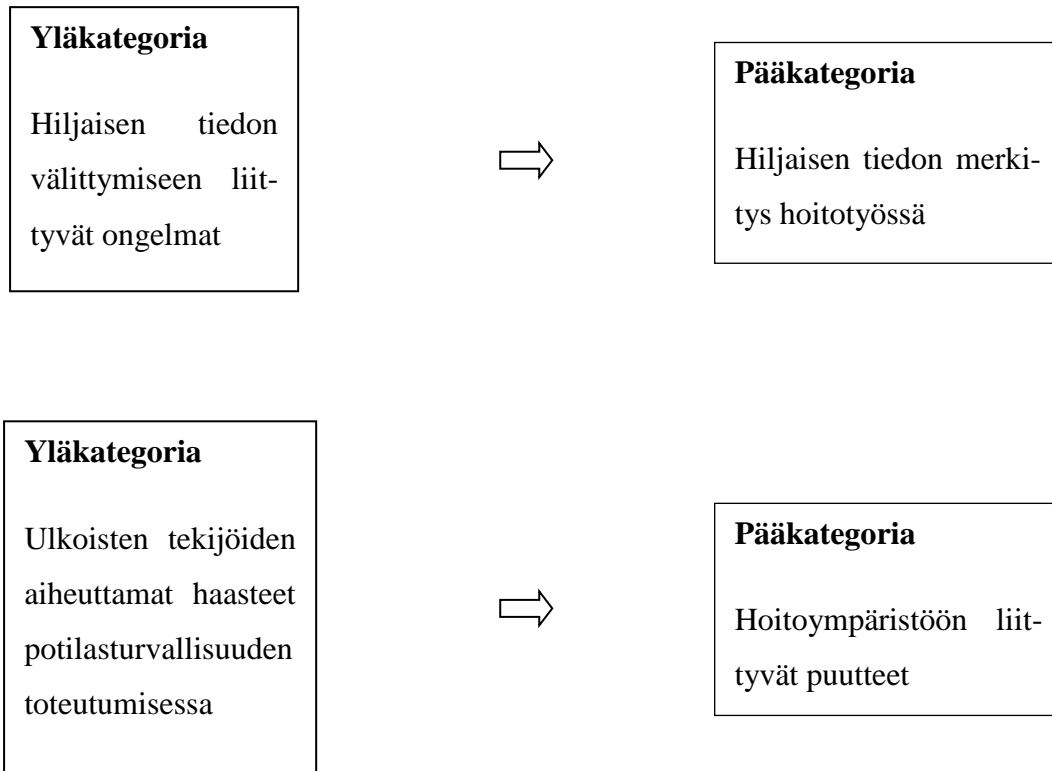
Har du samma problem när du sköter en elektiv patient?

LIITE 2

Taulukko 2. Sisällön analyysi esimerkki; ala- ja yläkategoriat

Vaikuttaako hiljainen raportointi mielestäsi potilasturvallisuuteen? Millä tavalla?



Taulukko 3. Sisällön analyysi esimerkki; pääkategorian muodostuminen

LIITE 3

Saatekirje

Hei sairaanhoitajat!

Olen Vaasan ammattikorkeakoulun kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelija. Koulutukseen liittyy opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyön aiheenani on tutkia hiljaisista raportointia potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tarkoituksenani on selvittää kokemuksianne hiljaisesta raportoinnista käytännön hoitotyössä.

Opinnäytetyöni aineistonkeruu toteutetaan kyselylomakkeen muodossa. Kyselylomake on suunnattu niille sairaanhoitajille, joilla on kokemusta sekä suullisesta että hiljaisesta raportoinnista. Osallistuminen merkitsee oheisen kyselylomakkeen täyttämistä ja palauttamista. Jokaisen avoimen kysymyksen jälkeen on varattu tyhjää tilaa, johon voit kirjoittaa vastauksesi. Tarvittaessa voit jatkaa vastauksia paperin toiselle puolelle. Voit vastata kyselylomakkeeseen omalla äidinkielelläsi (suomi/ruotsi). Kyselyyn vastaamiseen on aikaa kaksi viikkoa.

Osallistuminen kyselytutkimukseen on vapaaehtoista. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti. Kenenkään vastaajan tiedot eivät paljastu opinnäytetyön tuloksissa. Kyselylomakkeen vastaukset tuhotaan tutkimuksen valmistuttua.

Kiitos osallistumisestasi!

Henna Mutka

Opinnäytetyön ohjaaja:

Pirjo Peltomäki, lehtori, TtT

Följebrevet

Bästa sjukskötare!

Jag är tredje årets sjukskötaresstudierande vid Vasa yrkeshögskola. Jag ska skriva ett examensarbete som handlar om tyst rapportering ur patientsäkerhetens synvinkel. Syftet är att reda ut era erfarenheter av tyst rapportering i vårdarbetet.

Materialet samlas in med en enkät. Enkäten är för sjukskötare som har erfarenhet av både muntlig och tyst rapportering. Du deltar genom att fylla i och returnera det bifogade frågeformuläret. Varje öppen fråga följs av ett tomt utrymme där du kan skriva ditt svar. Vid behov kan du fortsätta svaret på andra sidan av pappret. Du kan svara på frågorna på ditt eget modersmål (svenska/finska). Du har två veckor tid att svara på enkäten.

Det är frivilligt att delta i den här enkätstudien. Alla svaren behandlas anonymt och konfidentiellt. Inga enskilda svar kans identifieras. Frågeformulären kommer att förstöras efter studien är färdig.

Tack för ditt deltagande!

Henna Mutka

Opinnäytetyön ohjaaja:

Pirjo Peltomäki, lehtori, TtT