

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Piritta Jormanainen

HOITOTYÖN HILJAISEN RAPORTOINNIN SYSTEMAATTISUUS  
POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELU-  
JEN KUNTAYHTYMÄSSÄ

Opinnäytetyö  
Kesäkuu 2015



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Toukokuu 2015**  
**Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma**  
**Ylempi ammattikorkeakoulututkinto**  
Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
p.050 405 4816

**Tekijä**  
Piritta Jormanainen

**Nimeke**  
Hoitotyön hiljaisen raportoinnin systemaattisuus Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä

**Toimeksiantaja**  
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä (PKSSK)

**Tiivistelmä**

Hoitotyön työvuorojen välisellä raportoinnilla tiedotetaan potilaan voinnista alkavan vuoron työntekijälle. Yleisimmin käytetään suullista raportointia. Hoitotyön kirjaamisen sisältöjen kehittäminen on kuitenkin mahdollistanut hoitotyön vuorovaihtoraporttien muutoksen kohti hiljaista raportointia. Raportointia kehittämällä voidaan vähentää siihen kuluvaa aikaa ja suunnata hoitotyöntekijöiden asiantuntemus välittömään potilashoittoon.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, kuinka systemaattista hiljaisen raportoinnin käyttö on Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä (PKSSK). Lisäksi kartoitettiin hiljaisen raportoinnin etuja, ongelmia ja käyttöönottoon liittyviä haasteita. Tavoitteena oli laatia yhdessä asiantuntijaryhmän kanssa toimintamalli, kuinka hoitotyön kehittämisen ja johtamisen keinoilla edistetään hiljaisen raportoinnin käyttöönottoa organisaatiossa. Opinnäytetyö oli tutkimuksellinen kehittämistehtävä, jossa hyödynnettiin myös toimintatutkimuksellista näkökulmaa. Aineistoa kerättiin PKSSK:n vuodeosastojen esimiehiltä sähköisellä alkukyselyllä. Alkukyselyn aineiston analyysi perustui teemoitteluun ja kvantifointiin. Asiantuntijaryhmä jatkoi työskentelyä aineiston pohjalta.

Opinnäytetyön tuloksena laadittiin toimintamalli hiljaisen raportoinnin käyttöönottamisen ja muutoksen läpiviemisen tueksi. Toimintamalli on suunnattu vuodeosastojen esimiehille. Jatkotutkimusaiheena olisi selvittää, onko toimintamalli edistänyt hiljaiseen raportointiin siirtymistä.

**Kieli**

Suomi

Sivuja 68

Liitteet 3

Liitesivumäärä 6

**Asiasanat**

hiljainen raportointi, hoitotyön kirjaaminen, hoitotyön kehittäminen



**THESIS**  
**MAY 2015**  
**Degree Programme in Development**  
**And Management of Social services**  
**and Health Care (Master's degree)**  
Tikkarinne 9  
FI-80220 JOENSUU  
FINLAND  
Tel. +358 50 405 4816

Author  
Piritta Jormanainen

Title  
Systematic Use of Nonverbal Nursing Handovers in the Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia.

Commissioned by  
The Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia (PKSSK)

#### Abstract

In a nursing handover, information regarding the patient's condition is communicated to the employees on the oncoming shift. Verbal handover is the most frequently used method. Development in the content of nursing documentation has enabled the change towards nonverbal handover. By developing handovers, time used for it can be reduced and the time saved can be allocated to patient care.

The aim of this study was to find out how systematic the use of nonverbal nursing handovers is at PKSSK. In addition, benefits, problems and challenges related to the introduction of nonverbal nursing handover were explored. Another aim was to develop an operating model together with a group of experts on how introduction of nonverbal handovers can be enhanced in an organisation through managerial and developmental practices. The thesis was a research-based development task, in which also an action research perspective was used. The material was collected with a questionnaire among ward head. The collected material was analysed using classification and quantification. The group of experts continued the work on the basis of the material.

As a result of the thesis, an operating model was developed to support the transition to and introduction of nonverbal nursing handovers. The model is directed to ward head nurses. In the future it would be interesting to study if the model has promoted the transition to nonverbal handovers.

Language  
Finnish

Pages 68  
Appendices 3  
Pages of Appendices 6

Keywords  
nonverbal nursing handover, nursing documentation, development of nursing

## Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto .....	5
2	Raportointi hoitotyössä .....	7
2.1	Suullinen raportointi .....	8
2.2	Hiljainen raportointi .....	10
2.3	Vuoteenvierusraportointi .....	12
3	Hoitotyön kirjaaminen .....	12
3.1	Hoitotyön sähköinen kirjaaminen .....	14
3.2	Hoitotyön kirjaamisen prosessi .....	15
4	Raportointi ja kirjaaminen potilasturvallisuuden näkökulmasta .....	18
5	Hoitotyön johtamisen ja kehittämisen näkökulma muutokseen .....	20
6	Opinnäytetyön tavoite, tutkimuskysymykset ja kehittämistehtävä .....	22
7	Opinnäytetyön toteuttaminen .....	23
7.1	Toimintatutkimus kehittämistyössä .....	24
7.2	Kehittämistoiminnan perustelu .....	26
7.3	Kehittämistoiminnan organisointi .....	28
7.3.1	Alkukyselyn mittarin laadinta .....	29
7.3.2	Alkukyselyn toteuttaminen ja analysointi .....	31
7.3.3	Alkukyselyn tulokset .....	33
7.3.4	Alkukyselyn tulosten tarkastelua .....	43
7.4	Kehittämistoiminnan toteutus .....	45
7.5	Kehittämistoiminnan tulokset .....	49
7.5	Kehittämistoiminnan arviointi .....	52
7.6	Juurruttaminen/ levittäminen .....	53
8	Pohdinta .....	54
8.1	Kehittämistoiminnan tulosten tarkastelua .....	54
8.2	Luotettavuus ja eettisyys .....	56
8.3	Jatkotutkimusehdotukset .....	60
	Lähteet .....	61

Liitteet

Liite 1 Kyselylomake

Liite 2 Saatekirje

Liite 3 Esimerkki aineiston teemoittelusta

## 1 Johdanto

Hoitotyöntekijöillä on keskeinen rooli tiedon välittämisessä ja siirtämisessä heidän vastatessaan välittömästi potilashoidosta itse tai koordinoitessaan muiden hoitotiimin jäsenten hoitotyötä ympäri vuorokauden (Lamond 2000, 794; Saranto & Ikonen 2007, 156). Vielä nykyisin yleisimmin käytetty tapa tiedottaa potilaan tilasta työvuorojen vaihtuessa on suullinen raportointi (Saranto & Ikonen 2007, 157 – 159; Hoffrén, Huovinen & Mykkänen 2011, 24 – 25). Kuitenkin sähköisten, yhdenmukaistettujen potilasasiakirjojen käyttöönotto ja kirjaaminen yhdenmukaisella rakenteella ja yhteisesti sovittuja luokituksia käyttäen on tuonut mukanaan mahdollisuuden suullisten raporttien vähentämiseen (Salo 2005, 121; Saranto & Ikonen 2007, 157; Tanttu 2007a, 148).

Hoitotyöntekijöiden ajankäyttö voidaan jakaa välittömään hoitotyöhön, välilliseen hoitotyöhön, osastokohtaiseen hoitotyöhön ja henkilökohtaiseen aikaan. Välitön hoitotyö tarkoittaa potilaan vierellä tapahtuvaa hoitotyötä, välillinen hoitotyö potilaisiin liittyvää hoitotyötä, jota ei tehdä potilaan läsnä ollessa. Osastokohtaiseen hoitotyöhön kuuluvat esimerkiksi koulutukset ja osaston tilauksista ja varastoista huolehtiminen. Henkilökohtaista aikaa ovat muun muassa ruoka- ja kahvitauot. (Partanen 2002, 97, 105.)

Partanen (2002, 97) mukaan erikoissairaanhoidossa hoitajat käyttivät välittömään hoitotyöhön 41 % työajasta. Myös Furåger (2009, 269) päätyi lähes samaan tulokseen. Välillisen hoitotyön osuus työajasta oli noin 35 % (Partanen 2002, 97; Kaustinen 2011, 87). Partanen (2002, 109) tutkimuksessa välillisestä hoitotyöstä meni 17 % potilaan hoidon kirjaamiseen ja suulliseen raportointiin. Myös Kaustisen (2011, 87) tutkimuksessa potilaan hoidon suunnittelu ja työvuoron vaihtoon liittyvät asiat veivät eniten aikaa välillisessä hoitotyössä. Kailan (2011) selvityksen mukaan Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä (PKSSK) hoitajat käyttivät vuonna 2011 kirjaamiseen 9,4 % ja suulliseen raportointiin 5,2 % välillisestä hoitotyöajasta. Vuodesta 2009 kirjaamiseen käytetty aika oli lisääntynyt 0,4 % ja suulliseen raportointiin käytetty aika vähentynyt 2,3 %.

Kehittämistoiminnan ja tarpeen taustalla ovat usein toimintaympäristön muutokset (Seppänen-Järvelä 1999, 13). Tästä johtuen terveydenhuollon rakenteelliset ja toiminnalliset muutokset vaativat toimintakäytäntöjen muutoksia myös hoitotyössä (Sarajärvi ym. 2011, 9). Terveydenhuollon resursseja on käytettävä tulevaisuudessa entistä tehokkaammin. Myös terveydenhuollon työvoimantarve on ennakoitu kasvavan niin suureksi, ettei siihen voida vastata ilman rakenteellisia muutoksia. Terveydenhuollon työnkuvia ja -prosesseja tulisikin uudistaa. (Vesterinen 2011, 11.) Myös Partasen (2002, 173) mukaan esimerkiksi sairaanhoitajien tehtävänkuvia tulisi muotoilla uudelleen ja kiinnittää huomiota aikaa vieviin toimintoalueisiin ja ottaa käyttöön aikaa säästäviä menetelmiä. Hoitohenkilökunta tekee edelleen paljon muita kuin potilaan välittömään hoitoon liittyviä tehtäviä. Lisäksi potilaiden hoidon tarpeen kasvu ja hoitomenetelmien monimutkaistuminen on lisännyt työmäärää ja hoidon vaativuutta. (Partanen 2002, 171; Kaustinen 2011, 100 – 101.) Partasen (2002, 164) tutkimuksen mukaan hoitajia oli työmäärään nähden liian vähän lähes joka toisessa työvorossa. Myös Kaustisen (2011, 122) mukaan hoitajilla ei ollut mahdollisuutta hoitaa potilaita niin hyvin kuin olisivat halunneet. Tulevaisuuden tavoitteena olisi kehittää henkilöstön ja hoitotyön esimiesten yhteistyönä hoitotyön toimintoja niin, että hoitajien työaika kohdentuisi enemmän potilaille hyötyä tuovaan hoitotyöhön (Heikura 2014).

Raportointia kehittämällä voidaan vähentää siihen kuluva aikaa ja suunnata hoitotyöntekijöiden asiantuntemus välittömään potilashoitoon. (Partanen 2002, 173.) PKSSK:ssa hoitotyön ja hoitotyön johtamisen kehittämissuunnitelmassa on asetettu tavoitteeksi vuosille 2014 – 2016 vähentää raportointiin käytettävää aikaa edelleen vuoden 2011 tasosta ja samalla lisätä välittömään hoitotyöhön käytettyä aikaa. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2014.)

PKSSK:ssa asetettiin jo vuonna 2010 hoitotyön toimintasuunnitelmaan tavoite standardoitujen kirjaamis- ja raportointikäytäntöjen luomisesta. Hiljaisen eli kirjallisen raportoinnin käyttöä työvuorojenvälisessä raportoinnissa haluttiin edistää. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2010a.) Yksiköt ovat kuitenkin saaneet itse valita käytössään olevan hoitotyön

raportointimallin ja hiljainen raportointimalli on jalkautunut käyttöön vain osaan yksiköistä. Nyt PKSSK:ssa on uuteen, vuosille 2014 – 2016 ulottuvaan hoitotyön ja hoitotyön johtamisen kehityssuunnitelmaan nostettu yhdeksi painopistealueeksi sujuva ja yhdenmukainen hoitotyön kirjaaminen. Tähän liittyy myös kiinteästi tavoite saada hiljaisen raportoinnin yhtenäisesti käyttöön koko organisaatiossa. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2014.)

Tämän opinnäytetyö on yksi osa hoitotyön hiljaisen raportoinnin käytön edistämistä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää hiljaisen raportoinnin käytön systemaattisuutta hoitotyön vuorovaihtoraportoinnissa PKSSK:ssa. Lisäksi kartoitettiin hiljaisen raportoinnin etuja ja käyttöönottoon liittyviä haasteita. Kehittämistyön tuotoksena laadittiin toimintamalli siitä, kuinka hoitotyön kehittämisen ja johtamisen keinoilla voidaan hiljaisen raportoinnin käyttöönottoa edistää organisaatiossa.

## **2 Raportointi hoitotyössä**

Hoitotyön raportointi on keskeinen, päivittäin toteutuva hoitotyön tapahtuma. Hoitotyön raportin tarkoituksena on tiedottaa potilaan voinnista ja hoidon etenemisestä (Lamond 2000, 794 – 795; Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003, 4;). Yleisimmin raportin pitää hoitotyön asiantuntija toiselle asiantuntijalle tai asiantuntijaryhmälle (Kerr, Lu & McKinlay 2013, 217). Työvuorojen välisen hoitotyön raportoinnin tehtävänä on varmistaa potilaan hoidon jatkuvuus työvuorojen vaihtuessa (McKenna & Walsh 1997, 128; Kerr 2002, 125 – 126).

Raportointi tapahtuu useimmissa yksiköissä kolme kertaa päivässä (Lally 1999, 31; Lamond 2000, 794; Hoffren ym. 2011, 24), joissakin jopa useammin (Hoffren ym. 2011, 25). Potilaskertomus on keskeinen asiakirja, jonka avulla hoitotietoja välitetään. Itse potilaan tilasta tiedottaminen voi tapahtua kuitenkin usealla eri tavalla. Tavallisimmat tiedotusmuodot ovat suullinen ja hiljainen eli

kirjallinen raportointi (Saranto & Ikonen 2007, 157), ja niitä voidaan käyttää myös yhdessä (Saranto & Ikonen 2007, 158; Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 52). Lisäksi Suomessa käytetään jonkin verran myös vuoteenvierusraportointia.

Suullinen ja kirjallinen viestintä ovat tehokkaan ja onnistuneen yhteistyön edellytyksiä potilaan hoidossa (Lauri 2006, 109). Kuitenkin kirjaamisen rooli on näistä keskeisempi. Potilaan hoidon kirjaamisen velvollisuus perustuu lakiin (mm. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 12.§), kun taas hoitotyön raportointikäytännöt ovat toimintatapoja, jotka ovat vakiintuneet päivittäiseen käyttöön terveydenhuollossa (Puumalainen 2003, 4). Hoitotyön raportoinnin toimintatapoja on hyvä aika-ajoin tarkastella kriittisesti ja pohtia niiden kehittämistä tai uudistamista.

## **2.1 Suullinen raportointi**

Suullinen raportti on tiedotustilaisuus, jossa kerrotaan potilaiden voinnista alkavan vuoron työntekijöille (Lamond 2000, 794-795; Dowding 2001, 836; Strople & Ottani 2006,197). Suullisella raportilla edellisen vuoron hoitaja lukee ääneen potilastietojärjestelmästä, potilaspapereista ja/tai omista muistiinpanoistaan potilaan hoitoon keskeisesti liittyvät asiat välittäen näin tiedon potilaan hoidosta töihin tuleville työntekijöille (Lamond 2000, 798). Suullinen raportointi on edelleen yleisimmin käytetty hoitotyön viestinnän muoto, joka pidetään tietyssä huonetilassa, esimerkiksi hoitajien kansliassa (Lamond 2000, 798; Saranto & Ikonen 2007, 158). Kuitenkin suurin osa suullisella raportilla käsitellyistä tiedoista on tai pitäisi olla löydettävissä myös potilaskertomuksista (Kerr 2002, 125; Sexton, Chan, Elliott, Stuart, Jayasuriya & Crookes 2004, 41).

Hoitotyön suullisen raportin kestoon vaikuttaa potilasmäärä, potilaiden hoitoisuus ja vaihtuvuus, raportin antajan persoonallisuus sekä monet yksikön toimintakulttuuriin liittyvät asiat (Lamond 2000, 798). Lamondin (2000, 798) mukaan yksi hoitotyön suullinen raportti kestää keskimäärin 34 minuuttia (102



minuuttia/vuorokaudessa). Myös Hoffrénin ym. (2011, 58) selvityksen mukaan hoitotyön suulliseen raportointiin käytettiin runsaasti aikaa, yli 2 tuntia vuorokaudessa. Lisäksi useimmat hoitajat etsivät suullisen raportin jälkeen lisätietoa sähköisestä potilastietojärjestelmästä, mikä lisää raportoinnin kokonaiskestoa entisestään (Ruuskanen 2007, 16).

Suullisilla raporteilla hoitajat ovat voineet keskustella asioista, joita he eivät ole halunneet tai voineet kirjata potilaan tietoihin (Jefferies, Johnson & Nicholls 2012, 130). Kuitenkin kirjaamattomien huomioiden pohdinta on usein keskeneräistä, jolloin niiden raportoinnin heikkoutena on huomioiden epäluotettavuus (Saranto & Ikonen 2007, 162). Raporteilla voidaan keskustella potilaista myös asioista, jotka eivät suoranaisesti liittyneet potilaan hoitoon. Lisäksi suullisilla raporteilla on voitu käsitellä potilaiden tai heidän läheistensä asioita epäkunnioittavaan sävyyn. (Kennedy 1999, 394; Lally 1999, 32.) Tällöin hoitaja tulee siirtäneeksi myös mielipiteensä potilaasta ja asenteensa potilasta ja hänen läheisiään kohtaan, kun tavoitteena oli vain kertoa objektiivisesti potilaan hoitoon keskeisimmin liittyvät tiedot ja havainnot.

Dowding (2001, 844) havaitsi tutkimuksessaan, että hoitajat kirjoittivat muistiin alle puolet suullisella raportillaan saamista tiedoista. Voidaan siis olettaa, että jopa 50% suullisella raportilla välitetystä informaatiosta epäolennaista potilaan hoidon kannalta. Hoitajat myös lukevat raporttia omista muistiinpanoistaan tai raportoivat ulkomuistista avaamatta potilastietojärjestelmää ja tarkistamatta asioita sieltä (Hartikainen 2008, 48). Tämä lisää entisestään suullisen tiedonsiirron epävarmuutta, ja käytännössä suullinen raportointi voi tarkoittaa hoitotyön toteuttamista muistinvaraisin tiedoin (Salo 2005, 125). Tästä johtuen suullista tietojenvaihtoa voidaan pitää prosessina, joka on erittäin altis tietojen häviämislle (Pothier, Monteiro, Mooktiar & Show 2005, 1036).

Potilaan tilasta tiedottaminen on ollut vain yksi hoitajien raporttien tarkoituksista. Raportointitilanteita on pidetty merkittävinä hoitajien sosiaalisen kanssakäymisen, henkisen tuen ja koulutuksen kannalta (Lally 1999, 34; Kerr 2002, 125; Meißner ym. 2007, 536; Randell, Wilson & Woodward 2011, 803). Myös Hopkinsonin (2001, 168) mukaan hoitajat kokivat raportointitilaisuudet

paikkana mielipiteiden ja tunteiden ilmaisulle sekä tietolähteenä hoitotyön päätösten tekemiselle. Suullisilla raporteilla myös suunnitellaan potilaan hoitoa ja tulevan työvuoron aikaisia tehtäviä ja työnjakoa (Saranto & Ikonen 2007, 159; Stroppe & Ottani 2006,197).

Suullisen raportoinnin ongelmat kohdistuvat sen aikaa vievyyden lisäksi raportin sisältöön ja vastaanottajan kykyyn ymmärtää se. Raportointitilanteet ovat rauhattomia, ja keskeytyksiä tapahtuu usein. Tämä lisää virheiden mahdollisuutta. (Stroppe & Ottani 2006, 197; Saranto & Ikonen 2007, 159 – 161). Toistuvat keskeytykset myös lisäävät raportoinnin kestoa entisestään (Hoffrén ym. 2011, 5).

Suullinen raportointi vie paljon hoitajien työaika ja sitoo heidät pois välittömästä potilashoidosta. Suullisen raportoinnin edellytyksenä on, että alkavan ja päättyvän vuoron työntekijöillä on runsaasti päällekkäistä työaika, jonka he ovat kokonaan tai osittain poissa potilastyöstä. Suullisille raporteille osallistuu usein myös tarpeettomia henkilöitä, jotka eivät osallistu potilaan välittömään hoitoon (Saranto & Ikonen 2007, 159). Olisikin parempi, etteivät kaikki edellisen vuoron työntekijät osallistuisi raportointitilaisuuksiin, vaan vastaisivat osastolla potilashoidosta, jotta raportit eivät keskeytyisi niin usein potilashoidollisissa asioissa (Hoffrén ym. 2011, 59).

## **2.2 Hiljainen raportointi**

Hiljaisella raportoinnilla tarkoitetaan potilastietojen siirtämistä työvuorosta toiseen tulevalle työntekijälle hoitotyön kirjaamisen perusteella (Salo 2005, 125). Hiljaista raporttia käytettäessä työvuoroon tulevat hoitajat lukevat itsenäisesti tarvittavat tiedot potilaan hoitosuunnitelmasta ja muista potilasasiakirjoista (Iivanainen 2010, 76). Hoitajan apuna voi olla potilaslista, jossa nimen ja huonesijoituksen lisäksi voi olla joitakin perustietoja potilaasta esimerkiksi perussairauksista tai tehdyistä tutkimuksista. Tarvittaessa edellisen vuoron hoitaja voi täydentää tietoja suullisesti (Puumalainen ym. 2003, 5;

Turtiainen 2005, 130). Näin voidaan turvata potilaan yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen hoidon jatkuvuus (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52).

Hiljaisen raportoinnin edellytyksenä on ajantasainen ja huolellinen hoitotyönkirjaus, joka on tehty yhdessä laadittujen sääntöjen mukaan. Potilaan hoidon kannalta olennaisten asioiden tulee näkyä sairauskertomuksesta ja hoitosuunnitelmasta. Hiljaiseen raportointiin siirtyminen onkin lisännyt kirjaamiseen käytettyä aikaa, mutta samalla parantanut sen laatua. Toisaalta suulliseen tiedottamiseen kuluva aika on vähentynyt. (Wallum 1995, 24; Puumalainen 2003, 9; Hoffrén ym. 2011, 60.)

Tutkimusten mukaan hiljainen raportointimenetelmä on lisännyt välittömään potilashoittoon käytettävää aikaa ja vähentänyt kiirettä (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52; Puumalainen ym. 2003, 7-8). Myös potilaan sairauskertomuksiin ja hoitosuunnitelmiin tutustuminen on ollut huolellisempaa. Lisäksi hoitajat kokivat työn mielekkäämmäksi ja haasteellisemmaksi. Hiljaisen raportoinnin käyttö oli lisännyt myös hoitajien itsenäistä päätöksentekoa. Potilaiden mukaanotto hoidonsuunnitteluun oli lisääntynyt. (Puumalainen ym. 2003, 7 – 8).

Hoitotyön johtajien näkökulmasta hiljaisen raportoinnin käytössä on monia etuja. Hiljainen raportointi on tehostanut henkilöstöressurssien käyttöä, koska päällekkäistä työaikaa tarvitaan vähemmän, eikä sitä jouduta käyttämään suulliseen raportointiin. Myös ylitöiden määrä on vähentynyt. Hiljaisen raportoinnin käyttö on mahdollistanut myös työvuorosuunnittelussa työvuoroergonomian huomioimisen. (Puumalainen ym. 2003, 7 – 8; Turtiainen 2005, 130; Pelander & Kirjonen 2011, 24.)

Toimivan hiljaisen raportoinnin käyttöönotto vaatii harjoittelua. Potilaan voinnista ja hoidosta tuotetun dokumentaation tulee olla kaikkien hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kohdalla ajantasaista. (Hoffrén ym. 2011, 60.) Tästä johtuen hiljaisen raportoinnin ongelmat liittyvätkin suurimmaksi osaksi kirjaamisen puutteisiin. Hiljaisen raportoinnin käyttö vaikeutuu, jos tarpeelliset tiedot eivät löydy potilaan hoitosuunnitelmasta tai kirjaamisen laatu on muutoin heikko. Lisäksi hoitajat kaipasivat suullisen raportoinnin mahdollisuutta pitkiltä

vapailta töihin palatessa tai hoitaessaan erittäin vakavasti sairasta potilasta. (Puumalainen ym. 2003, 8.)

### **2.3 Vuoteenvierusraportointi**

Vuoteen- tai potilaanvierusraportoinnissa raportointipaikka on siirretty potilaan vuoteen vierelle. Potilaan tietoja käsitellään hoitajien kesken lyhyesti, ja pääpaino on hoitoon liittyvien asioiden läpi käymisessä yhdessä potilaan kanssa. (Anderson & Mangino 2006, 112; Saranto & Ikonen 2007, 159.) Koska potilashuoneessa on usein useampi potilas, vuoteenvierusraportin haasteena on potilaan yksityisyyden suojasta huolehtiminen. Lisäksi kaikkea ei aina haluta kertoa potilaan kuullen. (Lestinen & Hiltula 2005, 140 – 142.) Vuoteenvierusraportointiin on aina pyydettävä potilaan lupa ja raportointitilanteessa on käytettävä kieltä, jonka potilaskin ymmärtää (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52 – 53).

Vuoteenvierusraportoinnin näkökulma on hyvin potilaskeskeinen. Vuoteenvierusraportointia käytettäessä potilaat kokivat pystyvänsä osallistumaan enemmän hoitonsa suunnitteluun, ja hoitotyytyväisyys lisääntyi (Anderson & Mangino 2006, 121). Vuoteenvierusraportilla töihin tuleva hoitaja pystyy tarkistamaan asioita samanaikaisesti sekä työvuorossa olleelta hoitajalta että potilaalta, mutta myös tekemään omia havaintoja potilaan voinnista ja suunnittelemaan tulevan työvuoronsa tehtäviä. (Jeffer, Simpson, Irwin & Beswick 2013, 226). Toisaalta Kennedyn (1999, 391) tutkimuksesta kävi ilmi, että vain harvat potilaat olivat aktiivisia osallistujia ja ottivat osaa vuoteenvierusraportin kulkuun.

## **3 Hoitotyön kirjaaminen**

Hoitotyön kirjaamisella tarkoitetaan potilastietojen kirjaamista eli dokumentointia potilasasiakirjoihin (Iivanainen 2010, 70). Potilasasiakirjoihin kirjataan tietoja

turvaamaan potilaan hoidon jatkuvuus ja mahdollistamaan tietojen vaihto hoitoon osallistuvien henkilöiden ja/tai yksiköiden välillä. Lisäksi kirjaaminen on tärkeää terveydenhuollon asiantuntijan oikeusturvan vuoksi. Asianmukaisesti laadituilla potilasasiakirjoilla on myös keskeinen rooli potilaan tiedonsaantioikeuden ja oikeusturvan varmistamisessa. (Nykänen & Junttila 2012, 15.) Hoitotyön kirjaamisella perustellaan ja oikeutetaan potilaan saama hoito ja samalla kuvataan hoidon vaikuttavuus (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52 – 53).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) vaatii terveydenhuollon ammattihenkilön merkitsevän potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä annettu hoito, onko hoidon aikana ilmennyt jotain erityistä ja mitä hoitoa koskevia ratkaisuja on hoidon aikana tehty. Myös hoitoon osallistuneet henkilöt on pystyttävä selvittämään. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 6.§.) Myös laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) määrittää potilastietojen sähköisten asiakirjojen saatavuutta, käytettävyyttä ja tietoturvallista käsittelyä koskevia vaatimuksia.

Hoitotyön kirjaaminen on keskeinen osa potilaan hoidon järjestämistä ja toteuttamista. Potilasta kunnioittava ja hänen tarpeistaan lähtevä hoito edellyttää häntä koskevien tietojen sujuvaa käyttöä. (Saranto & Sonninen 2007, 12; Iivanainen & Syväoja 2008, 11,13.) Hyvä kirjaaminen auttaa potilasta saamaan parhaan mahdollisen hoidon oikea-aikaisesti, ja hoitohenkilökuntaa toteuttamaan sen (Rasku 1999, 126). Potilaskertomuksilla on pitkä historia. Suomessa ensimmäiset merkinnät potilaan hoidon kirjaamisesta potilaspapereihin ovat peräisin 1920 – 30-luvuilta. 1950-luvulta lähtien alkaa Suomessa löytyä systemaattisempaa hoitotyönkirjaamista ja nykymuotoisen, jäsennellyn hoitotyön kirjallisen suunnitelman kehittäminen alkoi jo 70-luvun lopulla. (Hallila 1998, 16.) Rakenteiseen kirjaamistapaan alettiin siirtyä 2000-luvun puolivälissä (Kotisaari & Kukkola 2012, 59).

### 3.1 Hoitotyön sähköinen kirjaaminen

Suomessa valtakunnallisesti yhtenäinen manuaalinen sairauskertomusjärjestelmä tarjosi hyvän pohjan sähköiselle potilaskertomukselle. Sähköisellä potilaskertomuksella, joka on potilaalle annetun hoidon kokonaisvaltainen asiakirja, tarkoitetaan sairauskertomuksen tietojen tallentamista, säilyttämistä ja välittämistä tietotekniikan keinoin. (Häyrinen & Ensio 2007, 97.) Se perustuu vahvasti rakenteiseen tietoon (Ensio 2007, 96), joka helpottaa tiedon löytämistä, käytettävyyttä ja hyödyntämistä potilaan hoitoprosessin aikana (Kotisaari & Kukkola 2012, 61). Sähköisen hoitotyönkirjaamisen käyttöönotto on parantanut kirjatun tiedon laatua ja luotettavuutta sekä tiedon uudelleen käyttöä, mutta hoitajien väliseen tiedonvälitykseen sillä ei ollut vaikutusta (Ammenwerth, Rauchegger, Ehlers, Hirsch & Schaubmayr 2011, 25.)

Sähköinen potilaskertomusjärjestelmä oli käytössä jo vuonna 2010 kaikissa Suomen sairaanhoitopiireissä. Järjestelmiä oli ja on edelleen käytössä useita erilaisia. Hoitotyön sähköistä, rakenteellista kirjaamista käytettiin 16 sairaanhoitopiirissä ja vapaamuotoista yhdeksässä. Osassa sairaanhoitopiirejä molemmat kirjaamistavat olivat käytössä päällekkäin. (Winblad, Reponen & Hämäläinen 2012, 33 – 40.)

Pohjois-Karjalassa otettiin vuonna 2010 käyttöön maakunnallinen sähköinen potilastietojärjestelmä. Se on aiheuttanut kirjauskäytäntöjen ja työskentelytapojen muuttamista, mutta tuonut mukanaan myös rakenteita, jotka vastaavat tulevaisuuden tietotarpeita. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2010b.) Aluetietojärjestelmien on todettu nopeuttava tiedonkulkua eri organisaatioiden välillä, jolloin potilasta koskevat hoito- ja tutkimustiedot ovat hoitotilanteessa helpommin saatavilla ammattilaisten käyttöön (Mäenpää, Asikainen & Suominen 2012, 78). Sähköisten potilaskertomusten kliininen päätöksentekotuki ja prosessiohjaus yksittäisten potilaiden hoidossa hyödyttäisivät koko organisaation toimintaa ja voimavarojen suuntaamista (Tanttu 2007b, 211). Päätöksentekotuki on tällä hetkellä suunnattu lähinnä lääkäreiden käyttöön. Esimerkiksi lääkitys-osiossa tietojärjestelmän tarkistaa onko uusi, tekeillä oleva lääkemääräys potilaalle

sopiva potilaan perussairaudet ja muut käytössä olevat lääkkeet huomioiden. Lääkäri joutuu reagoimaan päätöksentekotuen antamiin huomioihin ja varoituksiin, ennen kuin pystyy määräämään kyseisen lääkkeen. Myös hoitotyön toiminnoissa olisi käyttöä vastaavanlaiselle järjestelmälle.

Vuonna 2011 hallitusohjelmaan oli nostettu hallituskauden tavoitteeksi sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen tiedonhallinnan rakentamisen jatkaminen, jotta asiakastieto saadaan sujuvasti käyttöön (Valtioneuvosto 2011, 57). Myös Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma KASTE on nostanut sähköiset potilastietojärjestelmät ja niiden kehittämisen yhdeksi painopistealueeksi. Tällä hetkellä ollaan ottamassa käyttöön kansallista potilastiedon arkistokokonaisuutta (KANTA), jota käytetään paikallisilla potilastietojärjestelmillä. Valtakunnallisen arkiston avulla potilastietojen välitys mahdollistuu terveydenhuollon organisaatioiden kesken. Tällöin potilastietojen saatavuus paranee potilaan hoitoon osallistuvassa toimintayksikössä. Lisäksi potilas pystyy myös itse tarkastelemaan omia tietojaan sähköisesti Internet-yhteyden välityksellä. (Kansallinen terveystietokanta KANTA 2015.)

### **3.2 Hoitotyön kirjaamisen prosessi**

Hoitotyön kirjaamisen tulisi olla näyttöön perustuvaa toimintaa (Hallila 2005, 13) ja hoitotyön periaatteiden mukaan potilaslähtöistä, kunnioittavaa, jatkuvaa ja yksilöllistä (Rautava-Nurmi ym. 2012, 4). Näyttöön perustuvalla toiminnalla (Evidence Based Practice) tarkoitetaan parhaan, ajantasaisen ja saatavissa olevan tiedon käyttöä potilaan hoidossa (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 11). Hoitotyön kirjaamisen tulisi olla systemaattista ja seurata hoitotyön prosessia, jolloin kirjaamisen avulla muodostuu kuva potilaan hoidosta ja sen etenemisestä. Hoitotyön prosessimalliin kuuluvat hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon tavoitteet, suunnitellut toiminnot, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. (Sonninen & Ikonen 2007, 75 – 77.) Hoitotyön päätöksentekoprosessi on esitelty kuviossa 1.

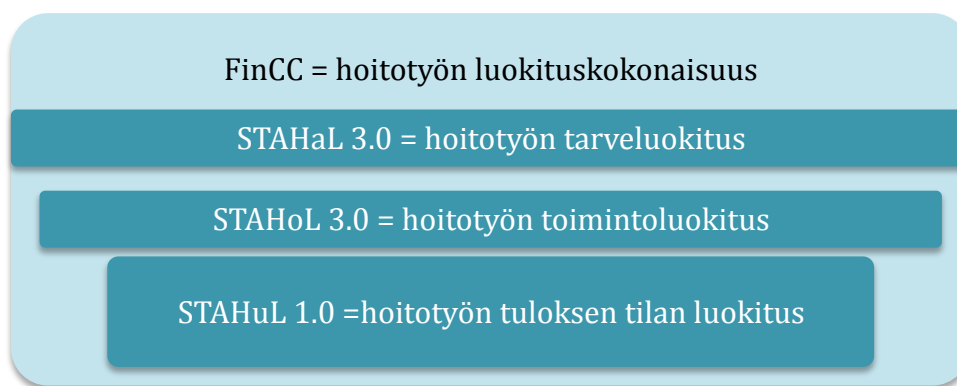


Kuvio 1. Hoitotyön päätöksentekoprosessi (Mukaillen Rautava-Nurmi ym. 2012, 46 – 47).

Prosessimalliin perustuvassa kirjaamisessa on keskeistä hoitotyön tulosten näkyväksi tekeminen ja niiden arviointi (Hopia & Koponen 2007, 6 – 7). Hoitotyön laadukas dokumentointi on tärkeää sekä hoitajan että potilaan näkökulmasta. Kirjaaminen turvaa potilaan ja hoitotyön tekijän oikeuksia sekä on samalla kirjallinen näyttö toteutuneesta hoitotyöstä. (Ensio & Häyrynen 2007, 72; Tantt 2007, 128.) Hoitotyön prosessimalli toimii hoitotyöntekijän hoidollisen päätöksenteon tukena ja seurausten arvioinnin välineenä (Rautava-Nurmi ym. 2012, 46 – 47). Lisäksi prosessimalliin perustuvalla kirjaamisella voidaan kuvata hoitotyön vaikuttavuutta (Kotisaari & Kukkola 2012, 61). Eriytynyt merkitys kirjatulla tiedolla on potilaan päivittäisessä hoidossa, jolloin hoitotietojen on oltava viiveettä niitä tarvitsevan käytettävissä. Tällöin kirjaamiselta edellytetään yhdenmukaisuutta ja rakenteellisuutta. (Saranto & Sonninen 2007, 12.)

Suomessa hoitotyön kirjaamisessa käytetään hoitotyön ydintietoja, joiksi kansallisesti on määritelty hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Ydintietoja rakenteistetaan edelleen Suomalaisella hoitotyön luokituskokonaisuudella (FinCC, Finnish Care Classification), joka muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (STAHaL 3.0), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (STAHoL 3.0) ja hoidon tuloksen tilan luokituksesta (STAHuL 1.0). (Tantt & Ikonen 2007, 115; Linjamo, Kinnunen & Ensio 2012, 10.) Suomalaista hoitotyön toimintoluokituksen rakennetta kuvataan kuviossa 2 sekä hoidon tarveluokituksen ja toimintoluokituksen komponentteja kuviossa 3.





Kuvio 2. Finnish Care Classification (FinCC) (Mukaillen Linjamo, Kinnunen & Ensio 2012, 10).



Kuvio 3. Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (STAHaL) ja toimintoluokituksen (STAHoL) komponentit (Mukaillen Linjamo ym. 2012, 10).

Hoitotyön kirjaamisen sisältö rakenteistetaan kansallisesti sovittujen luokitusten avulla niin, että kukin komponentti toimii otsikkona kirjattavalle asiakokonaisuudelle. Luokitukset ohjaavat kirjaamista, vahvistavat kirjaamisen potilaslähtöisyyttä ja auttavat havainnoimaan hoitotyötä laaja-alaisesti. (Tanttu & Ikonen 2007, 115 – 116.) Kirjaamisen tulisi olla myös systemaattista, jolloin olemassa olevia rakenteita käytetään yhtenäisellä, johdonmukaisella tavalla ja hoitoprosessin vaiheet linkittyvät kirjaamisen sisällössä loogisesti toisiinsa. (Salmela, Ritvanen & Ylönen 2011, 16.) Toisaalta Nykänen, Viitanen ja Kuusisto (2010, 70) myös varoittavat, että kirjaamismalli on vielä liian yksityiskohtainen ja hienojakoinen, jolloin se voi pirstoa potilaan hoitoprosessin pieniin osiin. Kuitenkin rakenteisesti, hoitotyön luokittelun mukaan kirjattu tieto

mahdollistaa kirjaamisen sisällön arvioimisen ja hoitotyönlaadun kehittämisen (Kotisaari & Kukkola 2012, 61).

Potilaiden terveysongelmien monimutkaistuminen, hoitoaikojen lyheneminen, käytettävissä olevan tiedon määrän lisääntyminen ja potilaiden halukkuus osallistua hoitonsa suunnitteluun asettavat hoidon dokumentoinnille yhä suurempia vaatimuksia (Kärkkäinen 2007, 90). Myös tämän vuoksi on tärkeää, että kirjaamissisältöjen vakiointi mahdollistaa potilaan voinnin kirjaamisen niin, ettei se vaihtele hoidon toteuttajan perusteella (Saranto & Ensio 2007, 243).

#### **4 Raportointi ja kirjaaminen potilasturvallisuuden näkökulmasta**

Potilasturvallisuus on hyvän ja vaikuttavan hoidon keskeinen osatekijä (Snellman 2009, 29; Kotisaari & Kukkola 2012, 63). Turvallinen hoito toteutetaan oikea-aikaisesti ja oikein hyödyntäen käytössä olevia voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11). Suomen terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittää, että terveydenhuollon on perustuttava näyttöön sekä hyviin käytäntöihin ja oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.

Terveyden- ja sairaanhoito on monimutkaista ja vaativaa. Vaikka toiminta on säädeltyä ja henkilökunta on ammattitaitoista ja työhönsä sitoutunutta, vaaratapahtumat ovat mahdollisia. Potilasturvallisuus sisältää periaatteet ja toiminnot, joilla potilaan hoidon turvallisuus varmistetaan sekä poikkeamien hallinnan ja niistä johtuvien haittojen ehkäisyn. Potilasturvallisuus tarkoittaa niitä toimintayksikköjen periaatteita ja toimintoja, joiden tavoitteena on hoidon turvallisuuden varmistaminen ja potilaan suojaaminen vahingoittumiselta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11 – 12.)

Potilaan hoitoon liittyvät haittatapahtumat voivat aiheuttavat potilaille ja heidän läheisilleen huomattavia kärsimyksiä, joskus jopa potilaan kuoleman.

Hoitojaksojen pitkittymiset ja tehottomat hoitoprosessit kuluttavat henkilöstövoimavaroja ja aiheuttavat suuria lisäkustannuksia terveydenhuoltoon. Kuitenkin potilashoitoon liittyvistä haittatapahtumista voitaisiin ehkäistä jopa puolet analysoimalla riskejä, muuttamalla hoitoprosesseja ja toiminnan rakenteita ja ottamalla sattuneista virheistä opiksi. (Snellman 2009, 30 – 31, 33.)

Potilasturvallisuus ja sen parantaminen on yksi keskeisistä Euroopan unionin terveyspolitiikan painopistealueista. Maailman terveysjärjestö (WHO) on myös perustanut potilasturvallisuusallianssin, jonka mukaan laadukas terveydenhuolto on ihmisoikeus. (Autti & Keistinen 2013, 141.)

Tiedonkulku on keskeinen tekijä laadukkaan ja turvallisen hoidon mahdollistamiseksi, koska kommunikaatioon liittyvät ongelmat ovat olleet mukana jopa 65 %:ssa haittatapahtumista (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 72). Epätarkka, puuttuva tai virheellinen tieto vaikeuttaa potilaan hoitoa ja vaarantaa potilasturvallisuuden (Alvarado, Lee, Christoffersen, Fram, Boblin, Poole, Lucas & Forsyth 2006, 75). Tiedonkulku tulee varmistaa organisaation sisällä, jokaisen yksikön henkilöstön jäsenten välillä moniammatillisia tiimejä unohtamatta (Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos 2011, 27).

Potilaanhoidossa tarvittavien tietojen selkeä dokumentointi muodostaa perustan tiedonkulun varmistamiselle. (Salo 2005, 125; Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 72.) Yllättävää onkin, että Variksen (2011, 34) tutkimuksen mukaa tietoa välitetään edelleen vain suullisesti dokumentoimatta niitä. Tällöin on uhkana, että osa kirjaamattomista tiedosta voi unohdukselta johtuen jäädä välittymättä. Toisaalta suullisen, kasvotusten tapahtuvan tietojenvaihdon mahdollisuuden on todettu lisäävän potilasturvallisuutta. (Alvarado ym. 2006, 78).

Terveidenhuollon nopea kehitys ja teknologia lisääntyminen aiheuttaa henkilöstölle haasteita. Muistinvarassa toimiminen on tullut hankalaksi, jopa mahdottomaksi. Potilasturvallisuuden parantamiseksi on otettu käyttöön

tarkastuslistoja, jotka voidaan liittää myös osaksi sähköistä potilastietojärjestelmää. (Blomgren & Pauniahon 2013, 274 – 292.) Myös Alvarado ym. (2006, 79) havaitsivat potilassiirtotilanteiden standardoidun toteuttamisen parantaneen potilasturvallisuutta.

Potilasturvallisuus ja hoidon jatkuvuuden edistäminen ovat sisällöltään vakioitujen sähköisten asiakirjojen etuja, koska puutteellinen informaatio voi aiheuttaa virhearviointeja ja saattaa potilaan vaaraan (Saranto & Ikonen 2007, 157). Kuitenkin hoitotyön sähköisen kirjaamisen tietojärjestelmätoteutukset poikkeavat vielä paljon toisistaan ja järjestelmissä on paljon käytettävyyso ongelmia, jotka tulisi pystyä ratkaisemaan. Ne tukevat huonosti lääkäreiden ja hoitajien perustyötä. Eri potilastietojärjestelmien hoitotyön kertomusten toteutus tulisi myös saada yhtenäisemmäksi. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010, 70; Kaipainen 2011, 5, 79.) Potilasturvallisuuden näkökulma tulisi huomioida myös teknologisten ongelmien yhteydessä, esimerkiksi sähköisten potilastietojärjestelmien kaatuessa. Organisaatiossa on oltava suunnitelma, kuinka kriittiset potilastiedot saadaan selville, eikä potilaiden hoidon turvallinen jatkuvuus vaarannu. (Helovuonon 2012, 73.)

## **5 Hoitotyön johtamisen ja kehittämisen näkökulma muutokseen**

Yhteiskunnan muutokset ovat aiheuttaneet työelämän muuttumisen nopeammaksi ja vaativammaksi. Työtä tehdään jatkuvasti muuttuvassa ympäristössä ja muutokset ovat usein ennustamattomia. Ympäristömuutokset edellyttävät johtajien ja johtamisen kehittymistä, mutta toisaalta kehittyvät johtajat muuttavat ympäristöään. (Åhman 2005, 24; Järvinen 2012, 10; Pirnes 2013, 11,13;.) Toisin sanoen johtamisen merkitys korostuu, koska organisaatiot elävät jatkuvassa muutoksessa. Myös työelämän kiihtyvä vauhti vaatii esimieheltä aktiivisempaa ja valppaampaa otetta toiminnan johtamisessa. (Järvinen 2012, 32; Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 80.) Laaksonen ym.

(2012, 80) näkevätkin muutoksen johtamisen yhtenä johtamisen keskeisimpänä haasteena.

Terveystenhoito on laeilla ja asetuksilla säädeltyä, pääosin kuntien ja valtion rahoittamaa toimintaa, joten yhteiskunnan muutokset heijastuvat sinne vahvasti. Terveystenhoitoon kohdistuvien muutospainoiden seurauksena on jatkuva tarve nykyisten käytäntöjen kehittämiseksi (Holopainen, Junntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 32). Hoitotyön esimiehet tarvitsevat yhä enemmän johtamisosaamista, jotta muutoksien läpivieminen työyhteisössä tai organisaatiossa onnistuu (Luukkainen & Uosukainen 2011, 110). Hoitotyön esimiesten tehtävänä olisi mahdollistaa hoitotyön toiminnan kehittäminen tutkittuun tietoon eli näyttöön perustuvaksi. Lisäksi heidän tulisi tunnistaa hyvät käytännöt ja huomioida ne toiminnan kehittämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 3, 58.) Toisaalta ongelmana on se, etteivät hyvät toimintamallit siirry yksiköstä toiseen, eikä valmiita ratkaisuja edes harkita käyttöönotettaviksi oman toiminnan kehittämisessä, vaan samoja haasteita ratkaistaan yhä uudestaan jopa samassa organisaatiossa (Rissanen & Lammintakanen 2015, 34).

Hoitotyössä muutosprosessin tarkoituksena on toiminnan ja hoidon laadun parantaminen sekä työntekijöiden toimintatapojen vahvistaminen tavoitteiden suuntaisiksi potilaan paras huomioiden (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 100, 111; Laaksonen ym. 2012, 80). Esimiehen tehtävänä muutostilanteessa on viestiä henkilöstölle muutoksen tarpeesta, esitellä uusi toimintatapa ja varmistaa työntekijöiden sitoutuminen uusiin arvoihin ja strategiaan (Peltonen 2007, 132). Muutosprosessin toteuttaminen käytännön hoitotyössä on haasteellinen ja aikaa vievä prosessi, koska jokaisesta työyhteisöstä löytyy ennakkosenteita ja muutosvastarintaa (Sarajärvi ym. 2011, 106; Rissanen & Lammintakanen 2015, 34). Muutosta johtaessaan esimiesten tulisi tunnistaa ne tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset esteet, joihin voidaan vaikuttaa ohjauksella ja koulutuksella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 55).

Ruotsalaisen (2011, 48) tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijät ovat kiinnostuneita kehittämään työtään tutkitun tiedon avulla. Heillä ei ole kuitenkaan työssään riittävästi mahdollisuuksia kehitystyöhön. Tästä johtuen

esimiehen rooli muutoksen mahdollistajana ja johtajana on keskeinen. On havaittu, että hoitotyön esimiehen asenne toiminnan kehittämistä kohtaan vaikuttaa myös hoitotyöntekijöiden suhtautumiseen siihen (Lahti 2008, 94; Sarajärvi ym. 2011, 107 – 10). Myös Leino-Kilpi (2001,18) ja Ruotsalainen (2011, 48) toteavat, että organisaation ja lähijohtajan tuki ja arvostus ovat merkityksellisiä tekijöitä kehitettäessä hoitotyötä.

Hoitotyön esimiehillä on vastuu myös hoitotyön tuloksellisuudesta ja vaikuttavuudesta. (Perälä 1997, 50 – 52.) Siksi muutoshankkeiden tavoitteena on usein lisätä voimavaroja ja parantaa toiminnan laatua (Lahti 2008, 94). Johtamisen näkökulmasta myös hoitotyön vuoronvaihto raportoinnin tulisi olla laadukasta, vaikuttavaa ja kustannustehokasta toimintaa. Viime aikoina raportointikäytäntöjä onkin ryhdytty tarkastelemaan kriittisesti erityisesti niiden aikavievyyden vuoksi (Puumalainen ym. 2003, 4).

## **6 Opinnäytetyön tavoite, tutkimuskysymykset ja kehittämistehtävä**

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on edistää hiljaisen raportoinnin käyttöä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää hiljaisen raportoinnin käytön systemaattisuutta hoitotyön vuoronvaihtoraportoinnissa. Lisäksi kartoitettiin hiljaisen raportoinnin etuja ja käyttöönottoon liittyviä haasteita. Tavoitteena oli kehittää yhdessä asiantuntijaryhmän kanssa toimintamalli siitä, kuinka hoitotyön kehittämisen ja johtamisen keinoilla edistetään hiljaisen raportoinnin käyttöönottoa organisaatiossa.

Opinnäytetyön alkukyselyn tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

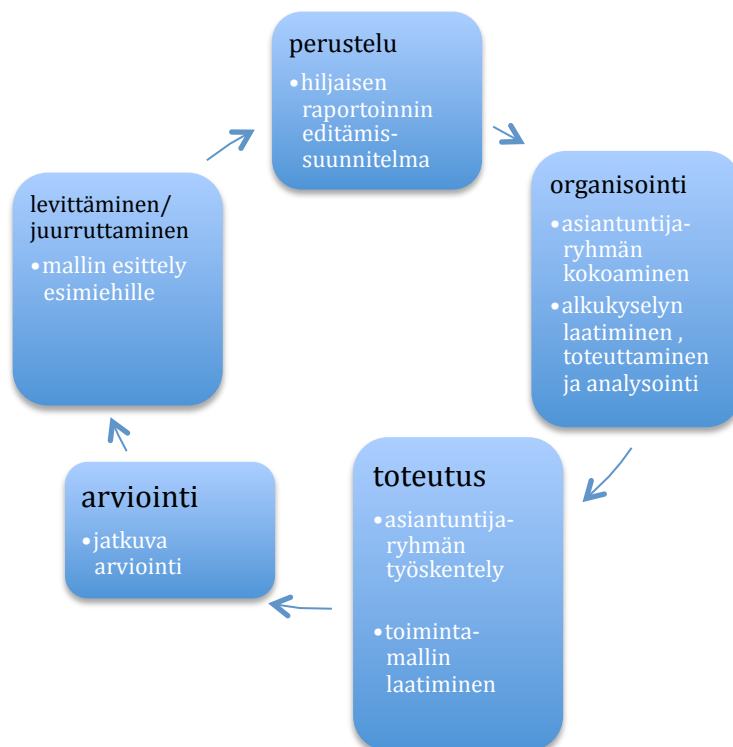
- Miten systemaattista hiljaisen raportoinnin toteuttaminen on PKSSK:ssä?
- Mitä etuja hiljaisen raportoinnin käyttöön liittyy?
- Mitä ongelmia hiljaisen raportoinnin käyttöön liittyy?
- Miten hiljaisen raportoinnin käyttöönottoa voi edistää?

Opinnäytetyön kehittämistehtävä oli:

- Luoda toimintamalli, kuinka hiljaista raportointia edistetään hoitotyön kehittämisen ja johtamisen keinoilla organisaatiossa

## 7 Opinnäytetyön toteuttaminen

Tämä opinnäytetyö oli tutkimuksellinen kehittämistehtävä, joka eteni kehittämisprosessia mukailen. Kehittämisprosessi jaetaan viiteen eri tehtäväkokonaisuuteen (kuvio 4). Nämä kehittämistoiminnan tehtävät ovat perustelu, toiminnan organisointi, toteutus, arviointi ja uuden toimintatavan levittäminen. (Toikko & Rantanen 2009, 56 – 57.) Tämän opinnäytetyön kehittämisprosessi on kuvattu kuviossa 4.



Kuvio 4. Kehittämisprosessin vaiheet. (Mukailen Toikko & Rantanen 2009, 60).

Organisaatioissa tapahtuu koko ajan toiminnan kehittämistä ja parantamista, jota kutsutaan kehittämistyöksi (Kananen 2012, 19). Toikko ja Rantanen (2009, 14) näkevät kehittämisen toimintana, jolla pyritään selkeästi määritellyn tavoitteen saavuttamiseen. Kehittäminen voi olla joko toimintatavan tai toimintarakenteen kehittämistä. Usein uudistukset kohdistuvat yhteen paikalliseen organisaation.

Suurin osa kehittämisestä on toimintaa, jossa tavoitteet on määritelty ylhäältä tai ulkoapäin. Silloin organisaation kehittämissuunnan määrittelee johto strategisten tavoitteiden avulla. Kehittämistoimintaa voidaan toteuttaa myös toimijälhtöisesti, jolloin he määrittelevät kehittämisprosessin kulun. (Toikko & Rantanen 2009, 15.) Yhteistoiminnallisella ja tutkivalla otteella toteutetussa kehittämisprojektissa oppivat kaikki jotain uutta (Viitala 2013, 201).

Kehittäminen tähtää aina muutokseen, jolla pyritään johonkin parempaan tai tehokkaampaan kuin aikaisemmin käytössä olleet toimintatavat tai -rakenteet. Kestävän muutoksen kivijalkana voidaan pitää tietoista kehittämistä ja siksi tavoitteellisuus on keskeinen osa kehittämistyötä. Kehittämistoiminnan lähtökohdiana voivat olla nykyisen tilanteen ongelmat tai visio jostakin uudesta. Esimerkiksi hoitotyön muutostarpeet tunnistetaan perusteellisesti ja muutosprosessi suunnitellaan huolellisesti. (Toikko & Rantanen 2009,16; Sarajärvi ym. 2011, 100.)

## **7.1 Toimintatutkimus kehittämistyössä**

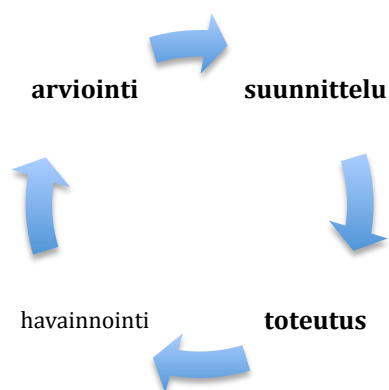
Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin soveltavin osin toimintatutkimuksellista tutkimusotetta. Toimintatutkimus on lähestymistapa, jossa teorian tietoa ja käytännön kokemuksellista tietoa yhdistämällä pyritään ratkaisemaan yhteisössä havaittuja ongelmia ja saamaan aikaan muutos (Lauri 1997, 114 – 115; Kuusela 2005, 10). Toimintatutkimuksessa on tavoitteena saada täsmällistä tietoa määrättyä tilannetta ja tarkoitusta varten (Anttila 2006, 439, Meyer 2006, 274), ei yleisiin tai yleistettäviin teorioihin (Aaltola & Syrjälä 1999, 19).



Toimintatutkimuksessa voidaan sekä tutkia vallitsevia käytäntöjä että pyrkiä muuttamaan niitä paremmiksi (Aaltola & Syrjälä 1999, 18; Kananen 2012, 37; Kuula 1999, 10). Toisaalta voidaan myös etsiä uutta lähestymistapaa johonkin asiaan tai ratkaista käytännölliseen toimintaan liittyviä ongelmia. Toimintatutkimuksessa on tarkoituksena, että toiminta ja tutkimus toteutuvat samanaikaisesti. Se soveltuu hyvin tilanteisiin, joissa toiminnan avulla on tavoitteena muuttaa jotain ja samanaikaisesti lisätä ymmärrystä ja tietoa muutosta kohtaan. (Anttila 2006, 440, Meyer 2006, 274 – 275.)

Toimintatutkimus voi perustua kehittämistarpeeseen, joka on havaittu kohdeorganisaatiossa. Silloin tutkimuksen tekijän roolina on tutkimuksen teon lisäksi löytää keinoja ja tukea työyhteisöä kehittämistavoitteen saavuttamisessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 59). Toimintatutkimuksen tavoitteena on siis selvittää organisaatiossa käytössä olevat toimintateoriat ja niiden pohjalta etsiä keinot niiden ja toimintatapojen muutokseen (Mäkisalo 1999, 79; Kananen 2012, 38;).

Toimintatutkimukseen kuuluu arvaamattomuus, eikä siihen perustuvaa tutkimusprosessia voi määrittellä ennalta tarkasti, vaan kehittämistyön havainnot ohjaavat tutkimusprosessia (Huovinen & Rovio 2007, 96 – 97). Lisäksi toimintatutkimukselle on tyypillistä syklinen, spiraalimainen eteneminen (Anttila 2006, 440), jossa tutkimusprosessin suunnittelu, toiminta ja toiminnan arviointi vuorottelevat (Anttila 2007, 136; Aaltola & Syrjälä 1999, 18). (kuvio 5.)



Kuvio 5. Toimintatutkimuksen syklinen eteneminen tässä opinnäytetyössä (Mukaillen Heikkinen 2010, 35.)

Kehittämistoiminnan ja tutkimuksen suhdetta voidaan määrittää siten, että kehittämisessä sovelletaan tutkimuksen tietoa (Toikko & Rantanen 2009, 19). Terveystieteiden kehittämissuunnitelman käynnistämisen lähtökohdaksi on usein jonkin asian kehittäminen, uusien asioiden esille tuominen tai uusien ratkaisujen luominen olemassa oleviin ongelmiin. Kehittämissuunnitelmat tähtäävät jonkun käytännön ongelman ratkaisemiseen sekä uusien ja edistyneempien työkäytäntöjen löytämiseen. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 60.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää käytännön toimintaa paremmaksi. Opinnäytetyön alkukyselyllä selvitettiin hoitotyön raportoinnin vallitsevia käytäntöjä organisaatiossa. Vastausten perusteella mietittiin keinoja toiminnan kehittämiseen ja vahvistamiseen niin, että hiljaisen raportoinnin käyttöä hoitotyön raportoinnissa edistettäisiin. Opinnäytetyö eteni syklimäisesti, jossa lähinnä suunnittelu, toteutus ja arviointi seurasivat toisiaan jatkumona.

## **7.2 Kehittämistoiminnan perustelu**

Kehittäminen edellyttää aina perusteluja, joiden avulla määritellään mitä ja miksi kehitetään. Kehittämistoiminnan lähtökohdat on määriteltävä, jotta sen organisointi, toteutus ja arviointi mahdollistuvat. Mahdollisimman konkreettisesti perusteltu tavoite on eduksi kehittämistoiminnan toteutukselle. Kehittämistoiminnan perusteluissa pyritään kuvaamaan, miksi kehittämistoiminnan kohde on valittu. Lisäksi voi ottaa kantaa myös kehittämistoiminnan yleiseen merkittävyyteen. (Toikko & Rantanen 2009, 56 – 57.)

Hoitotyön raportointikäytäntöjä on alettu tarkastella kriittisesti, koska niihin kuluu paljon työaika. (muun muassa Kennedy 1999, 391; Lamond 2000, 798; Partanen 2002, 173; Kaustinen 2011) ja vuorovaihtoraportointiin liittyviä kehittämishankkeita on tehty lähes kaikissa Suomen sairaanhoitopiireissä. Partanen (2002, 109, 173) havaitsi jo yli kymmenen vuotta sitten, että välillisestä hoitotyöstä kuuluu reilusti aikaa potilaan hoidon kirjaamiseen ja suulliseen raportointiin ja ehdotti raportoinnin kehittämistä, jotta voitaisiin

vähentää siihen kuluvaan aikaan ja kohdistaa hoitotyöntekijöiden asiantuntemus välittömään potilashoittoon. Kuitenkin kehitys on ollut hidasta. Osassa organisaatioista on edelleen käytössä työvuoron vaihtuessa pääosin suullinen raportointi (Hoffrén ym. 2011, 24; Kuutsa 2010.), osassa on jo siirrytty suurelta osin hiljaiseen raportointiin (Laukkanen ym. 2012).

Vuonna 2010 Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä (PKSSK) asetettiin hoitotyön toimintasuunnitelmaan tavoite standardoitujen kirjaamis- ja raportointikäytäntöjen luomisesta. Hiljaisen eli kirjallisen raportoinnin käyttöä työvuorojen välisessä raportoinnissa haluttiin edistää. Sinkkonen (2011) toteutti työvuorojen välisen hoitotyön raportoinnin kehittämishankkeen pilottiosastoilla. Hän selvitti käytössä olevia raportointikäytäntöjä, ja tuolloin käytetyin menetelmä oli suullisen ja kirjallisen raportoinnin yhdistelmä. Sinkkosen (2011) opinnäytetyön tuloksena syntyi neurologian osastoille hiljaisen raportoinnin malli, joka vaiheittaisen siirtymisen jälkeen otettiin käyttöön. (Sinkkonen 2011; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2010.)

Hiljaiseen raportointimalliin siirtyminen on ollut tähän saakka PKSSK:ssä vapaaehtoista. Yksiköt ovat saaneet kehittää itselleen sopivan raportointimallin hiljaiseen raportointiin, mutta myös koulutusta ja asiantuntijatukea on ollut tarjolla. Uudessa, vuonna 2014 voimaan tullessa strategiassa ja siihen kiinteästi liittyvässä tuottavuusohjelmassa on määritelty yhdeksi avaintavoitteeksi vuodeosastohoidon kehittäminen, jonka yhtenä osa-alueena on hiljaisen raportoinnin edistämissuunnitelman laatiminen (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2014.) Kailan (2009, 2011) selvitysten mukaan hoitotyön raportointiin kuluva aika on pääsääntöisesti vähentynyt. Kuitenkin muutamissa yksiköissä raportointiin käytettiin vuonna 2011 enemmän aikaa kuin muutama vuosi aiemmin. Lisäksi raportointikäytännöt vaihtelevat yksiköiden välillä.

Tämä opinnäytetyö liittyi PKSSK:ssa käynnissä olevaan kehittämistoimintaan, jonka tavoitteena oli hoitotyön raportointikäytänteiden yhtenäistäminen ottamalla hiljainen raportointi käyttöön vuoden 2015 aikana koko

organisaatiossa. Tämä opinnäytetyö on myös osittain jatkoa Sinkkosen (2011) opinnäytetyölle, jonka jatkotutkimusaiheina olivat muun muassa seurantatutkimus hiljaisen raportointikäytännön pysyvyydestä ja hiljaisen raportoinnin jalkauttamissuunnitelman laatiminen. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää hiljaisen raportoinnin systemaattisuus PKSSK:ssä. Lisäksi selvitettiin hiljaisen raportoinnin etuja ja käyttöönottoon liittyviä haasteita. Kehitystoiminnan tavoitteena oli laatia alkukyselyyn ja asiantuntijaryhmätyöskentelyyn pohjautuva ehdotus toimintamallista, kuinka hiljaisen raportoinnin käyttöönottoa voidaan edistää hoitotyön johtamisen ja kehittämisen keinoin. Opinnäytetyön aihe saatiin toimeksiantona PKSSK:n hallintoylihoitajalta ja tutkimusluvan opinnäytetyöhön varten myönsi PKSSK:n kehittämissylihoitaja syyskuussa 2014.

### **7.3 Kehittämistoiminnan organisointi**

Kehittämistoiminnan organisointi muodostuu käytännön toteutuksen suunnittelusta ja valmistelusta. Kehittämistoiminnan tavoite toimii lähtökohtana. Lisäksi määritellään käytössä olevat resurssit, joilla tavoitteeseen pyritään. Kehittämistoiminnan organisointiin kuuluu myös toimijoiden määrittely. Lähtökohtana Toikon ja Rantasen (2009, 59) mukaan voidaan pitää sitä, että toimintaan osallistuvat kaikki, joita kehittäminen koskettaa. Työryhmä voidaan muodostaa keskeisistä toimijoista, jotka vastaavat käytännön kehittämistoimista.

Tämän opinnäytetyön kehittämistoiminnan organisointivaiheeseen sisällytettiin asiantuntijaryhmän kokoaminen ja alkukyselyn laatiminen, toteuttaminen ja analysointi. PKSSK:ssa on määritelty useita vuodeosastohoidon kehittämisen painopistealueita, joista yksi koskee hiljaisen raportoinnin käyttöönottoa koko organisaatiossa (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2014). Ylihoitaja, jonka vastuualueeseen hiljaisen raportoinnin edistäminen kuuluu, oli kutsunut nelihenkinen työryhmän valmistelemaan hiljaisen raportoinnin edistämissuunnitelmaa. Ryhmään oli valittu asiantuntijoita

hiljaisen raportoinnin alueelta. Minut kutsuttiin tämän työryhmän jäseneksi, koska opinnäytetyöni aihe limittyi kiinteästi työryhmän tavoitteisiin.

Hiljaisen raportoinnin edistämisen työryhmä kokoontui ensimmäisen kerran tammikuussa 2014, jolloin esittelin heille opinnäytetyöni aiheen. Työryhmä lupautui toimimaan opinnäytetyöni kehittämistoiminnan asiantuntijaryhmänä ja tästä eteenpäin heistä käytetään tässä opinnäytetyössä nimeä asiantuntijaryhmä. Ensimmäisellä tapaamisella keskusteltiin yleisesti hiljaisesta raportoinnista ja mietittiin tavoitteita asiantuntijaryhmän toiminnalle. Päätettiin, että opinnäytetyöntekijä laatii alustavan kyselylomakkeen, jota käsitellään seuraavassa asiantuntijaryhmän tapaamisessa. Tavoitteena oli laatia kysymykset siten, että kyselyn tuoma aineisto toisi esiin sekä PKSSK:n nykytilanteen hiljaisen raportoinnin suhteen että siihen liittyvät haasteet ja kehittämistarpeet. Tavoitteena oli, että alkukyselyn tuoma aineisto tulisi antamaan suunnan kehittämistoiminnan toteuttamiselle.

### **7.3.1 Alkukyselyn mittarin laadinta**

Mittarin laatiminen on tärkeä osa tutkimusta, sillä sen tulee mitata tutkimusilmiötä mahdollisimman kattavasti ja täsmällisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87; Metsämuuronen 2009, 67.) Mittarin kysymysten tulee olla selkeitä ja yksiselitteisiä, siihen vastaaminen helppoa ja vastauksista saatu tulos luotettava (Metsämuuronen 2002, 12, 32). Kyselylomakkeen tulee olla selkeä, loogisesti etenevä ja ulkoasultaan helppolukuinen (Kananen 2012, 136).

Tässä työssä opinnäytetyön tekijä laati alustavan kyselylomakkeen. Kysymysten laadinnassa hyödynnettiin aiempien tutkimusten tuomaa tietoa aiheesta (mm. Puumalainen ym. 2003; Sexton ym. 2004; Meißner ym. 2007; Hoffrén ym. 2011; Sinkkonen 2011). Kysymysten tarkoituksena oli selvittää hiljaisen raportoinnin systemaattisuus, muut käytössä olevat hoitotyön raportoinnin menetelmät ja saada kuva eduista ja ongelmista, joita hiljaiseen raportointiin ja sen käyttöönottoon liittyy. Opinnäytetyöntekijä esitteli

kyselylomakkeen asiantuntijaryhmän kokouksessa helmikuussa 2014. Asiantuntijaryhmä perehtyi alustaviin kysymyksiin huolellisesti. Asiantuntijaryhmässä tultiin siihen tulokseen, että kyselylomakkeeseen tuli lisätä kysymys, jolla selvitetään, ovatko hiljaista raportointia käyttävät yksiköt tyytyväisiä hiljaiseen raportointiin. Lisäksi kyselylomakkeessa havaittiin epäloogisuutta ja vaikeaselkoisuutta. Asiantuntijaryhmän keskustelujen jälkeen kysymysten ymmärrettävyyttä parannettiin ja niiden sanamuotoa hiottiin. Kirjoitusvirheet korjattiin. Kyselylomakkeeseen lisättiin tyytyväisyyttä hiljaiseen raportointiin selvittävä kysymys. Lisäksi kyselylomakkeen ulkoasua selkeytettiin, jotta siihen vastaaminen olisi mielekkäämpää.

Vaikka mittari tehtäisiin huolellisesti, se tulee testata kohdejoukkoa vastaavalla edustajalla, joka pyrkii havaitsemaan kysymysten selkeyden ja ohjeiden yksiselitteisyyden (Heikkilä 2008, 61). Muutosten jälkeen kyselylomake esiteltiin varsinaista tutkimusjoukkoa vastaavalla vastaajalla. Esitestauksessa havaittiin, että kysymykset 6 ja 7 olivat edelleen vaikeaselkoisia ja vastaaja saattoi ymmärtää kysymykset väärin. Tämän jälkeen näiden kahden kysymyksen sanamuotoa ja ulkoasua selkeytettiin vielä uudelleen. Lisäksi kysymyksiin liitettiin vastaajille kohdennettu ohje.

Korjauskertojen jälkeen kyselylomake esiteltiin opinnäytetyön työelämäohjaajalle, ja hän teki vielä korjausehdotuksia kysymykseen numero kuusi sekä yleisesti pientä tarkennusta A-osan kysymysten muotoiluun. Tämän palautteen perusteella kysymys kuusi muutettiin avoimesta kysymyksestä strukturoiduksi kysymykseksi. Lisäksi kieliasua tarkennettiin ja selkeytettiin vielä kertaalleen.

Kyselylomake koostui kahdestatoista kysymyksestä. Kysymykset olivat strukturoituja, puolistrukturoituja ja avoimia. Kyselylomakkeen A-osassa oli yksi taustatietokysymys ja viisi kysymystä hiljaisen raportoinnin käytöstä. Toiseksi kysymykseksi lainattiin Sinkkosen (2011) kyselylomakkeen kysymys numero kolme. Mittarin B-osassa selvitettiin avoimilla kysymyksillä vastaajien mielipiteitä ja näkemyksiä hiljaisesta raportoinnista.

Alkukysely toteutettiin sähköisesti, joten alkuperäinen manuaalinen kyselylomake muutettiin sähköiseen muotoon. Kyselyn sähköiseen laadintaan käytettiin Webropol® -kyselylomakesovellusta. Jotta mittarin muuttaminen sähköiseksi onnistui, jouduttiin kysymysten numerointiin tekemään vielä muutoksia. Kysymys numero 3 muutettiin kysymykseksi numero 2B, jonka jälkeen kaikkien seuraavien kysymysten numerot muuttuivat yhtä numeroa pienemmiksi. Muutoksen jälkeen sähköinen kyselylomake ohjasi vastaajaa siirtymään vastaamaan oikeaan kysymykseen. Esimerkiksi vastaajan vastatessa ettei hänen yksikössään käytetä hiljaista raportointia (kysymys 2) ja perustellessa miksi ei (kysymys 2b), hän siirtyi seuraavaksi automaattisesti vastaamaan kysymykseen seitsemän, jossa kysyttiin mielipiteitä hiljaisesta raportoinnista. Lopullisessa sähköisessä kyselylomakkeessa A-osan sijoittuivat kysymykset 1-6 ja B-osaan kysymykset 7-11.

Tiedonantajiksi kyselyihin tulisi valita henkilöitä, jotka tietävät asiasta paljon tai omaavat siitä paljon kokemusta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 112). Tämä kysely kohdistettiin vuodeosastojen esimiehille, koska voitiin olettaa, että he tietävät yksikkönsä hoitotyön raportoinnin käytännöt hyvin. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä on yhteensä 14 somaattista, 8 psykiatrista ja 5 sosiaalipalvelujen yksikköä, jotka tarjoavat vuodeosastohoitoa. Somaattisten ja psykiatristen yksiköiden lähiesimiehinä toimii osastonhoitaja ja/tai apulaisosastonhoitaja. Sosiaalipalvelujen lähiesimiehinä toimivat osastonhoitajat tai vastaavat ohjaajat. Alkukysely toteutettiin kaikilla organisaation vuodeosastoilla (n=27). Kyselyn kohdejoukko oli varsin pieni, mutta se katsottiin riittäväksi, koska kyselyn oli tarkoitus tuoda tietoa varsinaiselle kehittämistoiminnalle.

#### **7.4.2 Alkukyselyn toteuttaminen ja analysointi**

Sähköinen kyselylomake (liite 1) oli valmis helmikuussa 2015. Liitteeksi kyselyyn laadittiin saatekirje (liite 2). Saatekirjeen tavoitteena oli selvittää tutkimuksen tarkoitus ja osallistumisen vapaa-ehtoisuus ja motivoida vastaajaa vastaamaan kyselyyn (mm. Heikkilä 2008, 61). Linkki sähköiseen kyselyyn

saatekirjeineen lähetettiin 12.2.2015 sähköpostilla klinikkaryhmien ylihoitajille, jotka välittivät sen eteenpäin oman alueensa vuodeosastojen lähiesimiehille. Osa ylihoitajista oli myös omatoimisesti kannustanut osastonhoitajia vastaamaan kyselyyn. Vastausaikaa kyselyyn oli 20.2.2015 saakka.

Vastausajan päätyttyä Wepropol® -ohjelmasta tuotettiin raportti kyselyyn tulleiden vastausten määrästä. Raportti sisälsi myös tiedot siitä, mistä yksiköistä vastaukset olivat tulleet. Vastauksia oli yhteensä 13. Koska vastausten määrä oli näin vähäinen, opinnäytetyöntekijä päätti jatkaa kyselyyn vastaamisaikaa vielä viikon ajan, jolloin viimeiseksi kyselyyn vastaamispäiväksi tuli 27.2.2015. Lisäksi kaikkien niiden yksiköiden esimiehille, jotka eivät olleet vastanneet kyselyyn, lähetettiin muistutukseksi sähköpostiviesti. Sähköpostiviestissä kerrottiin, että kyselyyn vastaaminen olisi mahdollista vielä viikon ajan ja korostettiin, että kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Lopulliseen määräaikaan mennessä saatiin 17 vastausta, joka oli tyydyttävä määrä. Vastausprosentiksi muodostui 63 %.

Koska tämä kysely toteutettiin sähköisesti, vastaukset tallentuivat valmiiksi tietokantaan. Strukturoitujen kysymysten vastaukset esitettiin suorina jakaumina, joiden kuvaamiseen käytettiin pylväskuvioita. Avointen kysymysten vastaukset olivat pääosin lyhyitä, muutaman lauseen pituisia, mutta joukossa oli myös muutamia pidempiä vastauksia. Aineisto analysoitiin käyttämällä apuna aineistolähtöistä teemoittelua. Teemoittelussa on kyse saadun aineiston pilkkomisesta niin, että eri aihepiirien olennaiset asiat saadaan esiin. Teemoittelu sopii hyvin sellaisen aineiston analysointiin, jonka tarkoituksena on auttaa käytännön ongelman ratkaisemisessa. (Eskola & Suoranta 1999, 176, 179.)

Avointen kysymysten vastaukset luettiin kysymys kerrallaan useaan kertaan läpi. Tämän jälkeen aineisto pilkottiin ja järjesteltiin aihepiirien mukaisesti. Jokaisen kysymyksen tuoma aineisto teemoiteltiin erikseen. Teemoiteltu aineistoa ryhmiteltiin ja ryhmälle annettiin sitä kuvaava nimi. Lopuksi aineisto kvantifioitiin, jotta ryhmien välisiä eroja pystyttiin esittelemään. (Liite 3.) Koska vastausten määrä oli pieni (n=17), ei vastauksista ollut tavoitteena tehdä

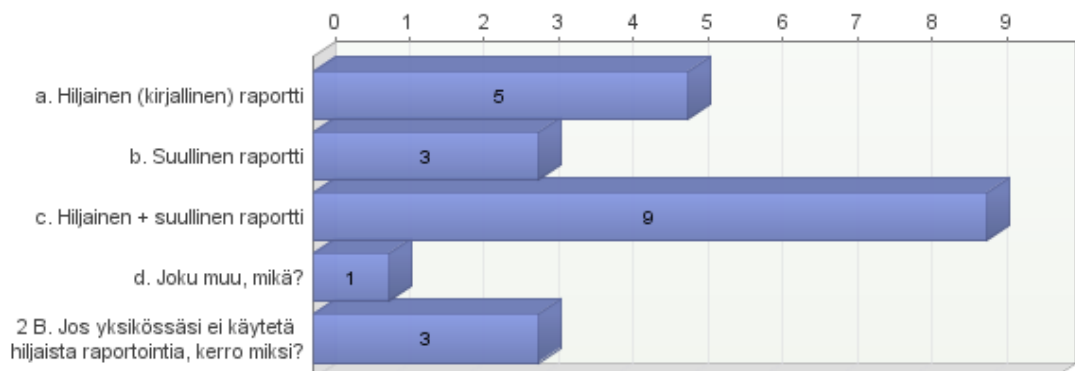


yleispäteviä tulkintoja vaan tuloksien analyysissä keskityttiin hiljaisen raportointiin liittyvien ilmiöiden ja mielipiteiden kuvaamiseen. Alkukyselyn tulokset eivät ole yleistettävissä kohdeorganisaation ulkopuolelle.

### 7.4.3 Alkukyselyn tulokset

Ensimmäinen kysymys oli taustatietokysymys, jolla selvittiin vastaajan työyksikkö PKSSK:ssa. Vastaukset jakautuivat hyvin epätasaisesti eri klinikkaryhmien kesken. Tuloksia ei tässä opinnäytetyössä esitellä klinikkaryhmittäin, koska se olisi voinut aiheuttaa vastaajien tunnistamisen

Toisella kysymyksellä selvitettiin, mitä raportointimuotoja hoitotyön työvuorojen välisessä tiedonvälityksessä käytetään. Lähes 1/3 vastaajista (n=5) kertoi, että hiljaista raportointia käytettiin heidän yksiköistä pääasiallisena tapana tiedottaa potilaan voinnista työvuoron vaihtuessa. Hiljaista ja suullista raporttia yhdessä käytettiin yli puolessa kyselyyn vastanneiden yksiköistä. Pelkkä suullinen raportointi oli käytössä vain kolmessa yksiköistä. (kuvio 6.)



Kuvio 6. Käytössä olevat hoitotyön raportointimuodot

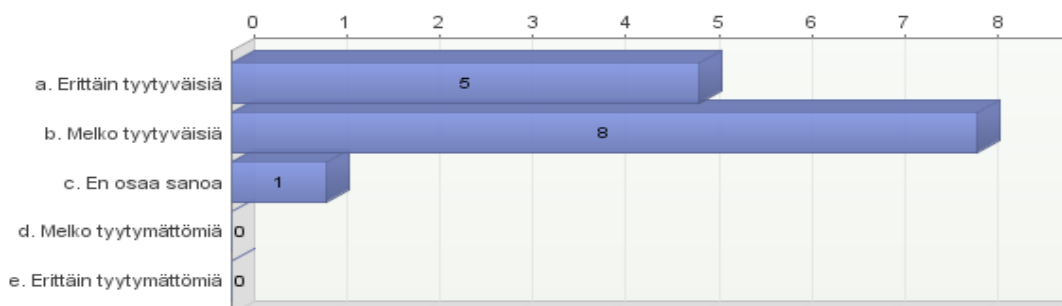
Tämän kysymyksen B-osassa kysyttiin lisäksi niiltä, jotka eivät käyttäneet hiljaista raportointia, syitä tähän. Syiksi siihen, ettei hiljaista raportointia käytetty,

ilmoitettiin henkilökunnan muutosvastarinta ja se, että hiljaisen raportoinnin käyttöä oltiin juuri vasta aloittelemassa.

Yksi vastaaja kuvasi syytä, miksi hiljainen raportointi ei ollut heillä käytössä seuraavasti:

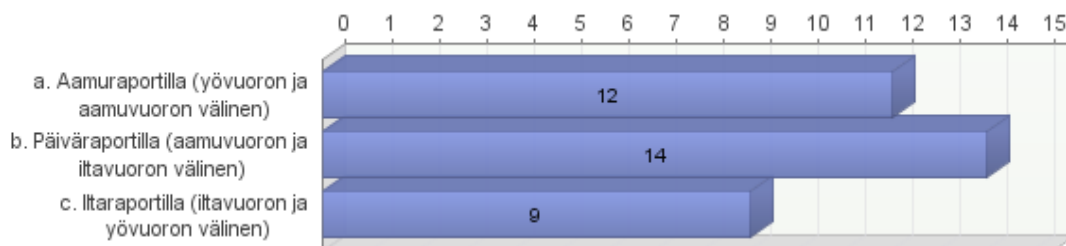
*“Vastustus on kova, on yritetty viritellä, mutta jos et ole seuraamassa, niin ei tapahdu mitään” (Vastaaja 9)*

Kysymyksessä kolme hiljaista raportointia käyttävien yksiköiden esimiehet arvioivat, kuinka tyytyväisiä hiljaiseen raportointiin hoitotyön vuoronvaihtoraportoinnissa oltiin. Lähes kaikki vastaajat (n=13) olivat vähintään melko tyytyväisiä hiljaiseen raportointiin. Hieman yli 1/3 vastanneista koki, että heidän yksiköissään oltiin erittäin tyytyväisiä hiljaiseen raportointiin. (kuvio 7.)



Kuvio 7. Tyytyväisyys hiljaiseen raportointiin sitä käyttävissä yksiköissä

Neljännessä kysymyksessä selvitettiin, missä hoitotyön raporteissa hiljainen raportointi on käytössä. Hiljainen raportointi oli käytössä päiväraportilla kaikissa sitä käyttävissä yksiköissä. (n=14). Kahdessatoista näistä yksiköistä käytettiin sitä myös aamuraportilla ja yhdeksässä yksikössä iltaraportilla. (kuvio 8.)



Kuvio 8. Hiljaisen raportoinnin käyttö työvuorokohtaisesti

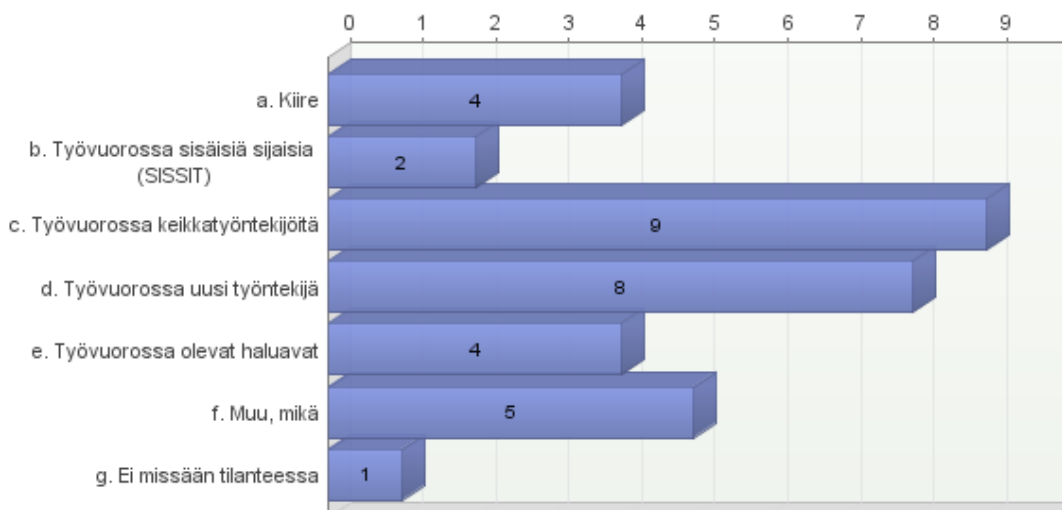
Kysymyksellä viisi selvitettiin missä tilanteissa hiljaista raportointia käyttävät yksiköt siirtyivät käyttämään jotain muuta raportointimenetelmää. (kuvio 9.) Vastaajista yhdeksän arvioi, että hiljaisesta raportoinnista luovuttiin, jos työvuorossa oli keikkatyöntekijä. Uusi työntekijä aiheutti raportointitavan muutoksen kahdeksan vastaajan mielestä. Toisaalta talon sisäisten sijaisten läsnäolo ei muuttanut merkittävästi osaston raportointitapaa.

Vastaajista neljä toi esille, että muuhun raportointimenetelmään siirryttiin edelleen myös sen vuoksi, etteivät työntekijät halunneet käyttää hiljaista raportointia. Yhtä usea mainitsi kiireen syyksi hoitotyön raportointitavan muutokseen.

Muiksi syiksi hiljaisesta raportoinnista luopumiseen mainittiin suuri potilasmäärä, tietoverkko-ongelmat, potilassiirrot, työntekijän paluu töihin pitkän poissaolon jälkeen ja moniammatillisen työryhmän osallistuminen raportointitilanteeseen.

Vastaajat toivat itse esille seuraavia tilanteita, jolloin hiljaisen raportoinnin käytöstä luovuttiin:

*“Mediatri käyttökatkos, tai tilanne, jota vaikea kuvata kirjallisesti.”(Vastaaja 14)*  
*“Potilaan hoitovastuun siirtäminen kesken vuoron ja kiiretilanteessa toiselle hoitajalle.” (Vastaaja 12)*



Kuvio 9. Tilanteet, joissa hiljaista raportointia käyttävät yksiköt siirtyivät muuhun raportointimenetelmään.

Lisäksi kysymyksen B-osassa kysyttiin, mitä raportointimenetelmää siirryttiin tällöin käyttämään. Vastanneista seitsemän kertoi, että tilanteissa, joissa hiljaisesta raportoinnista luovuttiin, käytettiin pääasiallisesti suullista ja hiljaista raportointia yhdessä. Suullista raporttia siirryttiin käyttämään viiden vastaajan työyksikössä. Lisäksi vastaajista kaksi mainitsi, että edellä mainittujen ohella joskus siirryttiin hiljaisesta raportoinnista luovuttaessa käyttämään vuoteenvierusraportointia.

Vastaajat kertoivat hiljaisen raportoinnin sijaan käytössä olevista raportointimenetelmistä seuraavasti:

*“Hiljainen raportti + suullinen täydentämään toisiaan.” (Vastaaja 4)*

*“koneelta yhdessä + kerrotaan mitä vuoron aikana kuuluu tehdä” (Vastaaja 15)*

Kuudennessa kysymyksessä kartoitettiin, oliko yksiköissä tehty erityisjärjestelyjä hiljaisen raportoinnin mahdollistamiseksi ja mitä nämä järjestelyt olivat. Hiljaisen raportoinnin mahdollistamiseksi oli yksiköissä tehty monia erilaisia ratkaisuja. (kuvio 10.) Lähes jokaiseen hiljaista raportointia käyttävään yksikköön oli hankittu lisää tietokonepäätteitä ja järjestelty tiloja raportin lukua mahdollistaviksi.

Vastaajat toivat esille, että olosuhteita oli muutettu hiljaista raportointia mahdollistaviksi:

*“Työasemia on sijoitettu ”kaikkiin mahdollisiin” paikkoihin” (Vastaaja 15)*

*“Päätteiden lukumäärää tarkastettiin, kun hiljainen raportointikäytäntö otettiin toimintatavaksi.” (Vastaaja 6)*

Työvuorojen alkamisajankohtiin oli tehty pientä hienosäätöä. Kolme vastaajaa toi esiin, että aamuvuorojen ja yövuorojen alkamisaikaa oli työntekijän toiveesta mahdollista aikaistaa 15 minuuttia. Lisäksi oli huolehdittu riittävästä päällekkäisestä työajasta.

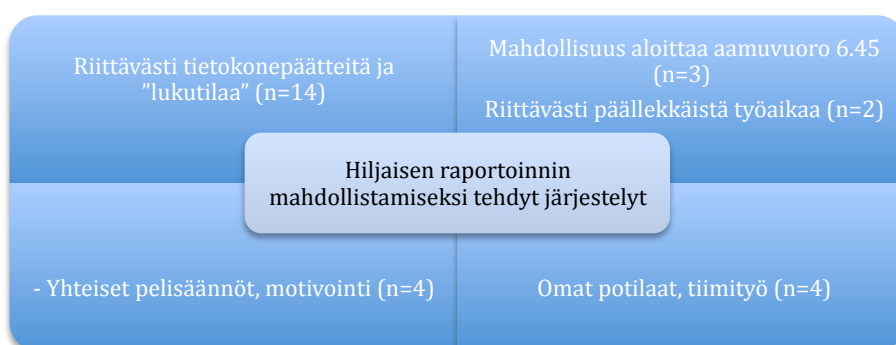
Yksiköissä oli myös pyritty luomaan yhteisiä käytäntöjä ja suunnitelmia hiljaisen raportoinnin mahdollistamiseksi. Osastokokoukset ovat toimineet foorumina yhteiseen keskusteluun.

Yksi vastaajista korosti yhteisten sääntöjen tärkeyttä:

*“Pelisäännöt on luotu, että raportin lukeminen mahdollistetaan” (Vastaaja 10)*

Hiljaista raportointia mahdollistettiin myös tiimityöllä, omahoitajuudella tai ”jakamalla” potilaat hoitajien kesken työvuorokohtaisesti. Tällöin hoitajat eivät joutuneet lukemaan raporttia kaikista osastolla olevista potilaista.

Kahdessa yksikössä ei ollut tehty mitään erityisjärjestelyjä. Toisaalta näissäkin vastauksissa mainittiin tietokonepäätteitä olevan käytössä riittävästi, ja käytäntönä oli ”jakaa” potilaat työvuorokohtaisesti hoitajien kesken tai käytössä oli omahoitajajärjestelmä.



Kuvio 10. Hiljaisen raportoinnin mahdollistamiseksi tehdyt järjestelyt

Kysymyksellä seitsemän haluttiin selvittää vastaajien näkemyksiä hiljaisen raportoinnin käytön eduista. Hiljaisen raportoinnin käytössä nähtiin paljon etuja. (kuvio 11.) Yli 4/5 vastaajista (n=14) koki hiljaisen raportoinnin tehostavan työajankäyttöä. Koettiin, ettei raporteilla istumiseen mene enää turhaan aikaa ja yleensäkin raportointiin kuuluva aika oli lyhentynyt.

Yksi vastaajista oli todennut ytimekkäästi:

*”Työaika säästyy ja se kohdentuu välittömään potilastyöhön” (vastaaja 5)*

Lisäksi positiivisena nähtiin se, ettei aamuvuoron tarvinnut kiirehtiä potilaiden hoidosta antamaan suullista raporttia, vaan sai jatkaa rauhassa töitään. Iltavuoron hoitajat alkoivat töihin tultuaan omatoimisesti lukea raporttia potilaan tiedoista. Tarvittaessa on kuitenkin mahdollista esittää kysymyksiä edellisen vuoron työntekijöille, jos jotain on jäänyt epäselväksi.

Vastaaja totesi hiljaisen raportoinnin eduista yksinkertaisesti näin:

*”Toiset lukevat ja toiset jatkavat töitään.” (vastaaja 16)*

Puolet vastaajista (n=8) toi ilmi, että hoitotyön kirjaaminen oli parantunut hiljaisen raportoinnin myötä. Myös potilasta saatu tieto koettiin objektiivisemmaksi, kun mielipide potilaasta ei siirry edellisen työvuoron välittämänä.

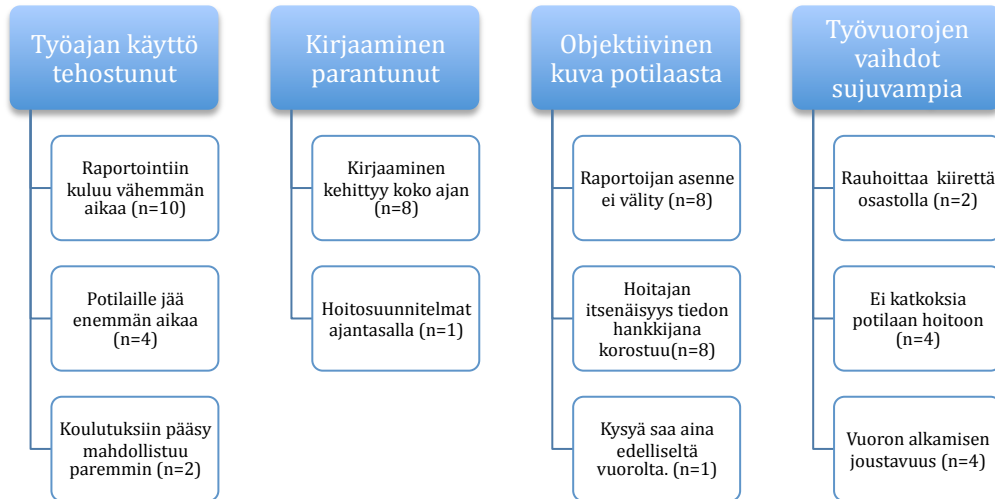
Tiedon objektiivisutta kuvattiin vastauksessa seuraavasti:

*”Ei luoda potilaasta ennakkoon mielipidettä eikä raportoijan asenne välity.” (Vastaaja 15)*

Puolet vastaajista (n=8) koki, että hiljaisen raportoinnin myötä vuoronvaihtolanteiden sujuvuus on lisääntynyt eikä potilaiden hoitoon ja tarkkailuun tule raportoinnin vuoksi taukoja. 2 vastaajista mainitsi myös, että työntekijöiden koulutuksiin pääsyn helpottuneen hiljaisen raportoinnin myötä.

Hiljaisen raportoinnin eduista todettiin yhdessä vastauksessa näin:

*”Käytäntö koetaan paljon mielekkäämpänä kuin aikaisemmin olleet raportointikäytännöt, vanhaan ei haluta missään tapauksessa palata.” (Vastaaja 6)*



Kuvio 11. Hiljaisen raportoinnin edut

Kysymyksessä kahdeksan vastaajia pyydettiin arvioimaan millaisia ongelmia hiljaiseen raportoinnin käyttöön liittyy. (kuvio 12.) Kysymykseen vastaajista, joilla oli kokemusta hiljaisesta raportoinnista (n=16), yli puolet koki kirjaamisen puutteet hiljaiseen raportointiin liittyväksi ongelmaksi. Kirjaamisen ei koettu kaikkialla olevan sillä tasolla, että yksin sen antamaan tietoon potilaan voinnista voitaisiin luottaa.

Kirjaamiseen liittyvää ongelmaa kuvattiin esimerkiksi seuraavasti:

*“Jos ei kirjata riittävästi, oleellinen tieto voi hukkuu.” (Vastaaja 1)*

Vastaajista kolme koki ongelmalliseksi tiedon, jota ei voida kirjata välittämisen. Myös väärinymmärtämisen mahdollisuutta pelättiin.

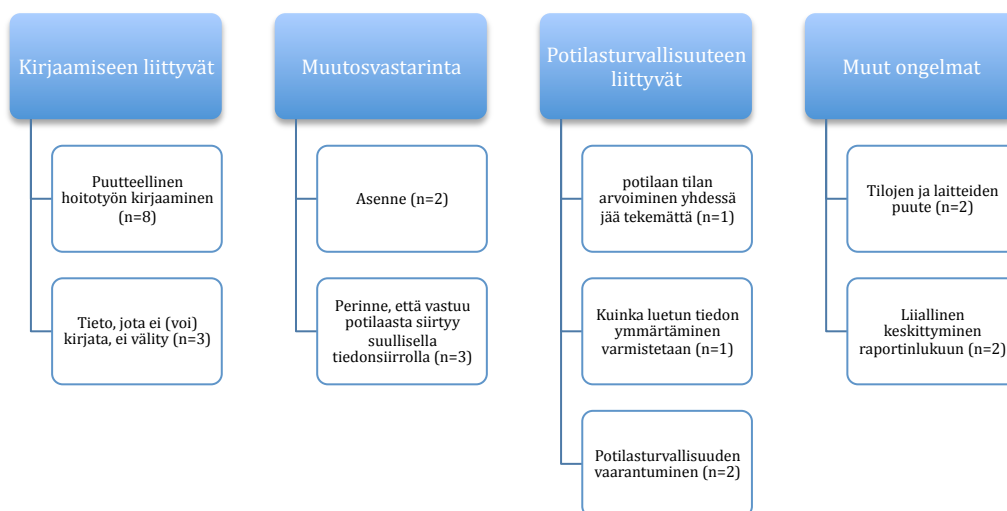
Yksi vastaajista epäili, että hoitajat eivät keskustelisi enää keskenään potilaan hoidosta:

*“Potilaan tilan/hoidon arviointi yhdessä toisen hoitajan kanssa jää tekemättä.” (Vastaaja12)*

Kaksi vastaajista toi esille, ettei hiljaisen raportoinnin käyttöönotossa ole muuta ongelmaa kuin hoitohenkilökunnan negatiivinen asenne muutokseen. Myös potilasturvallisuuden pelättiin vaarantuvan hiljaisen raportoinnin myötä. Lisäksi tila- ja laiteongelmat nousivat myös esiin kahdessa vastauksessa.

Yksi vastaajista oli halunnut tuoda esiin positiivisen näkökulman:

*“Ongelmia ei olla koettu koska kysyä saa ja yhdessäkin voidaan pohtia raportin luvun jälkeen.” (Vastaaja 14)*



Kuvio 12. Hiljaiseen raportointiin käyttöön liittyvät ongelmat

Kysymyksellä yhdeksän selvitettiin näkemyksiä siitä, mitä haasteita hiljaiseen raportointiin siirtyminen on yksiköissä aiheuttanut. (kuvio 13.) Vastaajista kymmenen, joilla kaikilla oli kokemusta hiljaisen raportointiin käyttöönotosta, koki henkilökunnan asenteen ja muutosvastarinnan haasteeksi hiljaiseen raportointiin siirtymisessä.

Vastaajat kuvasivat hiljaiseen raportointiin siirtymisen haasteita esimerkiksi seuraavalla tavalla:

*“Uuden tavan oppiminen ja vanhasta poisoppiminen on toisille haasteellisempaa kuin toisille.” (Vastaaja 10)*

*“Edelleenkin osalle hoitajista vanhoista tavoista (suullinen raportti) on vaikea luopua ja haluavat edelleen sanoa ääneen potilaan.” (Vastaaja 11)*

Vastaajista viisi toi esille, että tarve hoitotyön kirjaamiseen kehittämiseen oli tullut esille hiljaiseen raportointiin siirryttäessä. Vastauksissa tuotiin myös esille yksiköiden välisten potilassiirtojen haaste hiljaiselle raportoinnille, joissa usein eri tietojärjestelmät vaikeuttavat tiedonsiirtoa. Osassa yksiköissä on päivittäin käytössä useampi eri tietojärjestelmä, josta luetaan/johon kirjataan tietoja. Myös tämä on koettu haasteeksi hiljaiseen raportointiin siirtymisessä.



Yhdessä vastauksessa tuotiin esille heillä toiminut ratkaisu muutosvastarintaan:  
*“Kun vapaalta tulevalle sovittiin työaika alkamaan 15 min aikaisemmin, niin se ratkaisi monta asiaa ja hiljainen raportointikäytäntö tapahtui lähes automaattisesti sen jälkeen.”(Vastaaja 6)*



Kuvio 13. Hiljaiseen raportointiin siirtymisen haasteet

Kysymyksessä kymmenen vastaajat kertoivat, millaista tukea yksiköt olisivat kaivanneet hiljaisen raportoinnin käyttöönottoon liittyen. (Kuvio 14) Puolet vastaajista (n=8) toi esiin, että he olisivat yksikertaisesti tarvinneet enemmän tietoa hiljaisesta raportoinnista sekä tietoa siitä, kuinka hiljaisen raportoinnin käyttö oli onnistunut vastaavanlaisessa yksiköissä.

Vastaajat toivat esille tuen tarpeen muun muassa seuraavasti:

*“Hyviä kokemuksia vastaavista yksiköistä.”(Vastaaja 7)*

*“ns. vertaisohjaus olisi varmaan ollut hyvää.”(Vastaaja 17)*

Lisäksi neljä vastaajaa toi esille kirjaamiskäytäntöjen yhdistämistarpeen, josta yksi vastaaja totesi seuraavasti:

*“Kirjaamisesta täytyy sopia yhteisesti, jotta se luo turvallisen pohjan raportille.” (Vastaaja 14)*

Koulutusta ja perehdytystä kaivattiin kahdessa vastauksessa. Näyttöön perustuvan tiedon tarvetta hiljaisesta raportoinnista yhdessä vastauksessa:

*“Näyttöön perustuvaa tietoa hiljaisen raportoinnin eduista, koulutusta perehdytystä ja ennen kaikkea yhteistä keskustelua uudesta toimintamallista.” (vastaaja 12)*

Yksi vastaaja toi esille, että esimiehen määräys hoitotyön raportointitavan muutoksen aloittamiseen olisi tarpeellinen hiljaisen raportoinnin käyttöönottoon liittyvä tuki. Tietokoneiden tarve tuotiin myös esiin yhdessä vastauksessa.



Kuvio 14. Yksikön tarvitsema tuki hiljaiseen raportointiin siirryttäessä

Kysymyksessä yksitoista, joka oli alkukyselyn viimeinen kysymys, kysyttiin millaista tukea esimiehet olisivat kaivanneet hiljaiseen raportointiin siirryttäessä. Lähiesimiehet eli osastonhoitajat ja apulaisosastonhoitajat kaipasivat eniten omien esimiestensä (ylihoitajat) tukea muutoksessa.

Neljässä vastauksessa kollegoiden tuki ja yhteiset keskustelut heidän kanssaan koettiin tarpeelliseksi tueksi hiljaiseen raportointiin siirryttäessä. Neljässä vastauksessa esimiehet toivat esille, että käytännön esimerkit ongelmatilanteiden ratkaisuista olisivat tarpeen, lisäksi kolmessa vastauksessa kaivattiin lisää tietoa yleisesti hiljaisesta raportista ja kolmessa tietoa nimenomaan hiljaisen raportoinnin käyttöönoton aloittamisesta.

Esimiehet kuvasivat tuentarvettaan esimerkiksi näin:

*“Hyviä onnistumiskokemuksia muista yksiköistä eli että hiljainen raportointi voi toimia myös kiireisellä osastolla.” (2)*

*“Enemmän ehkä tietoa, mistä aloitetaan.” (5)*

Yhdessä vastauksessa kaivattiin tueksi klinikan yhteistä päätöstä hiljaiseen raportointiin siirtymisestä.



Kuvio 15. Lähiesimiesten tarvitsema tuki hiljaiseen raportointiin siirryttäessä

#### 7.4.4 Alkukyselyn tulosten tarkastelua

Alkukyselyn vastausten mukaan PKSSK:ssa hiljaista raportointia käytettiin suurimmassa osassa vuodeosastoja ainakin osittain hoitotyön raportointimenetelmänä. Myös Turun yliopistollisessa keskussairaalassa yli puolet osastoista käytti hiljaista raportointia (Laukkanen, Lehti, Hassinen & Hupli 2012, 11), kun taas Hoffrénin ym. (2011, 24) tekemän selvityksen mukaan hoitajat arvioivat, että Kuopion yliopistollisessa sairaalassa hiljainen raportointi oli käytössä vain 16 %:ssa heidän työyksiköistään.

Lähes kaikki hiljaista raportointia käyttävien yksiköiden esimiehet olivat vähintään melko tyytyväisiä hiljaiseen raportointiin, tyytymättömiä ei ollut. Myös Puumalainen ym. (2003, 7) ja Turtiainen (2005, 131) toteavat, ettei kukaan halunnut hiljaiseen raportointiin siirtymisen jälkeen palata takaisin suulliseen raportointiin.

Hiljaista raportointia käytettiin päiväraportilla kaikissa hiljaista raportointia käyttävissä yksiköissä. Suurin osa käytti sitä myös aamuraportilla. Yöhoitajille pidettiin vielä suullista raporttia lähes joka kolmannessa yksikössä. Tämä selittyy luultavimmin sillä, että uusi raportointikäytäntö on mielekkäintä aloittaa päiväraportilla, koska tällöin raportin lukuun on usein eniten aikaa. Tuloksen perusteella voidaan olettaa, että hoitotyön raportoinnin muutos on vielä kesken monessa yksikössä.

Yli puolessa yksiköistä luovuttiin hiljaisen raportoinnin käytöstä, jos työvuorossa oli uusi työntekijä tai yksittäistä työvuoroa tekemään tullut ”keikkatyöntekijä”. Sen sijaan sairaalan sisäiset sijaiset, SSSIT, pystyivät melko hyvin toimimaan osaston raportointikäytännön mukaan. Yllättävää sitä vastoin oli, että lähes joka kolmannessa yksikössä käytettiin jotain muuta raportointimenetelmää hiljaisen raportoinnin sijaan, jos työntekijät halusivat tehdä niin. Kiire vaikutti raportointitavan muutokseen yhtä yleisesti. Tilanteissa, joissa hiljaisen raportoinnin käytöstä luovuttiin, palattiin suurimmaksi osaksi käyttämään suullista raportointia joko ainoana raportointimenetelmänä tai hiljaisen raportoinnin tukena.

Hiljaisen raportoinnin mahdollistamiseksi oli vuodeosastoille lisätty tietokoneiden ja lukutilojen määrää. Myös Sirén ja Veijalainen (2014, 42) pitivät tietokoneiden vähäisyyttä hiljaisen raportoinnin toteuttamista heikentävänä tekijänä. Kolmessa yksikössä oli mahdollista aikaistaa aamuvuoroon ja yövuoroon tuloa vapaapäivien jälkeen 15 minuuttia, jos työntekijä koki tarvitsevansa lisää raportinluku-aikaa. Hoitajien tapana oli myös jakaa osastolla olevat potilaat vähintään työvuorokohtaisesti niin, että hoitajat lukivat raporttia vain ”omista potilaistaan”.

Lähes kaikki vastanneet toivat esille, että hiljainen raportointi säästää aikaa ja tehosta ajankäyttöä. Puolet vastaajista koki kirjaamisen parantuneen. Myös Puumalaisen ym. (2003, 7) tutkimuksessa lähes 3/4 osaa hoitajista koki, että potilaille jäi enemmän aikaa ja kirjaaminen oli parantunut hiljaisen raportoinnin myötä. Hiljaisen raportoinnin koettiin myös tekevän työvuoronvaihdot helpommaksi ja mahdollistavan paremmin koulutukseen pääsyn.

Lähes 2/3 kyselyyn vastaajista koki, että työntekijöiden asenne ja muutosvastarinta ovat suurimmat hiljaiseen raportointiin siirtymisen haasteet. Myös Kuutsan (2010, 40) opinnäytetyössä ilmeni, että hiljainen raportointi aiheutti muutosvastarintaa ja siihen siirryttiin vasta määräyksen jälkeen. 1/3 osaa vastaajista koki myös, että kirjaamisen kehittäminen hiljaista raportointia mahdollistavaksi on haaste, joka täytyy huomioida yhdessä raportointitavan muutoksen kanssa. Myös Ikonen ja Saranto (2007, 162) toteavat, että hiljaiseen

raportointiin käyttöönotto edellyttää laadukasta hoitotyön kirjaamista. Kuitenkin he muistuttavat myös, että hiljaisen raportoinnin myötä kirjaamisen sisältö tulee tarkentumaan ja kehittymään edelleen.

Puolet vastanneista olisi halunnut tietoa ja kokemuksia siitä, miten hiljainen raportointi toimii muualla. Myös toimintamalleja ongelmatilanteiden ratkaisuun otettaisiin mielellään vastaan. Esimiehen rooli on keskeinen muutoksen läpiviemisessä. Hänen tulee ohjata ja motivoida henkilöstöä muutokseen, mutta myös puuttua epäkohtiin, jotka estävät muutoksen toteutumista. (Aarnikoivu 2008, 172). Hyvien käytänteiden jakaminen esimiesten kesken organisaation sisällä helpottaisi ja nopeuttaisi muutosten läpiviemistä.

Työyhteisön toiminnan muutokset ovat lähiesimiehen päivittäisjohtamisen haasteellisimpia tehtäviä. (Lahti 2008, 94). Tässäkin kyselyssä monet vastanneista esimiehistä olisivat kaivanneet oman esimiehen tukea ja läsnäoloa raportointitavan muutoksessa. Myös kollegojen tuki katsottiin tärkeäksi. Lahden (2008, 96) mukaan johdon mukanaolo edistää muutoshaketta. Ponteva (2010, 78) taas näkee myös kollegat oman esimiehen lisäksi lähiesimiehelle tärkeänä yhteistyötahona.

## **7.5 Kehittämistoiminnan toteutus**

Alkukyselyn analysoinnin jälkeen siirryttiin kehittämistoiminnassa toteutusvaiheeseen. Toikon ja Rantasen (2009, 59) mukaan kehittämistoiminnan toteutuksessa on kysymys siitä, kuinka asetettu tavoite saavutetaan. Tähän opinnäytetyöhön liittyvä kehittämistoiminta toteutettiin asiantuntijaryhmässä. Kehittämistoiminnan tavoitteena oli alkukyselyn tulosten ja asiantuntijaryhmän työskentelyn avulla laatia toimintamalli lähiesimiesten käyttöön edistämään hiljaisen raportoinnin käyttöönottoa.

Opinnäytetyöntekijä jatkoi alkukyselystä saatujen vastausten analysointia. Kysymyksistä 7-11 saanut vastaukset sijoitettiin teemoittelun jälkeen SWOT-nelikenttään. (kuviot 16). SWOT-analyysin avulla oli tarkoitus tunnistaa hiljaisen

raportoinnin vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Nelikenttäkaavioon sijoittelun jälkeen voitaisiin miettiä ratkaisuja siihen, kuinka myönteisiä asioita vahvistetaan ja kuinka kielteiset asiat ratkaistaan tai vaimennetaan. Alkukyselyn tulokset ja SWOT-kaavio esiteltiin asiantuntijaryhmässä maaliskuussa 2015.

<p><b>VAHVUUDET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajan säästö, tehokkaampi käyttö (enemmän aikaa potilaille) (n=14)</li> <li>• Kirjaaminen parantunut (n=8)</li> <li>• Raportoinnin asenne ei välity (n=8)</li> <li>• Raportin lukija päättää, mitä tietoja tarvitsee (n=8)</li> <li>• Tukee kollegiaalisuutta ja tiimityötä (n=1)</li> <li>• Sujuvamat vuoronvaihdot (n=8)</li> </ul>	<p><b>HEIKKOUEDET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Olennainen tieto voi hukkaa (n=1)</li> <li>• Voi vaatia suullista raportointia tietojen täydentämiseen (n=2)</li> <li>• Tiedot, joita ei voi kirjata, eivät välity (n=3)</li> <li>• Raportointi eri yksiköiden välillä (n=1)</li> <li>• Vaatii uusien työntekijöiden perehdytystä (n=1)</li> <li>• Yhteinen pohdinta potilaan hoidosta jää pois (n=1)</li> <li>• Potilasturvallisuus, väärin ymmärtäminen (n=3)</li> </ul>
<p><b>MAHDOLLISUUDET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kirjaaminen paranee edelleen (n=5)</li> <li>• Raportointiin kuluva aika lyhenee (ajankäytön tehostuminen) (n=10)</li> <li>• Potilaan seurantaan ei tule katkoksia (n=4)</li> <li>• Koulutuksiin pääsy parane (n=2)</li> <li>• Joustavuus työvuorojen alkamisajoissa, lyhyempi päällekkäinen työaika (n=4)</li> </ul>	<p><b>UHAT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kirjaamisen heikkous (n=8)</li> <li>• Asenne, muutosvastarinta (n=10)</li> <li>• Edellisen vuoron työntekijä haluaa kertoa kaiken suullisesti (vastuuntunto) (n=2)</li> <li>• Tietokonepäätteiden puute, niiden toimimattomuus (n=3)</li> <li>• Eri tietojärjestelmä (n=2)</li> <li>• Liiallinen keskittyminen raportin lukuun (n=2)</li> </ul>

Kuvio 16. SWOT–analyysi hiljaisen raportoinnin kyselyn vastauksista

Asiantuntijaryhmä tutustui SWOT -kaavioon huolellisesti. Tutustumisen jälkeen ryhdyttiin miettimään ratkaisuja erityisesti esiin nousseisiin heikkouksiin ja uhkiin. Aluksi ryhmässä käytiin vapaata keskustelua aiheeseen liittyen. Koska haluttiin varmistaa, että kaikkien asiantuntijaryhmän jäsenten näkemys tulee esiin, työskentelyn apuna käytettiin ideariihimenetelmää. Ideariihi on menetelmä, jonka tavoitteena on tuottaa mahdollisimman paljon spontaaneja ideoita ja arvioida ne vasta myöhemmin valiten kehityskelpoisimmat. Menetelmää voidaan käyttää käytännön ongelmien käsittelemiseen. (Jyväskylän yliopisto 2014.) Kaikille asiantuntijaryhmän jäsenille jaettiin liimalappuja, joihin he saivat kirjoittaa kommentteja, ajatuksia ja ratkaisuja SWOT -analyysissä esiin nousseisiin asioihin. Ideariihessä tulleet vastaukset

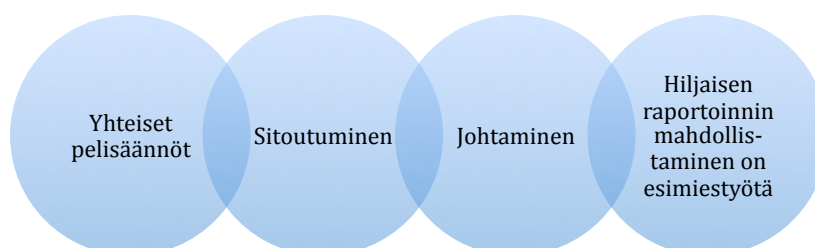
olivat pääosin muutaman sanan pituisia. Saadut vastaukset ryhmiteltiin. Ideariihen tuloksia esitellään kuvioissa 17 – 20.

Asiantuntijaryhmässä nousi esiin monenlaisia kommentteja kirjaamiseen liittyen. Kirjaamiskäytäntöjen yksikkökohtaisia kriteerejä pidettiin ratkaisuna kirjaamisen puuteisiin. Paljon pohdittiin myös sitä, mikä potilastieto on sellaista, jota ei voi kirjata, mutta sen välittyminen on olennaista potilaan hoidon kannalta. Yksimielistä vastausta tähän ei saatu.



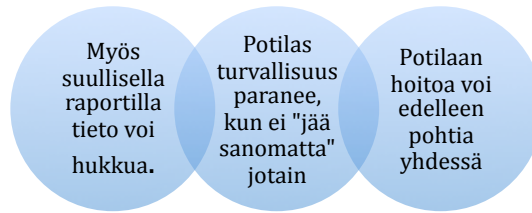
Kuvio 17. Ideariihen tuomia ratkaisuja kirjaamishaasteisiin

Asiantuntijaryhmän jäsenet olivat sitä mieltä, että muutoksen toteuttaminen vaatii vahvaa johtajaa ja muutoksen etenemistä on aktiivisesti seurattava ja tuettava. Ratkaisuksi muutosvastarintaan pidettiin johtamista ja yhteisten pelisääntöjen laatimista. Muutokseen pitäisi sitoutua, ja sitoutuminen ja muutos mahdollistaa esimiestyöllä.



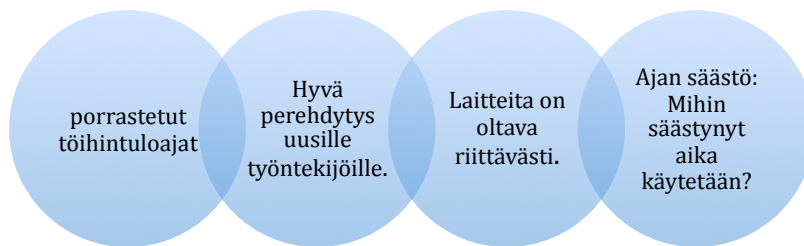
Kuvio 18. Ideariihessä nousseita ajatuksia muutosvastarinnan kohtaamisesta

Asiantuntijaryhmässä ei nähty potilasturvallisuuden vaarantuvan hiljaisen raportoinnin vuoksi. Usealla asiantuntijaryhmän jäsenellä oli omakohtaisia kokemuksia siitä, että kirjatun tiedon siirtyminen oli varmempaa itse lukien kuin kuunnellen toisen hoitajan kertomusta. Lisäksi ryhmän jäsenet olivat yhtä mieltä siitä, ettei hiljainen raportointi tarkoita sitä, ettei potilaan hoitoa saisi pohtia yhdessä ja miettiä ratkaisuja mahdollisiin ongelmiin.



Kuvio 19. Ideariihessä nousseita ajatuksia väitteille hiljainen raportointi vaarantaa potilasturvallisuuden ja estää yhteisen pohdinnan potilaan hoidosta

Ideariihi toi esille myös ratkaisuja hiljaisen raportoinnin haasteisiin. Asiantuntijaryhmässä tultiin siihen tulokseen, että uudet työntekijät tarvitsevat perehdytystä joka tapauksessa ja hoitotyön raportointi, oli se sitten hiljaista tai suullista, on yksi osa sitä. Tietokoneista todettiin sen verran, että ne ovat hoitajien työkaluja ja niitä on oltava riittävästi. Yksiköiden esimiesten tulisi huolehtia tästä. Lopuksi ryhmässä mietittiin sitä, että raportoinnista säästynyt aika pitäisi pyrkiä kohdistamaan välittömään potilashoittoon.



Kuvio 20. Ideariihen vastauksia hiljaisen raportoinnin haasteisiin

Alkukyselyn vastauksiin tutustuessaan ja yhteisten keskustelujen tuloksena asiantuntijaryhmän jäsenet tulivat siihen tulokseen, että organisaatioon tulee nimetä henkilöitä, jotka toimivat hiljaisen raportoinnin asiantuntijoita. Nämä asiantuntijat olisivat helposti saatavissa ja jalkautuisivat tarvittaessa osastolle. Näin vuodeosastojen esimiehille voitaisiin tarjota vertaistukea muutokseen kohti hiljaista raportointia ja käytännön neuvoja mahdollisissa ongelmatilanteissa. Asiantuntijaryhmässä ehdotettiin, että sen jäsenet alkaisivat toimia hiljaisen raportoinnin asiantuntijoina organisaatiossa. Kaikki tämän asiantuntijaryhmän jäsenet lupautuivat tähän. Heidän yhteystietonsa tullaan liittämään organisaatiossa julkaistavaan toimintamalliin.



## 7.6 Kehittämistoiminnan tulokset

Tämä opinnäytetyön kehittämistoiminnan tavoitteena oli laatia ehdotus toimintamallista, kuinka hiljaista raportointia edistettäisiin hoitotyön kehittämisen ja johtamisen keinoilla organisaatiossa. Hoitotyössä mallilla tarkoitetaan kaavamaisista esitystä todellisuuden näkökohdasta. Mallin tarkoituksena on havainnollistaa toimintatapaa, esimerkiksi hoitotyön toimintakäytäntöjä. Hoitotyössä toimintamallit ovat tarpeellisia, koska niiden avulla potilaiden hoito, hoitoyön käytännöt ja hoitotyön päätöksenteko yhdenmukaistuvat. (Sarajärvi ym. 2011, 120.)

Opinnäytetyöntekijä laati toimintamalliehdotuksen, joka rakennettiin alkukyselyn tuomaa tietoa, asiantuntijaryhmän työskentelyä ja jo olemassa olevaa tietoa hyödyntäen. (mm. Puumalainen 2003, Hoffrén ym. 2011, Sinkkonen 2011.) Mallista pyrittiin rakentamaan selkeä ja loogisesti etenevä. Ensimmäinen versio esiteltiin asiantuntijaryhmässä huhtikuussa 2015. Asiantuntijaryhmässä malli käytiin kohta kohdalta läpi ja pohdittiin tarvitaanko muutoksia tai lisäyksiä. Mallin sanamuotoja selkeytettiin ja ymmärrettävyyttä parannettiin. Lisäksi yhteisellä päätöksellä mallin viimeiseen kohtaan lisättiin lause ”Seuraa ja johda muutosta”, koska haluttiin, että malli ulottuu koko muutosprosessin ajalle. Tapaamisessa sovittiin, että opinnäytetyöntekijä tekee ehdotetut korjaukset, jonka jälkeen korjattu toimintamalli lähetetään sähköpostitse asiantuntijaryhmän jäsenille kommentoitavaksi.

Opinnäytetyöntekijä teki sovitut muutokset ja lähetti toimintamallin asiantuntijaryhmälle toukokuussa 2015. Malli koettiin muutoin hyväksi, mutta vielä haluttiin hioa kohtaa, jossa käsiteltiin ylihoitajien osallistumista hiljaisen raportoinnin käyttöönottoon. Lopulta lause: Ylihoitaja jalkautuu ongelmatilanteissa osastoille” korjattiin muotoon ”ylihoitajat ovat osastonhoitajan tukena”. Tämän korjauksen jälkeen asiantuntijaryhmä hyväksyi toimintamallin yksimielisesti. (kuvio 21)

Ehdotus toimintamallista tullaan esittelemään PKSSK:n ylihoitajille kesäkuussa 2015. Toimintamallin esittely heille on tärkeää, koska mallissa esiteltyä joustoa aamuvuorojen ja yövuorojen alkamisajankohdissa ei voida toteuttaa ilman

hoitotyön esimiesten lupaa. Jos hoitotyön johto ei hyväksy ehdotettua toimintamallia sellaisenaan, vaaditut kohdat tullaan korjaamaan asiantuntijaryhmän toimesta ennen toimintamallin jalkauttamisen aloittamista. Kun ylihoitajat ovat hyväksyneet toimintamallin, toimintamalli esitellään osastonhoitajien kokouksessa. Osastonhoitajat tulevat saamaan mallin ja oheismateriaalin kirjallisesti.



Kuvio 21. Toimintamalli, kuinka hiljaista raportointia edistettäisiin hoitotyön kehittämisen ja johtamisen keinoilla organisaatiossa.

## 7.7 Kehittämistoiminnan arviointi

Kehittämistoiminnan prosessiin liittyy kiinteästi myös sen arviointi. Kehittämistoiminnan arvioinnissa tarkastellaan kriittisesti kehittämisen perustelua, organisointia ja toteutusta. Prosessiarviointi tuo esille sen, että kehitystoiminnan tavoitteet ja toimintatavat ovat voineet muuttua toiminnan aikana. (Toikko & Rantanen 2009, 61.) Myös alkukartoituksen tuomaa tietoa tulee arvioida, koska tutkimustiedon kriittinen arviointi liittyy oleellisesti tutkimustyöhön. Tiedon arviointi perustuu siihen, tukeeko tutkimus olemassa olevaa tietoperustaa vai tuoko se tutkittavasta ilmiöstä uutta tietoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 167.)

Tämän opinnäytetyön alkukysely toteutettiin sähköisellä lomakkeella, jonka linkki lähetettiin kohdejoukolle sähköpostitse. Sähköisten kyselyjen toteuttaminen on suhteellisen helppoa, mutta haasteena on saada kohteena olevat henkilöt havaitsemaan sen suuresta päivittäisestä sähköpostimäärästä ja vastaamaan siihen muiden työtehtävien lomassa.

Kehittämistoiminnassa joudutaan priorisoimaan asioita, koska kaikkea ei voi toteuttaa. Resurssien rajallisuus säätelee usein kehittämiskohteiden laajuutta. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 19.) Tässä kehittämistoiminnassa keskityttiin laatimaan toimintamalli, kuinka hiljaista raportointia edistetään hoitotyön kehittämisen ja johtamisen keinoin. Toimintamalli on suunnattu ensisijaisesti vuodeosastojen esimiesten käyttöön. Toimintamalli laadittiin niin, että se sopii käytettäväksi kaikissa yksiköissä, erikoisalasta huolimatta. Vuodeosastojen esimiesten tehtäväksi jäi hienosäätää mallia juuri heidän oman yksikkönsä erikoispiirteet huomioivaksi. (Esimerkiksi yksikkökohtaisten kirjaamisen minimikriteereiden laatiminen)

Arvioinnin tehtävänä on myös tuottaa tietoa kehitettävästä asiasta. Arvioinnissa pyritään vastaamaan siihen, onko kehittäminen saavuttanut tarkoituksensa ja tavoitteensa. Arviointi muodostaa tietoa myös kehitetyn asian toimivuudesta. (Toikko & Rantanen 2009, 59.) Tämän kehittämistoiminnan tavoitteena ollut toimintamallin saatiin laadittua asetettujen tavoitteiden mukaan.

Kehittämistoiminnan aikataulu venyi opinnäytetyön tekijän työtehtävien muutoksen vuoksi alkuperäisestä suunnitelmasta noin 6 kuukautta pidemmäksi.

Asiantuntijaryhmän jäsenet arvioivat tähänastisen kehittämistoiminnan sujumista toimintamalliehdotuksen valmistumisen jälkeen vastaamalla kysymykseen: ”Arvioi kehittämistoiminnan sujumista” sähköpostitse. Opinnäytetyöntekijä teki arvioinneista yhteenvedon. Asiantuntijaryhmän rakennetta pidettiin hyvänä, koska sen jäsenten asiantuntemus kehitettävästä aiheesta oli hyvä ja ryhmäläiset olivat innostuneita kehittämisestä. Aluksi ryhmän tehtävä koettiin epäselväksi ja ryhmän jäsenten roolit olivat jäsentymättömät. Opinnäytetyön edetessä asiantuntijaryhmän tehtävä selkeytyi, ja ryhmä pystyi tuottamaan täsmällisiä ehdotuksia ja ideoita. Ryhmän yhteistyön tuloksena saatiin muodostettua tavoitteen mukainen toimintamalli.

## **7.8 Levittäminen/juurruttaminen**

Uusista innovaatioista tiedottaminen ei yksinään aikaansaa muutosta, vaan niiden levittäminen ja juurruttaminen vaatii aikaa. Uuden innovaation muodostuminen käytännöksi vaikuttaa myös organisaation kulttuuriin, joten siksi käyttöönotto vie aikaa. (Holopainen ym. 2013, 83.)

Tulosten levittäminen voi edellyttää oman erillisen prosessinsa, jota ei välttämättä saa liitettyä osaksi varsinaista kehittämisprosessia. Uusien käytäntöjen levittäminen ja ylläpitäminen on myös sosiaalinen prosessi ja arkityössä saatetaankin luopua uusista toimintatavoista ja palata vanhoihin tuttuihin työtapoihin. (Toikko & Rantanen 2009, 59, 62-63. Tavoitteena tiedon levittämisessä on suunnata oikea tieto oikealle ihmiselle oikeaan aikaan. Terveystieteiden ammattilaisille tiedon tulee tulla luotettaviksi arvioituista kanavista ja sen tulee tukea käyttäjien työtapoja. (Holopainen ym. 2013, 110.)

Tämän opinnäytetyön tuloksena laadittu toimintamalli tullaan esittelemään PKSSK:n vuodeosastojen osastonhoitajille yleisessä osastonhoitajakokouksessa. Hiljaisen raportoinnin asiantuntijaryhmän jäsenet ovat sitoutuneet

pyydetessä jalkautumaan vuodeosastoille ja tukemaan muutoksen käynnistämistä.

Tämän opinnäytetyön asiantuntijaryhmänä, kokoontuu seuraavan kerran syyskuussa 2015. Silloin arvioidaan onko toimintamalli jalkautunut riittävästi käyttöön vai tarvitaanko muita tukitoimia edistämään hiljaisen raportoinnin käyttöönottoa. Asiantuntijaryhmä jatkaa toimintaansa hiljaisen raportoinnin edistämisen työryhmänä organisaatiossa.

## **8 Pohdinta**

Sujuva tiedonkulku on keskeistä terveydenhuollossa sekä potilaan että henkilökunnan näkökulmasta (Kinnunen & Peltomaa 2009, 87 – 88). Hoitajien vuoronvaihtoraportit ovat yksi tiedonkulun muoto, jota toteutetaan lähinnä suullisesti, kirjallisesti tai näitä yhdistäen. Hoitotyön kirjaamisen kehittyminen ja muuttuminen sähköiseksi on parantanut mahdollisuutta siirtää tietoa kirjallisesti vähentäen suullisten raporttien tarvetta. Lisäksi yhä niukkenevat hoitajaresurssit edellyttävät hoitajia keskittymään enemmän välittömään, potilaan vierellä tapahtuvaan hoitamiseen. Välilliseen hoitotyöhön liittyviä prosesseja kuten hoitotyön raportointi, on tarkasteltava kriittisesti ja kehitettävä paremmiksi ja aikaa säästäviksi.

### **8.1 Kehittämistoiminnan tulosten tarkastelua**

Opinnäytetyössäni selvitin hiljaisen raportoinnin käytön yleisyyttä, sen etuja ja heikkouksia sekä sen käyttöönottoon liittyviä haasteita Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä. Kyselyn ja asiantuntijaryhmän työskentelyn tuloksena laadittiin ehdotus toimintamallista, kuinka hiljaisen raportoinnin käyttöä voisi edistää hoitotyön johtamisen ja kehittämisen keinoilla. Toimintamalli on tarkoitettu ensisijaisesti vuodeosaston esimiesten käyttöön.

Alkukyselyn tulosten mukaan hiljaista raportointia käytettiin PKSSK:ssä jo melko monessa yksikössä ainakin suullisen raportoinnin ohella hoitotyön vuoronvaihtoraportoinnissa. Muutos oli monissa yksiköissä vielä kesken, vaikka hiljaiseen raportointiin oltiin tyytyväisiä. Selvästikään kaikki lähiesimiehet eivät tieneet, että hiljaisen raportoinnin tulisi olla käytössä vuoden 2015 loppuun mennessä koko organisaatiossa. (kts. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2014) Tästä tulisi jatkossa tiedottaa paremmin.

Hiljaiseen raportointiin siirtyminen oli herättänyt monissa yksiköissä paljon muutosvastarintaa. Henkilökunta suhtautui muutokseen kielteisesti eikä hiljaiseen raportointiin siirtyminen näyttänyt onnistuvan. Osa lähiesimiehistä olisi kaivannut tukea ja apua muutoksen käynnistämiseen ja johtamiseen. Kuitenkin lähes kaikilla (yhtä lukuun ottamatta) esimiehillä oli omakohtaista kokemusta hiljaisesta raportoinnista, vaikka sitä ei kaikissa heidän toimintayksiköissään vielä käytetty.

Yhteistyötä toisten yksiköiden kanssa pitäisi tulevaisuudessa lisätä, ja vertaistukea ja tietoa hyvistä käytänteistä jakaa avoimemmin. Tulisi myös muistaa, että hoitotyön suullinen raportointi on opittu toimintatapa eikä tutkimusnäyttöön tai lakiin perustuvaa toimintaa. Vanhoista, vallitsevistakin käytännöistä tulisi pystyä luopumaan ja kehittää toimintoja tulevaisuutta ajatellen. Hiljainen raportointi ei tarkoita puhumisen lopettamista, vaan potilaan hoidosta voi ja pitää edelleen keskustella. Esimerkiksi Ikonen ja Saarinen (2014, 35) pitivät hiljainen raportointi -käsitettä hyvin harhaanjohtavana.

Tämän opinnäytetyön alkukyselyn perusteella suullisesta raportoinnista luopuminen ja hiljaiseen raportointiin siirtyminen oli tuonut mukanaan myös paljon positiivisia vaikutuksia. Jo nyt oli havaittu vuoronvaihtotilanteiden rauhoittumista, kiireen vähenemistä ja kirjaamisen paranemista. Jopa henkilökunnan koulutuksiin pääsymahdollisuuksien oli koettu parantuneen.

Asiantuntijaryhmän yhteistyönä ja alkukyselyn tulosten ohjaamana laadittiin toimintamalli, joka on suunnattu vuodeosastojen esimiesten käyttöön.

Toimintamallin tavoitteena on auttaa lähiesimiehiä hiljaisen raportoinnin käyttöönotossa ja muutoksen läpiviemisessä. Toimintamallista tuli käytännönläheinen ja selkeä ja siitä toivotaan olevan lähiesimiehille konkreettista apua. Toimintamallin esittely ylihoitajille on vielä edessä, ja heidän toivotaan suhtautuvan hyväksyvästi mallissa ehdotettuun henkilökunnan mahdollisuuteen aloittaa työvuoro (pääasiassa aamuvuoro) 15 minuuttia aiemmin. Tällä hetkellä osa lähiesimiehistä on hyväksynyt käytännön, toiset taas ovat kieltäneet sen ehdottomasti. Toimintamallin esittelyn yhtenä tavoitteena onkin tuoda vallitsevat käytännöt hoitotyön johtajien tietoon. Toimintamallin esittelyn jälkeen mahdollisuus työajan aloittamiseen aiemmin tulee koskemaan koko hoitohenkilökuntaa tai sitten se poistuu kokonaan käytöstä.

Toimintamallia päästään jalkauttamaan käytäntöön aikatauluongelmien vuoksi vasta kesäkuussa. Toimintamallin vieminen käytäntöön aloitetaan esittelemällä se vuodeosastojen esimiehille. Aluksi kokeillaan riittääkö pelkkä esittely käynnistämään tai viemään eteenpäin hiljaisen raportoinnin käyttöä. Asiantuntijaryhmä kokoontuu seuraavan kerran syyskuussa 2015. Ennen kokoontumista kartoitetaan pienimuotoisesti, miten hiljaisen raportoinnin käyttöönotto on edennyt vuodeosastoilla (esimerkiksi lähettämällä sähköpostia vuodeosastojen osastonhoitajille). Tarvittaessa asiantuntijaryhmä tulee laatimaan erillisen suunnitelman toimintamallin juurruttamista varten. Samalla tullaan pohtimaan, soveltuuko toimintamalli käytettäväksi sellaisenaan myös muissa yksiköissä. (Esimerkiksi leikkausyksikkö)

## **8.1 Luotettavuus ja eettisyys**

Kaikkien tutkimusten, myös opinnäytetyön, tulosten ja johtopäätösten tulee olla oikeita, uskottavia ja luotettavia. Luotettavuudella mitataan myös työn laatua. (Kananen 2012, 161.) Tutkimuksen luotettavuuden perusta on mittarin luotettavuus. Mittari on laadittava niin, että se mittaa haluttua tutkimusilmiötä. Mittarin esitestaaminen ennen varsinaista tutkimusta auttaa mittarin toimivuuden ja luotettavuuden selvittämisessä ja mahdollistaa muutokset ennen



tutkimusotosta. Otoksoon tulee myös olla perusteltu ja otoksen kuvaus selkeä. Tutkimuksen teossa on myös huomioitava, että kaikki tutkittavat eivät mahdollisesti vastaa kyselyyn tai kieltäytyvät muilla tavoin osallistumasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 80 – 83, 152 – 154; Metsämuuronen 2009, 67 – 68.)

Mittauksen luotettavuus voidaan jakaa sisäiseen ja ulkoiseen luotettavuuteen (sisäinen ja ulkoinen validiteetti). Ulkoisella luotettavuudella kuvataan sitä, kuinka yleistettävä tutkimus on. Sisäisellä luotettavuudella tarkoitetaan tutkimuksen kykyä mitata sitä, mistä on haluttu tietoa. Huonolla mittarilla ei saada tarkkaa tietoa mitattavasta asiasta. (Metsämuuronen 2002, 32 – 33,39.)

Tässä opinnäytetyössä käytetty mittari on luotu jo olemassa olevaa tietoa hyödyntäen. (esimerkiksi Puumalainen ym. 2003; Sexton ym. 2004; Meißner ym. 2007; Hoffrén ym. 2011; Sinkkonen 2011.) Alustavaa mittaria käsiteltiin sekä asiantuntijaryhmässä että opinnäytetyön ohjaajien kanssa ja siihen tehtiin yhteisten keskustelun ja arvioinnin pohjalta selkeyttäviä muutoksissa. Lisäksi mittari esiteltiin ennen varsinaista otantaa. Mittaus toteutettiin sähköisesti, jolloin sen täyttäminen oli helppoa, eikä käsialasta johtuvia epäselvyyksiä tullut esille.

Tutkimuksen luotettavuutta pitää arvioida mittaamisen lisäksi myös tulosten luotettavuuden kannalta. Tähän liittyy myös tutkimustulosten kriittinen arviointi. (Kananen 2012, 166). Tämän opinnäytetyön alkukyselyyn vastasi 63 % tutkimuksen kohderyhmästä. Vastausprosentti on kohtuullinen, mutta se voi kuitenkin vääristää tuloksia. On mahdollista, että hiljaista raportointia käyttävien vuodeosastojen esimiehet vastasivat kyselyyn muita esimiehiä halukkaammin, jolloin hiljaisen raportoinnin käyttö PKSSK:ssa näyttää yleisemmältä kuin se todellisuudessa on.

Luotettavuuden pohjana on aina mahdollisimman tarkka dokumentaatio, jossa selviää mitä on tehty, miksi on tehty ja missä on tehty. (Kananen 2012, 166.) Myös Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2008, 227) mukaan opinnäytetyön tekijän tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta lisää sen luotettavuutta.

Tässä opinnäytetyössä on kuvattu sen etenemisen tarkasti vaihe vaiheelta. Tulokset on esitelty rehellisesti. Avointen kysymysten vastaukset numeroitiin, jotta voitiin varmistaa, että opinnäytetyön raportoinnissa esitellään monipuolisesti eri vastaajien mielipiteitä.

Toimintatutkimuksellisella tutkimusotteella kehitetään toimintaa käytännönläheisesti. Onnistuneen tutkimuksen tuloksena on vanhaa toimintatapaa parempi uusi käytäntö. (Heikkinen, Huttunen, Kakkori & Tynjälä 2010, 171.) Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli luoda toimintamalli, jonka tarkoituksena on auttaa vuodeosastojen esimiehiä hiljaisen raportoinnin käyttöönotossa. Toimintamalli saatiin rakennettua alkukyselyn ja asiantuntijaryhmän työskentelyn tuloksena ja on valmis jalkautettavaksi organisaatioon.

Tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyys. Jokaisella ihmisellä on arvonsa, eikä sitä saa loukata tieteen nimissä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211; Kuula 1999, 43.) Ihmistieteiden eettiset normit pohjautuvat neljään pääperiaatteeseen, joka ovat hyötyperiaate, vahingon välttämisen periaate, autonomian kunnioituksen periaate ja oikeudenmukaisuuden periaate. Lisäksi on huomioitava tutkittavia koskevien tietojen luottamuksellisuuden säilyttäminen. (Kuula 1999, 55, 59.)

Eettiseksi valinnaksi voidaan määritellä jo tutkijan tekemä tutkimusaiheen valinta. Tutkimuksen eettisen oikeutuksen lähtökohta on tutkimuksen hyödyllisyys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176 – 177.) Tämä toimeksiantona saatu työn aihe pohjautuu PKSSK:n hoitotyön kehityssuunnitelmaan.

Ihmisten itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen tutkimusta tehdessä ilmenee siten, että ihmisille annetaan mahdollisuus päättää tutkimukseen osallistumisesta. Ennen päätöstä ihmisten on saatava riittävästi tietoa tutkimuksesta ja siihen osallistumisesta. Tutkimukseen osallistumisen saa myös halutessaan keskeyttää milloin tahansa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219; Kuula 1999, 61.) Tutkijan on myös pohdittava tutkimuksen

mahdollisia vaikutuksia siihen osallistuviin ja tutkimukseen osallistumisen tulee olla aina aidosti vapaaehtoista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–177.) Tutkimukseen osallistuvien anonymiteetin säilyttäminen on myös huomioitava tulosten raportoinnissa (Mäkinen 2006, 116). Hoitotieteellisessä tutkimuksessa ollaan usein kiinnostuneita herkistä, tunteita herättävistä aiheista, joiden käsittely voi herättää tutkittavissa voimakkaita tunnereaktioita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219.) Tässä työssä alkukyselyn saatekirjeessä sekä kyselyn ensimmäisellä sivulla kerrottiin tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista. Kehenkään yksittäiseen henkilöön ei viitattu työn raportoinnissa ja tutkimustulokset esitettiin niin, ettei yksittäistä vastaajaa tai työyksikköä voi tunnistaa.

Asiantuntijaryhmään osallistujien valinta on myös osa tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. Tässä opinnäytetyössä mukana olevan asiantuntijaryhmän kutsui kokoon hiljaisen raportoinnin edistämisestä vastaava ylihoitaja. Opinnäytetyöntekijä kutsuttiin asiantuntijaryhmän jäseneksi, koska opinnäytetyön tavoitteet olivat yhtenevät ryhmän tavoitteiden kanssa. Ensimmäisessä asiantuntijaryhmätapaamisessa opinnäytetyöntekijä esitteli asiantuntijan jäsenille opinnäytetyön aiheen ja tavoitteet ja ryhmän jäsenet lupautuivat toimimaan myös opinnäytetyön asiantuntijaryhmänä. Opinnäytetyöhön osallistuminen oli vapaaehtoista. Myös asiantuntijaryhmän työskentelyn tulokset on raportoitu opinnäytetyössä niin, ettei yksittäiseen henkilöön viitata eikä yksittäisen henkilön mielipidettä voi tunnistaa. Asiantuntijaryhmän jäsenet olivat innostuneita kehittämisestä ja heillä oli sekä teorian tietoa että käytännön kokemusta hiljaisesta raportoinnista. Tämän voidaan katsoa lisäävän kehittämistyön luotettavuutta.

Kananen (2009, 116) toteaa, että tutkijan pitää olla valinnoissaan objektiivinen. Toimintatutkimuksellista tutkimusotetta käytettäessä tutkijan rooli on kuitenkin avoin, ja hän pyrkii vaikuttamaan tutkittavana oleviin kohteisiin (Eskola & Suoranta 1999, 128). Opinnäytetyön tekijän rooli oli toimia tässä kehittämistyössä sekä opinnäytetyön tekijänä että asiantuntijaryhmän jäsenenä. Vaikka opinnäytetyöntekijän tavoitteena oli olla tasa-arvoinen toimija muiden asiantuntijaryhmän jäsenten kanssa, on hänen roolinsa voinut olla heitä suurempi. Opinnäytetyön tekijä huolehti tulosten analysoinneista ja niiden

esittelyistä asiantuntijaryhmän kokoontumisissa. Vaikka pyrkimys on ollut objektiivisuuteen ja tulosten rehelliseen esittelyyn, on mahdollista että keskusteluissa joku asia on saanut toista enemmän painoarvoa. Tämä on voinut vaikuttaa osaltaan toimintamallin laadintaan.

## **8.2 Jatkotutkimusehdotukset**

Laadukasta tutkimustietoa hoitotyön hiljaisesta raportoinnista on saatavissa vähän. Samaan tulokseen tulivat Ikonen ja Saarinen (2014, 24) hiljaisen raportoinnin kirjallisuuskatsauksessaan. Hiljaista raportointia tulisikin jatkossa tutkia monipuolisesti. Olisi mielenkiintoista vertailla suullisen ja hiljaisen raportoinnin tiedonsiirron tehokkuutta tai tutkia hiljaisen raportoinnin vaikutusta potilasturvallisuuteen. Tämän opinnäytetyön jatkokehitysideana olisi seurantatutkimus, kuinka hiljaisen raportoinnin käyttöönotto on onnistunut PKSSK:ssa ja onko toimintamallista ollut apua hiljaiseen raportointiin siirtymisessä.

## Lähteet

- Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa Heikkinen, H.L.T., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkijamissä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena kustannus, 11 – 23.
- Aarnikoivu, H. 2008. Esimiehenä arjessa. Helsinki: WSOYpro.
- Alvarado, K., Lee, R., Christoffersen, E., Fram, N., Boblin, S., Poole, N., Lucas, N. & Forsyth, S. 2006. Transfer of Accountability: Transforming Shift Handover to Enhance of Patient Safety. *Healthcare Quarterly* (9), 75 – 79.  
[http://www.hqontario.ca/portals/0/Modals/qi/en/processmap\\_pdfs/resources\\_links/Transfer%20of%20Accountability.pdf](http://www.hqontario.ca/portals/0/Modals/qi/en/processmap_pdfs/resources_links/Transfer%20of%20Accountability.pdf). 2.2.2015
- Ammenwerth, E., Rauchegger, F., Ehlers, F., Hirsch, B. & Schaubmayr, C. 2011. Effect of a nursing information system on the quality of information processing in nursing: A evaluation study using the HIS-monitor instrument. *International Journal of medical informatics* (80), 25 – 38.  
<http://www.elske-ammenwerth.de/Publikationen/z69.pdf>. 2.2.2015
- Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. *Artefacta* 16. Hamina: Akatiimi Oy.
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio tuloksellinen kehittämistyö. *Artefacta* 19. Hamina: Akatiimi Oy.
- Anderson, C. & Mangino, R. 2006. Nurses's sift report. Why Says You Can't Talk in Front of the Patient? *Nursing Administration Quarterly* 30 (2), 112-122.
- Autti, T. & Keistinen, T. 2013. Kansallinen potilasturvallisuusstrategia Suomessa: tausta ja tulevaisuuden haasteet. Teoksessa Aaltonen, L.-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim, 141 – 155.
- Blomgren, K. & Pauniahho, S.-L. 2013. Terveysthuollon tarkastuslistat. Teoksessa Aaltonen, L.-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim, 274 – 292.
- Dowding, D. 2001. Examining the effects that manipulating information given in the change sift report has on nurses care planning ability. *Journal of Advanced Nursing* 33 (6), 836 – 846.
- Ensio, A. 2007. Rakenteinen, elektroninen potilaskertomus. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 96.
- Ensio, A. & Häyrinen, K. 2007. Yksittäisen tiedon merkitsemisestä systemaattiseen kirjaamiseen. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 67 – 74.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Furåker, C. 2009. Nurses' everyday activities in hospital care. *Journal of Nursing Management* 17 (3), 269 – 277.
- Hallila, L. 1998. Hoitotyön kirjallisen suunnitelman lähtökohdat. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 13 – 15.

- Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 13 – 15.
- Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoidajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksia työtoimintaan. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu - tutkielma.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, H.L.T. 2010. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16 – 38.
- Heikkinen, H.L.T., Hyttinen, R., Kakkori, L. & Tynjälä, P. 2010. Totuuden ongelma. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 163 – 183.
- Heikura, K. Ylihoitaja. 2014. Henkilöstörakenteen ja työnjaon kehittäminen erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. v. 2011-2013. Kys-Erva johtoryhmien kokous 22.8.2014.  
<https://www.psshp.fi/documents/11427/66185/LIITE+12+Henkil%C3%B6st%C3%B6rakenteen+ja+ty%C3%B6njaon+kehitt%C3%A4minen+erikoissairaanhoidon+vuodeosastoilla+v+++2011+-+2013+Erva+jory+22+8+2014.pdf/137f47b5-440f-402c-aaa3-380a8a2247a9>. 23.2.2015
- Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus, 5-9.
- Hopkinson, J. 2001. The hidden benefit: the supportive function of the nursing handover for qualified nurses for caring for dying people in hospital. *Journal of Clinical Nursing* (11), 168-175.
- Hoffrén, P., Huovinen, H. & Mykkänen, M. 2011. Hoitotyön päivittäinen raportointi. Selvitys hoitotyön päivittäisen raportoinnin tilanteesta Kuopion yliopistollisessa sairaalassa, lisälmen sairaalassa ja terveyskeskuksissa, Leppävirran terveyskeskuksessa ja Varkauden sairaalassa ja terveyskeskuksessa. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisu No 75/2011. Kuopio: Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri.
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2007. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 94-113.

- Häyrinen, K. & Ensio, A. 2007. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 97-111.
- Ikonen, M. & Saarinen, K. 2014. Hiljainen raportointi hoitotyössä. Hoitotyön koulutusohjelma. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Iivanainen, A. 2010. Hoitotyön jatkuvuuden turvaaminen. Teoksessa Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. (toim.) Sairauksien hoitaminen, terveyttä edistäen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 68-76
- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Jefferies, D., Johnson, M. & Nicholls, D. Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. *Contemporary Nurse* 24 (1), 129-138.
- Jefferies, L., Simpson, E., Irwin, T. & Beswick, S. 2013. The Value of Bedside Shift Reporting. *Enhancing Nurse Surveillance, Accountability, and Patient Safety. Journal of Nursing Care Quality* 28 (3), 226-232.
- Jyväskylän yliopisto. 2014. Koppa. Ideariihii. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/mit/tietotekniikan-opetuksen-perusteet/Opetusmenetelmista-ja-lahestymistavoista/Opetusmenetelmat/ideariihii>. 14.5.2014.
- Järvinen, P. 2012. Onnistu esimiehenä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kaila, A. 2011. Kehittämisylihoitaja. *Ajanseurannan 2009 ja 2011 tulokset*. Piritta.jormanainen@pkssk.fi. 3.4.2014.
- Kaipiainen, J. 2011. Usability in Healthcare: Overcoming the Mismatch between Information System and Clinical Work. Aalto university publication series. Doctoral dissertations 105, 19.2.2015 <https://aaltodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/5041/isbn9789526043340.pdf?sequence=1>
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kansallinen terveystietokanta, KANTA 2015. Potilastiedon arkisto. <http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille/earkiston-esittely>. 12.4.2015
- Kaustinen, T. 2011. Oulu-hoitaisuusluokitus ja henkilökunnan ajankäyttö hoitotyön laatuvaatimusten näkökulmasta. Oulun yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Terveystieteen laitos, Hoitotiede. Oulun yliopistollinen sairaala. Väitöskirja. D1134.
- Kennedy, J. 1999. An evaluation of non-verbal handover. *Professional Nurse* 14 (6), 391 – 394.
- Kerr, D., Lu, S. & McKinlay, L. 2013. Bedside Handover Enhances Completion of Nursing Care and Documentation. *Journal of Nursing Care Quality* 28 (3), 217 – 225.
- Kerr, M. 2002. A qualitative study of sit handover practice and function from a socio-technical perspective. *Journal of Advanced Nursing* 37 (2), 125 – 134 .
- Kotisaari, M.-L. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.

- Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino Oy.
- Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Raporttisarja 2005:2. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.
- Kuutsa, H. 2010. Hoitotyön raportointimallin kehittäminen ja hoitotyöntekijöiden kokemuksia raportointi käytännön muutoksesta. Savonia ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja hoitotyön kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. YAMK-opinnäytetyö.
- Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 89 – 95.
- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Lahti, T. 2008. Johtamisen käytäntöjä. Teoksessa Surakka, T., Kiikkala, I., Lahti, T., Laitinen, H. & Rantala, T. Osastonhoitaja ja johtaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 68 – 102.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992.  
<http://www.finlex.fi/fi/ajantasa/1992/19920785#L4P12>. 2.2.2015
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 159/2007. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>. 2.2.2015
- Lally, S. 1999. An investigation into the functions of nurses' communication at the inter-shift handover. *Journal of Nursing Management* (7), 29 – 36.
- Lamond, D. 2000. The information content of the nurse change of shift report: comparative study. *Journal of Advanced Nursing* 31 (4), 794 – 804.
- Laukkanen, L., Lehti, T., Hassinen, T. & Hupli, M. 2012. Hiljainen raportointi Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Sarja A, nro 11. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja 11, Turku: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.
- Lauri, S. 1997. Toimintatutkimus. Teoksessa Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Leino-Kilpi, H. 2001. Näyttöön perustuva toiminta – mistä on kysymys? Teoksessa Voutilainen, P., Leino-Kilpi, H., Mikkola, T. & Peipponen, A. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2011. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 9 – 20.
- Lestinen, P. & Hiltula, T. 2005. Potilaanvierusraportointi. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 132 – 145.
- Linjamo, P., Kinnunen, U.-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.  
[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden\\_opas\\_korjattu\\_liitteenä\\_olevaa\\_SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden_opas_korjattu_liitteenä_olevaa_SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1). 2.2.2015
- Luukkainen, S. & Uosukainen, L. 2011. Koulutus asiantuntijuuden perustana. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoidaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011. Sairaanhoidajaliitto. Helsinki: Fioca Oy, 99 – 114.



- McKenna, L. & Walsh, K. 1997. Changing handover practices: One privat hospital's experiences. *International Journal of Nursing Practice* 3 (2), 128 – 132.
- Meißner, A., Hasselhorn H.-M., Estry-Beharm, M., Nézeto, O., Pokovski, J. & Gould, D. 2007. Nurses' perception of shift handovers in Europe – results from the European nurses' early exit study. *Journal of Advanced Nursing* 57(5), 535 – 542.
- Metsämuuronen, J. 2002. Mittarin rakentaminen ja testiteorian perusteet. *Metodologia – sarja 6*. Helsinki: International Methelp Ky.
- Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Meyer, J. 2006. Action Research. Teoksessa Gerrish, K. & Lacey A. (toim.) *The Research Process in Nursing*. Fifth Edition. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 274 – 288.
- Mäenpää, T., Asikainen, P. & Suominen, T. 2012. Aluetietojärjestelmän käyttö ja merkitys tiedonkulkuun eri terveydenhuollon ammattilaisten ja hallinnon edustajien kokemana – viiden vuoden käytön jälkeinen tilanne. *Hoitotiede* 24 (1), 70 – 81.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Mäkisalo, M. 1999. Me teemme sen: Hoitotyöntekijä oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä. Helsinki: kirjayhtymä.
- Niemi, L. & Nurmela, R. 2013. Hoitajien kokemuksia hiljaisesta raportoinnista hoiva-asumisen yksikössä. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Nykänen, P. & Juntila, K. (toim.) 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Raportti 40/2012. Helsinki: Terveyden- Ja hyvinvoinnin laitos.
- Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto, tietojenkäsittelytieteen laitos. D-2010-7. Tampere. <http://www.sis.uta.fi/cs/reports/dsarja/D-2010-7.pdf>. 3.2.2015.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liike-elämään. Helsinki: WSOYpro.
- Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 99.
- Pelander, T. & Kirjonen, S. 2011. Raportoinnin kehittäminen. Teoksessa von Schantz, M., Toivonen, H. & Lind K. (toim.) *Asiantuntijana terveystalouden muuttuvilla työmarkkinoilla. Aluevaikuttavuutta ASTE-projektilla*. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 104. 22 – 32. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161802.pdf> 12.5.2015
- Peltonen, T. 2007. Johtaminen ja organisointi: teemoja, näkökulmia ja haasteita. Helsinki: KY-palvelu.
- Perälä, M.-L. (toim.) 1997. Hoitotyön suunta. Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Hoitotyön projektiryhmä. Helsinki: Stakes.
- Pirnes, U. 2003. Kehittyvä johtajuus. Johtamisen dynamiikka. Helsinki: Otava. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2010a. Hoitotyön toimintasuunnitelma 2010 – 2013.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2010b. Tilinpäätös 2010.

- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2014. Hoitotyön ja hoitotyön johtamisen kehittämissuunnitelma 2014 – 2016.
- Ponteva, K. 2010. Onnistu muutoksessa. Helsinki: WSOYpro.
- Pothier, D., Monteiro, P., Mooktiar, M. & Show, A. 2005. Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *British Journal of Nursing* 14 (19), 1034 – 1038.
- Puumalainen, A., Långstedt, K. & Eriksson Elina. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen. *Tutkiva Hoitotyö* (1), 4-9.
- Randell, R., Wilson, S. & Woodward, P. 2011. The importance of the verbal shift handover report: a multi-site case study. *International Journal of Medical Informatics* 80 (11), 803 – 812.
- Rasku, T. 1999. Ensihoitopotilaan hoidon dokumentointi. Teoksessa Munnukka, T., Halme, S., Kiikkala, I., Koponen, P. & Voutilainen, P. Dokumentointi hoitotyössä. *Hoitotyön vuosikirja*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 126 – 137.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Rissanen, S. & Lammintakanen, J. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportti 2015*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 15 – 38.
- Ruotsalainen, M. 2011. Hoitotyön johtamisella kohti näyttöön perustuvaa toimintaa. Itä-Suomen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.
- Ruuskanen, S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen – kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.
- Ruuskanen, I. 2011. Koulutuksesta työelämään. Teoksessa Ranta, I. (toim.) *Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011*. Sairaanhoitajaliitto. Helsinki: Fioca Oy, 85 – 98.
- Salmela, M., Ritvanen J. & Ylönen, M. 2011. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Teoksessa von Schantz, M., Toivonen, H. & Lind, K. (toim.) *Asiantuntijana terveysalan muuttuvilla työmarkkinoilla. Aluevaikuttavuutta ASTE-projektilla*. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 104. Turku, viitattu 1.2.2015  
<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161802.pdf>
- Salo, R. 2005. Saumattomat palveluketjut. Teoksessa Hallila, L. (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Tammi. 120 – 125.
- Sarajärvi, A., Mattila, L.-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Saranto, K. & Ensio, A. 2007. Tiedonhallinnan muutos. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen A. L. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 243 – 250.
- Saranto, K. & Ikonen, H. 2007. Hoitotiedon välittäminen toimintayksikössä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen A. L. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 156 – 165.

- Saranto, K. & Sonninen A. L. 2007. Miksi systemaattista kirjaamista tarvitaan? Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 11 – 16.
- Seppänen-Järvelä, R. 1999. Luottamus prosessiin. Kehittämistyön luonne sosiaali- ja terveysalalla. Stakes. Tutkimuksia 104.
- Sexton, A., Chan, C., Elliott, M., Stuart, J., Jayasuriya, R. & Crookes, P. 2004. Nursing handovers: do we really need them? *Journal of Nursing Management* 12 (1), 37 – 42.
- Sirén, J. & Veijalainen, A. 2014. Hiljainen raportointi hoitajien työvälineenä. Hoitotyön koulutusohjelma. Centria ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Snellman, E. 2009. Potilasturvallisuus Suomessa. Teoksessa Kinnunen M. & Peltomaa K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2004. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto Ry. 29 – 41.
- Sinkkonen, T. 2011. Työvuorojen välisen raportoinnin kehittäminen pilottiosastoilla Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä. Pohjois-Karjalan AMK. Sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Sonninen, A. L. & Ikonen, H. 2007. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 75-79.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Julkaisuja 2009:18. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1478007](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1478007). 16.3.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf). 5.2.2015
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuoltohenkilöstölle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1816832](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1816832). 16.3.2015
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilasasiakirja>. 3.2.2015
- Strople, B. & Ottani, P. 2006. Can technology improve intershift report? What the researcs reveals. *Journal of Professional Nursing*, 22 (3), 197 – 204.
- Tantt, K. 2007a. Elektronisen hoitotiedon vaikutus. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 148.
- Tantt, K. 2007b. Tietojärjestelmien yhteentoimivuuden kehittäminen. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 211 – 214.

- Tanttu, K. & Ikonen, H. 2007. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen A. L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy, 112 – 127.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8a>. 15.1.2015
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja –strategian toimeenpanon tueksi. Tampere: Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos.
- Toikko, T. & Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.
- Turtiainen, T. 2005. Hoitotyön kirjaamiseen perustuva raportointikäytäntö osastolla K10 Helsingin lasten ja nuorten sairaalassa. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 126 – 131.
- Valtioneuvosto. 2001. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/147449/Kataisen+hallituksen+ohjelma/81f1c20f-e353-47a8-8b8f-52ead83e5f1a>. 10.12.2014.
- Varis, M. 2011. Moniulotteinen potilasturvallisuus – edistävät ja heikentävät tekijät. Sairaalahenkilöstön kuvausten analyysi. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Vesterinen, M. 2011. Sote-ennakointi projekti. Teoksessa Vesterinen, M. Sote-ennakointi – sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymän julkaisuja. Raportteja ja tutkimuksia 3. Iisalmi: Painotalo Seiska Oy
- Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Wallum, R. 1995. Using care plans to replace the handover. Nursing standard 9 (32), 24-26.
- Winblad, I., Reponen, J. & Hämäläinen P. 2012. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2011. Tilanne ja kehityksen suunta. Raportti. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.
- Ähman, H. 2005. Menestyvä johtaminen. Haasta itsesi. Porvoo: WS Bookwell Oy.

## Kyselylomake

Liite 1 1(4)



POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

## Hiljaisen raportoinnin kysely 2014

Pyydän ystävällisesti vastaamaan jokaiseen kysymykseen napauttamalla hiirellä valittu vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus siihen varattuun tilaan.

1. Työyksikkösi (esim. 1G, 3A, 2K, jne.)? \*

---

2. A. Millainen työvuorojen välisen raportoinnin menetelmä osastollanne on useimmiten, yleisimmin käytössä? (valitse yksi vaihtoehto) \*

Valitse yksi vaihtoehto ja vastaa 2 B:hen tarvittaessa. Laita rasti ruutuun, jos vastaat kysymykseen 2 B.

- a. Hiljainen (kirjallinen) raportti
- b. Suullinen raportti
- c. Hiljainen + suullinen raportti
- d. Joku muu, mikä?
- 

---

2 B. Jos yksikössäsi ei käytetä hiljasta raportointia, kerro miksi?

## Liite 1 2(4)

3. Jos yksikössäsi **käytetään** hiljaista raportointia, ole ystävällinen ja vastaa kysymyksiin 3-6. Oletteko olleet tyytyväisiä hiljaiseen raportointiin?

- a. Erittäin tyytyväisiä
- b. Melko tyytyväisiä
- c. En osaa sanoa
- d. Melko tyytymättömiä
- e. Erittäin tyytymättömiä

4. Missä raporteissa hiljainen raportointi on käytössä? (valitse kaikki käytössä olevat vaihtoehdot)

- a. Aamuraportilla (yövuoron ja aamuvuoron välinen)
- b. Päiväraportilla (aamuvuoron ja iltavuoron välinen)
- c. Iltaraportilla (iltavuoron ja yövuoron välinen)

5. A) Missä tilanteissa yksikössäsi käytetään hiljaisen raportoinnin sijaan jotain muuta raportointimenetelmää? (voit valita useita)

- a. Kiire
- b. Työvuorossa sisäisiä sijaisia (SISSIT)
- c. Työvuorossa kaikki työntekijöitä
- d. Työvuorossa uusi työntekijä
- e. Työvuorossa olevat haluavat
- f. Muu, mikä
- 

\_\_\_\_\_

## Liite 1 3 (4)

B) Mitä raportointimenetelmää silloin käytetään?

---

---

6. Onko hiljaisen raportoinnin mahdollistamiseksi tehty erityisjärjestelyjä? (esim. työvuoron alkamisajankohdan muutokset, tietokonepäätteiden lisääminen, omat potilaat jne.)

---

---

---

**OSA B**

Jos yksikössäsi on käytössä hiljainen raportointi, vastaa kysymyksiin kokemuksesi perusteella. Jos yksikössäsi ei vielä käytetä hiljaista raportointia, kerro mielipiteitäsi ja ajatuksiasi kysytyistä asioista, paina Seuraava.

7. Mitä etuja hiljaisen raportoinnin käytöstä on / ajattelisit olevan?

---

---

---

## Liite 1 4 (4)

8. Millaisia ongelmia hiljaisen raportoinnin **käyttöön** liittyy / ajattelisit liittyvän?

---

---

---

9. Mitä haasteita hiljaiseen raportointiin **siirtyminen** on aiheuttanut/ tulisi aiheuttamaan?

---

---

---

10. Millaista tukea **yksikössäsi** olisitte tarvinneet/ tarvitsisitte hiljaisen raportointiin siirryttäessä?

---

---

---

11. Millaista tukea **esimiehenä** olisitte tarvinnut / tarvitsisitte hiljaiseen raportointiin siirryttäessä?

---

---

---



## Saatekirje

## Liite 2

### Arvoisa osastonhoitaja/apulaisosastonhoitaja

Olen sairaanhoitaja (va apulaisosastonhoitaja) Piritta Jormanainen ja työskentelen gastrokirurgisella vuodeosastolla (2G). Opiskelen Karelia ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa (YAMK) ja opintoihini kuuluu opinnäytetyö.

Opinnäytetyöni tavoitteena on edistää hoitotyön hiljaisen raportoinnin käyttöä työvuorojen välisessä raportoinnissa Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää hoitotyön hiljaisen raportoinnin käyttöä työvuorojen välisessä raportoinnissa vuodeosastoilla, sen systemaattisuutta sekä etuja että haasteita.

Hiljaisen raportoinnin käyttöönoton edistämiseksi on organisaatioomme perustettu työryhmä, jonka tehtävänä on laatia hiljaisen raportoinnin käyttöönoton edistämisuunnitelma. Olen tämän työryhmän jäsen ja opinnäytetyöni tarkoitus liittyy hyvin työryhmän tavoitteisiin.

**Olen kiinnostunut juuri sinun ajatuksistasi ja näkemyksistäsi ja toivon, että käytät aikaasi tähän kyselyyn vastaamiseen.** Tämä kysely on kohdistettu PKSSK:n vuodeosastojen lähiesimiehille. Kysymykset 1-6 (osa A) käsittelevät hiljaisen raportoinnin käyttöä ja kysymykset 7-11 (osa B) mielipiteitänne ja näkemyksiänne hiljaisesta raportoinnista. Sähköinen kysely avautuu tässä sähköpostissa olevasta linkistä. Toivoisin, että vastaisit kyselyyni 20.2. mennessä.

**Vastaukset tullaan käsittelemään luottamuksellisesti, eikä opinnäytetyön raportoinnissa viitata kenenkään henkilöllisyyteen.** Osion B vastaukset käsitellään ja kuvataan niin, ettei vastaajien työyksikkökään tule esille. **Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.** Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

<https://www.webpolsurveys.com/S/6149019C1B62507B.par>

Sydämellinen kiitos avustasi!

*Piritta Jormanainen*

Piritta Jormanainen

va apulaisosastonhoitaja

osasto 2G

[piritta.jormanainen@pkssk.fi](mailto:piritta.jormanainen@pkssk.fi)

## Liite 3

**Esimerkki aineiston teemoittelusta.**

Kuviossa esitelty esimerkinomaisesti esitelty osa kysymyksen 7 vastauksista ja niiden teemoittelupolku ja kvantifiointi.

Tietokone pääte on hankittu lisää.
Vapaalta aamuvuoroon tulijalle suunnitellaan halutessaan vuoro alkamaan 6.45
Hankittu tarpeeksi tietokoneita
Käytämme tiimityötä ja tiimien sisällä jaamme potilaat esim. huoneittain
Koneita lisätty+niiden toimivuutta
jos tulee pitkältä vp:lta tai lomalta saa tulla lukemaan raporttia 6.45 aamuvuoroon
omat potilaat
Lukumahdollisuuksia eri paikoissa lisätty
Vapaalta aamuvuoroon tulevan työaika alkaa 6.45, jos työntekijä niin haluaa
Pelissäännöt on luotu, että raportin lukeminen mahdollistetaan
Lisätty osastolle atk päätteitä,

Tietokone pääte lisää.
tarpeeksi tietokoneita
Koneita lisätty
Lukumahdollisuuksia eri paikoissa lisätty
Lisätty osastolle atk päätteitä

jaamme potilaat esim. huoneittain
omat potilaat

aamuvuoroon 6.45
6.45 aamuvuoroon
Vapaalta aamuvuoroon 6.45

Pelissäännöt on luotu
-----------------------



Riittävästi tietokoneita (5)

Omat potilaat (2)

Mahdollisuus tulla aamuvuoroon 6.45 (3)

Yhteiset pelissäännöt (1)