

Linda Niemi  
Ruby Nurmela

# Hoitajien kokemuksia hiljaisesta raportoinnista hoiva-asumisen yksiköissä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyönkoulutusohjelma

Opinnäytetyö

22.11.2013

<p>Tekijät</p> <p>Otsikko</p> <p>Sivumäärä</p> <p>Aika</p>	<p>Linda Niemi Ruby Nurmela</p> <p>Hoitajien kokemuksia hiljaisesta raportoinnista hoiva-asumisen yksiköissä</p> <p>29 sivua + 6 liitettä 22.11.2013</p>
<p>Tutkinto</p>	<p>Sairaanhoitaja AMK</p>
<p>Koulutusohjelma</p>	<p>Hoitotyön koulutusohjelma</p>
<p>Suuntautumisvaihtoehto</p>	<p>Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto</p>
<p>Ohjaajat</p>	<p>Lehtori Marja Salmela Lehtori Liisa Montin</p>
<p>Opinnäytetyömme on osa Vantaan kaupungin hanketta. Yhteistyöosastomme olivat Vantaan kaupungin hoiva-asumisen yksiköt Myyrinkoti, Simonkylän vanhustenkeskus ja Metsonkoti.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitä kokemuksia hoitajilla on hiljaisesta raportoinnista hoiva-asumisen yksiköissä. Tavoitteena oli selvittää hiljaisen raportoinnin hyötyjä ja kehittämishaasteita. Saatujen tietojen avulla voidaan kehittää hiljaista raportointia ja viedä sitä eteenpäin.</p> <p>Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluiden avulla. Tutkimusmenetelmänä käytimme kvalitatiivista eli laadullista menetelmää, jossa keräsimme tutkimusaineiston teemahaastatteluun kahdeksalta hoitajalta kahdeksalta eri osastolta. Hoitajat ovat olleet kyseisillä osastoilla töissä keskimäärin viisi vuotta. Haastateltavat ovat käyttäneet sekä suullista että hiljaista raportointia nykyisillä osastoillaan.</p> <p>Opinnäytetyön keskeisimpiä tuloksia ovat tietotekniikka aiheuttamat haasteet hiljaisessa raportoinnissa, hiljainen raportointi vaikuttaa työajan käyttöön, kirjaaminen on kehittynyt, hyvää kirjaamista pidetään tärkeänä raportin onnistumisen kannalta ja hiljaiseen raportointiin siirtyminen on aiheuttanut haasteita. Työn tulokset ovat pääsääntöisesti samoja tuloksia kuin aikaisemmin tutkituissa aineistoissa.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten mukaan osastoille tulisi hankkia lisää tietokoneita, jotta hiljainen raportointi olisi sujuvampaa. Hoitotyön kirjaaminen on kehittynyt paljon, mutta parannettavaa on. Koulutuksia tulisi järjestää enemmän. Hiljainen raportointi koettiin osastoilla aluksi hankalaksi, mutta alkuvaikeuksien kautta hiljainen raportointi toimii pääosin osastoilla hyvin.</p>	
<p>Avainsanat</p>	<p>hiljainen raportointi, sähköinen kirjaaminen, gerontologinen hoitotyö, laadullinen tutkimus</p>

Authors	Linda Niemi Ruby Nurmela
Title	Nurses Experiences of Silent Report in Nursing Home
Number of Pages	29 pages + 6 appendices
Date	22 November 2013
Degree	Bachelor of health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Senior Lecturer Maria Salmela Senior Lecturer Liisa Montin
<p>Our thesis is part a project of Vantaa city. We cooperated with three nursing homes in Vantaa.</p> <p>The purpose of this thesis was to find out what experiences nurses have about silent reporting in nursing homes. The aim was to find out the benefits in silent reporting and to identify developmental challenges. The results can be used to develop silent reporting and take it further.</p> <p>The research data was collected by theme interviews. We used qualitative research method. We collected the data by interviewing eight nurses from eight different wards. The nurses have been working in these wards average for five years. The interviewees have been using both verbal and silent reporting in their current wards.</p> <p>The main results of the thesis were that technology causes challenges to silent reporting, silent reporting effects on working time, written reports have been improved, nurses think well-written reports are important in order silent reporting to work well and also migrating from verbal reporting to silent reporting causes challenges. The results of our thesis follow mainly same results as in previous researches.</p> <p>According to the results there should be more computers at the wards in order to silent reporting to work better. Written reporting has developed a lot but there's still much to improve. There should be arranged more training. At first silent reporting was considered difficult at the wards but afterwards is has mainly been working well.</p>	
Keywords	silent reporting, electric entry, geriatric nursing, qualitative method

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Gerontologinen hoitotyö	2
3	Potilasasiakirjat	4
4	Hoitotyön sähköinen kirjaaminen	6
5	Hoitotyön raportointi	7
5.1	Suullinen raportointi	8
5.2	Hiljainen raportointi	8
5.3	Potilaanvierusraportointi	9
6	Päätöksenteko hoitotyössä	9
7	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	11
8	Opinnäytetyön aineiston hankinta ja analysointi	11
8.1	Työelämän yhteistyöosastot	12
8.2	Teemahaastattelu	13
8.3	Sisällönanalyysi	14
9	Opinnäytetyön tulokset	15
9.1	Mitä kokemuksia hiljaisesta raportoinnista on?	16
9.2	Mitä hyötyä hiljaisesta raportoinnista on?	17
9.3	Mitä kehittämishaasteita hiljaisessa raportoinnissa on?	19
10	Pohdinta	20
10.1	Tulosten pohdinta ja johtopäätökset	20
10.2	Eettisyys	23
10.3	Luotettavuus	25
10.4	Opinnäytetyön tulosten hyödynnettävyys	26
	Lähteet	27
	Liitteet	

- Liite 1. Saatekirje
- Liite 2. Haastattelulupapyyntö
- Liite 3. Haastatteluteemat
- Liite 4. Esimerkki aineiston analyysistä
- Liite 5. Analyysin tulokset
- Liite 6. Tutkimuslupa

## 1 Johdanto

Maassamme luokitellaan ikäihmiseksi yli 65-vuotiaat miehet ja naiset. Ikäihmisten ryhmä ei ole yhtenäinen, he voivat olla hyväkuntoisia ja terveitä tai todella sairaita. Gerontologista hoitotyötä esiintyy akuutissa ja pitkäaikaissairaanhoidossa ja saattohoidossa. Gerontologinen hoitotyö on erikoistunut ikäihmisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn saavuttamiseen ja säilyttämiseen (Voutilainen – Tiilikainen 2008: 15- 16, 42.)

Hoitotyön raportointi tarkoittaa tietojen siirtämistä työvuorosta toiseen. Raportteja pidetään jokaisen vuoron vaihtuessa. Raportilla annetaan tietoa potilaasta, mikä helpottaa kliinistä päätöksentekoa ja potilaan hoidon suunnittelua. Raportoinnin virheettömyys on tärkeää, koska potilaiden tietojen virheellisyys on suoraan liitettävissä yllättäen kuolleiden määrään (Hallila 2005 125; Eriksson – Långstedt – Puumalainen 2003: 4; Ottani – Strople 2006: 197.)

Tulevaisuuden suuntaus on korvata suullinen raportointi hiljaisella raportoinnilla. Hiljaisessa raportoinnissa hoitajat perehtyvät omien vastuupotilaidensa potilasasiakirjoihin itsenäisesti tietokoneiden avulla. Yhdeksi syyksi suullisen raportoinnin vaihtamiseen hiljaiseen raportointiin nousee se, että suullisen raportointi vie aikaa itse kliinisestä hoitotyöstä (Ottani – Strople 2006: 197, 200.)

Sosiaali- ja terveysministeriö määrää, että potilaskertomuksiin tulee merkitä viivytyksetä tiedot ja niiden tulee edetä järkevästi sekä aikajärjestyksessä. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Potilasasiakirjoja ja niiden sisältämää tietoa saa terveydenhuollon ammattilainen käyttää, vain kun niitä työssään tarvitsee (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 6,7, 8-9.)

Siirryttäessä suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin nousee sähköisen kirjaamisen merkitys. Sähköinen kirjaaminen tehdään potilasasiakirjoihin. Sähköisissä potilasasiakirjoissa näkyy potilaan sairauden ja terveyden hoitoon liittyvät asiat. Sähköinen kirjaaminen lisää hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Se ohjaa myös hoitajan päätöksentekoa, jolloin sähköisen kirjaamisen on oltava laadukasta. Tehdyn päätöksen perustelut tulee aina näkyä kirjaamisessa ja asiat, jotka siihen ovat vaikuttaneet (Hoitotyön kirjaaminen 2007: 27-28, 30,32; Hallila 2005: 51-53.)

Päätöksenteko hoitotyössä voi olla näkyvää tai näkymätöntä ja siihen liittyy aina epävarmuustekijöitä. Päätöksenteko on prosessi, jonka lopputuloksena on kognitiivinen toiminto. Päätöksenteko on hoitajan ratkaisu kliinisessä työssään, erilaisten vaihtoehtojen välillä. Päätöksenteko voi olla joskus hankalaa, koska tiedot voivat olla hajanaisia ja niitä joudutaan etsimään eri lähteistä (Hoitotyönkirjaaminen 2007: 26, 29.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia hiljaisesta raportoinnista hoiva-asumisen yksiköissä teemahaastattelun avulla. Tavoitteena on selvittää hiljaisen raportoinnin kehittämishaasteita ja sen hyötyjä. Saatujen tietojen avulla voidaan kehittää hiljaista raportointia vanhusten hoivayksiköissä ja viedä eteenpäin.

## **2 Gerontologinen hoitotyö**

Gerontologinen hoitotyö perustuu tutkittuun tietoon ja kokemustietoon, arvoihin ja eettisiin periaatteisiin, joita on itse hoitotyössä. Tutkittu tieto perustuu hoitotieteeseen ja gerontologiseen tietoperustaan. Gerontologisessa hoitotyössä ikäihmisille pyritään edistämään terveyttä ja elämänlaatua. Gerontologisessa hoitotyössä tavoitteina ja lähtökohtina voidaan pitää terveyden edistämistä ja sen ylläpitämistä ja sairauksien hoitoa, palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantamista. Gerontologista hoitotyötä tehdään moniammatillisessa työyhteisössä (Voutilainen - Tiikainen 2008: 8 - 9, 17 - 18, 27, 42.) Tulevaisuudessa väestön vanhenemisen vuoksi tullaan tarvitsemaan gerontologisen hoitotyön osaamista yhä enemmän (Gerontologinen hoitotyö 2013).

Gerontologisessa hoitotyössä on tärkeä mahdollistaa asiakkaiden/potilaiden osallisuus ja tunnistaa heidän erilaisuudet ja muuttuvat tarpeet. Ikäihmisten ryhmä ei ole yhtenäinen palveluiden käyttäjä ja tarvitsija, vaan se voi muodostua hyvin erilaisista henkilöistä. Ikäihmiset ovat yli 65- vuotiaisia, miehiä, naisia ja he voivat olla joko hyväkuntoisia ja terveitä tai hyvinkin sairaita. Palveluiden tarvetta aiheuttavat eniten mm. dementia, masennus ja mielenterveysongelmat. Ikäihmisten sosioekonominen asema voi vaihdella hyvinkin paljon ja ne joilla asema on huonompi usein tarvitsevat enemmän palveluita. Syrjäytyneisyys, vähäosaisuus ja etninen tausta voivat myöskin lisätä palveluiden tarvetta (Voutilainen - Tiikainen 2008: 42.)

Vuonna 1979 Gunter & Estes ovat määritelleet gerontologisen hoitotyön seuraavanlaisesti: ”Gerontologinen hoitotyö on terveydenhuoltopalvelua, jossa yhdistetään hoitotyön ja gerontologian tietoa ja menetelmät niin, että

- luodaan edellytykset ikäihmisten terveyttä edistävälle käyttäytymiselle
- minimoidaan ja kompensoidaan terveysongelmista aiheutuvat haitat
- tuetaan ikäihmisten sosiaalista hyvinvointia vaikeissa elämäntilanteissa
- tuetaan asiakkaiden diagnosointia, hoidetaan sairauksia ja lievitetään kärsimyksiä huomioon ottaen seuraavat:
  - asiakkaan erityisyys, josta saadaan tietoa järjestelmällisellä tarpeen arvioinnilla
  - hoitotyöntekijän pätevyys
  - ympäristö, jossa hoitotyötä tehdään
  - hoitotyölle asetetut laatuvaatimukset sekä systemaattinen hoitotyölle asetettujen tavoitteiden saavuttamisen arviointi.”

Gerontologista hoitotyötä esiintyy akuutissa- ja pitkäaikaissairaanhoidossa sekä saatohoidossa. Tällöin se voi sisältää sairauden ennalta ehkäisevää toimintaa tai terveyttä edistävää toimintaa. Gerontologinen hoitotyö ei ainoastaan käsitä ikäihmisten hoitamista, vaan myös heidän kanssa toimimista. Gerontologisen hoitotyön tavoitteita ovat:

- terveyden edistäminen ja ylläpito
- toimintakyvyn tukeminen (arviointi, edistävä hoitotyö ja voimavarojen arviointi) ja sairauksien hoito
  - turvallisen lääkehoidon toteutus
  - perhehoitotyö
- palliatiivinen hoitotyö

(Voutilainen – Tiikainen 2008: 15-16; Gerontologinen hoitotyö 2013.)

## 2.1 Arvot ja eettiset periaatteet gerontologisessa hoitotyössä

Arvot ilmaisevat sitä mitä me pidämme hyvänä ja tavoiteltavana. Yhteiskunnassamme keskeisimpänä arvoina pidämme vapautta ja oikeudenmukaisuutta. Eettiset arvot kuvaavat sitä mitä pidämme hyvänä elämänä ja hyvänä ihmisenä. Eettiset arvot ohjaavat toimintaamme ja sitä miten meidän tulisi elää. Gerontologisessa hoitotyössä arvot ohjaavat tavoitteiden suunnan. Keskeisempiä tavoitteita ovat hyvä elämänlaatu, onnistunut vanheneminen, toimintakyky ja terveys. Gerontologisen hoitotyön eettiset arvot ja



periaatteet ovat sidoksissa itse hoitotyöhön kuin myös yleiseen eettiseen arvoon. Hoitotyön ja yleiseen etiikkaan arvoihin ja periaatteisiin kuuluu hyvän tekeminen, vahingon välttäminen, ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus ja integriteetin kunnioittaminen (Voutilainen – Tiikainen 2008: 27-29.)

Gerontologisessa hoitotyössä nämä arvot ja eettiset periaatteet voivat olla joskus hankalia toteuttaa, koska iäkkäät asiakkaat/potilaat ovat usein muistisairaita, riippuvuuden kohtaaminen on suurentunut, kuoleman kohtaaminen, läheisten suuri huoli ja fyysisen kunnan alentuma vuoksi. (Voutilainen – Tiikainen 2008: 28-29.)

Suomen Mielenterveysseura on koonnut kymmenen käskyä vanhusten hyvän hoidon ja kohtelun periaatteeksi.

1. Vanhuksella on oikeus hyvään elämään.
2. Vanhuksella on itsemääräämisoikeus.
3. Vanhuksella on oikeus yksilölliseen vanhuuteen.
4. Vanhuksen yksityisyyttä on kunnioitettava.
5. Vanhusta on kohdeltava hyvin.
6. Vanhusta on hoidettava hyvin.
7. Vanhuksella on oikeus hyvään elinympäristöön.
8. Vanhuksella on oikeus hyvään ja riittävään hoitohenkilöstöön.
9. Vanhuksella on oikeus omaisiinsa ja läheisiinsä.
10. Vanhuksella on oikeus hyvään kuolemaan.

(Vanhusten hyvän hoidon ja kohtelun kymmenen käskyä 2011.)

### **3 Potilasasiakirjat**

Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja kaikki siihen liittyvät potilastiedot, asiakirjat ja kuolemansyyhyn liittyvät tiedot, sekä kaikki muut asiakirjat ja tiedot jotka ovat syntyneet potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen aikana. Hoitokertomus on osa potilaskertomusta, joka sisältää hoitajien ja muiden ammattiryhmien kirjoittamia hoitoon liittyviä merkintöjä. Hoitokertomus sisältää hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja sen arvioinnin (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 § 2; Saranto – Ensio –Tanttu – Sonninen 2007: 12.) Potilasasiakirjojen ansioista voidaan

taata hoidon jatkuvuus. Potilasasiakirjat ovat salaisia. (Mustajoki – Alila – Matilainen – Rasimus toim. 2010: 755.)

Potilaan hyvän hoidon järjestämisen turvaamiseksi asiakirjoihin tulee merkitä tarpeelliset ja tarpeeksi laajat tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Merkinnoissa tulee käyttää yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä sekä lyhenteitä. Asiakirjoihin tulee merkitä tiedon lähde, jos se ei ole peräisin itse terveydenhuollon ammattilaiselta (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 § 7.)

Potilaskertomuksiin ja -asiakirjoihin tulee merkitä viivytyksettä tiedot ja niiden tulee edetä järkevässä aikajärjestyksessä. Potilaskertomukseen jo tallennettua tietoa ei saa poistaa tai kirjoittaa uudelleen. Jos kirjataan virheellinen tieto, täytyy virheellisen sekä korjatun merkinnän olla nähtävissä myöhemmin (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 § 8-9.)

Potilasasiakirjoissa tulee aina näkyä tarpeelliset perustiedot joita ovat: potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot, terveydenhuollon toimintayksikkö, merkinnän tekijän nimi ja asema. Potilaskertomukseen merkitään myös tarpeelliset hoitotiedot joista näkyy potilaan tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudin määräytyminen, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 § 10- 11.)

Osastohoidossa olevasta potilaasta tehdään merkintöjä potilaskertomukseen riittävän usein aikajärjestyksessä. Merkintöihin kirjataan muutokset potilaan tilasta, tiedot tehdyistä tutkimuksista ja annetuista hoidoista. Lisäksi on päivittäin tehtävä merkinnät potilaan tilasta (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 § 14.)

Potilaan tietoihin täytyy aina merkitä, jos potilas on kieltäytynyt hoidosta. Tiedon täytyy olla myös potilaan itsensä varmentama. Merkinnästä tulee näkyä, että potilaalle on annettu tarpeeksi tietoa, mitä tapahtuu jos hoidosta kieltäytyy (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 § 18.)

Potilasasiakirjoja ja niiden tietoja saavat käyttää vain siinä määrin kuin terveydenhuollon ammattilainen tarvitsee niitä työssään. Sähköisessä potilastietojärjestelmässä käyttöoikeudet pitää olla hallintajärjestelmässä määriteltynä ja jokaiselle käyttäjälle työteh-

täviensä mukaiset. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 § 4.) ”Sähköisten potilastietojärjestelmien käyttäjä tulee yksilöidä ja tunnistaa siten, että käyttäjä todennetaan yksiselitteisesti”. Ilman asianmukaista lupaa/oikeutta potilastietojen katselu on rikos. Ja siitä seuraa rangaistus, joka on joko työantajan antama työoikeudellinen varoitus tai tuomioistuimen määräämä rikosoikeudellinen rangaistus (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilas-asiakirjoista 298/2009 § 4; Saranto ym. 2007: 34.) Potilasasiakirjoihin saa tehdä merkintöjä terveydenhuollon ammattilainen, joka on näin vastuussa tehdyistä potilasmerkinnöistä (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilas-asiakirjoista 298/2009 § 6) Potilasasiakirjoja saa luovuttaa omaisille/sivullisille vain potilaan omalla luvalla. Potilas itse saa päättää kuka/ketkä hänen tietojaan saavat katsoa. Ainoastaan viranomaisilla (Poliisi, Kela, eläkelaitos, tapaturmavirasto ja sosiaalitoimi) on lupa saada potilaiden tietoja ilman erillistä lupaa (Mustajoki ym. 2010: 756.)

Jokaisella potilaalla on oikeus saada nähdä omat potilastiedot. Hänellä on oikeus saada nähdä mitä merkintöjä hänestä on tehty. Potilaalla on myös oikeus nähdä henkilörekisteristä rekisteriselosteensa. Potilaalla on täysi oikeus saada tietoonsa henkilötietojen käsittelystä ja yleisistä potilasrekisteröintiin liittyvistä asioista. Kaikki edelle mainittu on yleistason informaatiota. Myös jokaisella potilaalla on tarkistus-oikeus omiin potilasasiakirjatietoihin. Tarkastuspyyntö osoitetaan sille henkilölle, jolla on lupa myöntää tarkastus-oikeus (Saranto ym. 2007: 38-39.)

#### **4 Hoitotyön sähköinen kirjaaminen**

Sähköistä kirjaamista ohjaavat kansallisesti hyväksytyt ydintiedot, jonka mukaan kirjaaminen tapahtuu potilastietoihin. Ydintiedot muotoutuvat potilaan sairauden ja terveyden hoitoon liittyvistä keskeisistä tiedoista. Hoitotyön suunnitelma osuudessa rakenteet ovat nimetty hoitotyön prosessin mukaan: hoitotyön tarve, toiminnot, tulokset ja arviointi. Näiden rakenteiden lisäksi on vielä potilaan hoidon luokitus. Näiden rakenteiden avulla saadaan sähköisen kirjaamisen sisältöä yhdenmukaisemmaksi. Rakenteiden sisään on kehitelty erilaisia ryhmittelyitä ja otsikoiteja, jotka helpottavat kirjaamista. Näiden käyttö ja sisältö määräytyy hoitajien ja yksikön toimenkuvan mukaan (Hoitotyön kirjaaminen 2007: 30.) Hoitotyön kirjaamisen rakenteiden ja luokitusten ansiosta mahdollistuu päätöksenteon tarkastelu ja sen tulokset. Kirjaamisen rakenteiden yhteneväisyyksien ansiosta pystytään hoidon tarpeiden ja toimintojen kirjaaminen tehdä systemaattisemmaksi (Saranto ym. 2007: 62.)

Sähköisen kirjaamisen ansiosta potilaan tietoja voidaan käyttää yksiköissä, organisaatioissa ja alueellisella tasolla. Hoidon tarveluokitusten vuoksi tietoja voidaan myös hyödyntää valtakunnallisella tasollakin. Tiedon haku, siirto ja käyttö ovat helpottuneet sähköisen kirjaamisen ansiosta (Hoitotyön kirjaaminen 2007: 32.)

Sähköinen kirjaaminen vaatii jatkuvasti kehittämistä ja laaduntarkkailua. Sähköinen kirjaaminen mahdollistaa erilaisten datojen, numeeristen ja teksti tietojen yhdistämistä. Sähköinen kirjaaminen lisää hoidon laatua, potilasturvallisuutta ja mahdollistaa uusien kustannustehokkaampien toimintamallien käyttöönoton. Asiakaskeskeisyys, terveyspalvelujen saatavuus, toiminnan tavoitteellisuus, taloudellisuus, moniammatillinen tiimityöskentely ja hoitoketjujen saumattomuus parantuvat. Sähköisen kirjaamisen avulla säästetään myös kustannuksissa, sillä potilaasta ajantasaiset tiedot ovat saatavilla seuraavassa hoitopaikassa, jolloin vältetään turhilta ja ylimääräisiltä tutkimuksilta. Potilaalla on mahdollisuus saada ajan tasalla olevaa tietoa terveydentilastaan ja hoitohistoriastaan aikaisempaa paremmin sähköisen kirjaamisen myötä (Hoitotyön kirjaaminen 2007: 32; Hallila 2005: 51-53.)

Sähköinen kirjaaminen ohjaa hoitajan rationaalista päätöksentekoa, koska tämä voi tuoda esille valintoja ja vihjeitä. Sähköisen kirjaamisen avulla pystytään tarkastelemaan potilaiden samanaikaisesti muuttuneiden trendien muutoksia, joita hoitajat voivat hyödyntää päätöksenteossa. Tämä vaatii paljon sähköiseltä kirjaamiselta. Tehtyjen päätösten perustelut täytyy tuolloin näkyä kirjaamisissa (Hoitotyön kirjaaminen 2007: 27-28.)

Sähköisessä kirjaamisessa tulisi tulla ilmi päätöksentekoon oleellisesti vaikuttaneet tekijät. Kokeneella hoitajalla tätä sanotaan ns. hiljaiseksi tiedoksi päätöksenteossa. Sähköinen kirjaaminen tukee päätöksentekoa ja sen ansiosta päätöksentekoa voidaan tuoda enemmän näkyväksi ja yhdenmukaisemmaksi. Sähköisen kirjaamisen ansiosta pystytään jälkikäteen tarkastelemaan hoitajan päätöksentekoa kirjaamisten ja muiden potilaaseen liittyvien tietojen avulla (Hoitotyön kirjaaminen 2007: 29, 30.)

## **5 Hoitotyön raportointi**

Hoitotyön raportointi tarkoittaa hoitotyön tietojen siirtämistä työvuorosta toiseen (Hallila 2005: 125). Raportti on moninainen prosessi, jossa annetaan tärkeää tietoa potilaista,

tämä helpottaa kliinistä päätöksentekoa ja hoidon suunnittelua (Ottani – Strople 2006: 197). Raportteja pidetään aina vuoron vaihtuessa aamulla, päivällä ja illalla. Raportointi on osa välillistä hoitotyötä, johon kuuluu hoitajan työajasta 30-50 % (Eriksson - Långstedt - Puumalainen 2003: 4.) Raportoinnin sisällön tarkkuus ja laajuus on tärkeää, koska sairaalassa hoitovirheisiin on monesti liittynyt virheellinen raportointi/kommunikointi (Ottani – Strople 2006: 197).

### 5.1 Suullinen raportointi

Suullinen raportointi tarkoittaa käytännön hoitotyössä sitä, että hoitajat antavat raportin toisilleen verbaalisesti ja toimivat näin oman muistinsa varassa hoitaessa potilaita. (Hallila 2005: 125). Suullisen raportin sisältö koostuu hoidossa olevien potilaiden sairauteen, hyvinvointiin ja hoitoon liittyvistä asioista. Suullisia raportteja pidetään n. 3-4 kertaa vuorokaudessa ja kesto vaihtelee 10 minuutista tuntiin. Keskimääräinen kesto on n. puoli tuntia. Hoitajien työajasta n. 30-40% kuuluu itse raportointiin, johon sisältyy myös itse tiedottaminen. Raporttien keston vaikuttaa mm. potilaiden määrä, vaihtuvuus, hoidon tarve ja osaston tavat ja tottumukset (Eriksson - Långstedt - Puumalainen 2003: 4.)

Sanotaan, että suullinen raportti ja sen hyödyllisyys on aikansa elänyt, koska se vie niin paljon aikaa potilaiden hoidosta. Suullista raportointia pidetään tehottomana ja se lisää hoitajien ylityitä. Potilaan on mahdotonta tavata hoitajaa vuoron vaihdon aikana, koska kaikki hoitajat ottavat vastaan suullista raporttia. Suullisen raportin aikana kului aikaa myös merkitsemättömän tiedon jakamiseen. Hoitajat kirjoittavat ylös alle puolet tiedoista, joita kuulee suullisen raportin aikana ja tietoa pitää palauttaa usein takaisin mieleen (Ottani – Strople 2006: 198 Baldwin – McGinnis 1994: 61.)

### 5.2 Hiljainen raportointi

Hiljaista raportointia voidaan kutsua myös kirjalliseksi tiedon välitykseksi tai kirjalliseksi raportoinniksi. Siinä hoitajat suullisen raportoinnin sijasta perehtyvät itsenäisesti sairaskertomuksiin ja hoitosuunnitelmiin. Hiljaisessa raportoinnissa tieto on ajantasaista ja tieto on saatavilla koko ajan. Tieto myös on helpommin löydettävissä akuuteimmissa tilanteissa. Hiljainen raportointi mahdollistaa työn jatkuvuuden myös kliinisessä hoitotyössä raportin ajan. Vuoron alussa hoitajat lukevat itsenäisesti oman vuoron vastuupo-

tilaisten tiedot potilasasiakirjoista. Hiljaisessa raportoinnissa voi keksittyä paremmin omiin potilaisiin ja heidän hoitotyöhönsä. Hiljainen raportointi perustuu potilasasiakirjoihin kirjattujen tietojen aktiiviseen hyödyntämiseen. Potilasasiakirjoista tulisi näkyä vain olennainen tieto ja kattavasti. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että hoitajat pitävät hiljaista raportointia aikaa säästävänä ja tehokkaana raportointitapana (Eriksson ym. 2003: 5; Baldwin – McGinnis 1994: 62, 64; Sajama 2010: 34-35; Raportointi 2012.)

Tulevaisuuden suuntaus on korvata suullinen raportointi hiljaisella raportoinnilla. Tietokoneiden käyttö voi parantaa raportointiprosessia, potilasturvallisuutta, hoidon laatua ja jatkuvuutta. Suullisessa raportoinnissa tieto ei aina kulje, eikä sitä jälkikäteen pystytä tarkistamaan ja tällöin kärsii potilasturvallisuus. Käytettäessä hiljaista raportointia korostuu kirjaamisen laadun tärkeys. Tutkimuksissa on todettu, että hiljainen raportti antaa enemmän aikaa potilastyöhön. Hoitajat tuntevat että potilaiden hoito on parantunut hiljaisen raportoinnin myötä. (Ottani – Strople 2006: 198, 200; Baldwin – McGinnis 1994: 61; Sajama 2010: 34-35; Raportointi 2012.)

### 5.3 Potilaanvierusraportointi

Raportti joka tapahtuu potilashuoneessa potilaan vuoteen vierellä, voidaan kutsua potilaan vierusraportoinniksi (PVR). (Hallila 2005: 133). PVR:llä pyritään kannustamaan potilasta osallistumaan häntä koskevaan keskusteluun eli se korostaa potilaskeskeisyyttä. Tämä lisää luotettavuutta ja tehostetaan raportointia. (Eriksson ym. 2003: 5; Hallila 2005: 134.) Keskustelu käydään potilaan antamien ehtojen mukaan ja yksilöllisesti ja annetaan potilaan itse kertoa voinnistaan. Hoitajien on osattava olla hienotunteisia ja ammatillisia. Vaitiolovelvollisuus koskee hoitajien lisäksi myös potilaita. PVR on tiedon saamista, antamista ja sen havainnointia. Potilaalla on oikeus kieltäytyä PVR:stä. (Hallila 2005: 133-134.)

## 6 Päätöksenteko hoitotyössä

Kun tutkitaan päätöksenteon prosessia ja sen teoreettisia lähtökohtia saadaan aikaiseksi erilaisia teorioita. Teorioiden avulla pystytään hahmottamaan päätöksenteon monimuotoisuutta ja haasteellisuutta. Päätöksenteko voi olla näkyvää tai näkymätöntä. Päätöksenteko on etenevä prosessi, jonka lopputuloksena on kognitiivinen toiminta. Kognitiivinen toiminta on hoitajan ratkaisu erilaisten vaihtoehtojen välillä kliinisessä

työssään (arvioi potilaan tilannetta, priorisoi, ratkaisee ongelmia ja ajattelee aktiivisesti). Hoitajan päätökset ja valinnat perustuvat tutkittuun tietoon. Saatuja tietoja käytetään potilaan hyvän edistämiseksi (Hoitotyön kirjaaminen 2007: 26, 29.) Hoitotyössä tehtävä päätöksenteko edellyttää tiedon tarpeen määrittelyä, tiedon kokoamista ja analysointia (Saranto ym. 2007: 56).

Päätöksenteko näkyy hoitajan ja potilaan vuorovaikutuksena hoitotyön eri vaiheissa, jolloin vuorovaikutus on vastavuoroista. Kiinnittämällä huomiota siihen mitä, miten ja milloin hoitaja tekee, voidaan päätöksentekoa havainnoida. (Hoitotyön kirjaaminen 2007: 25- 26.)

Päätöksentekoon liittyy aina epävarmuustekijöitä, koska siihen vaikuttavat monet erilaiset muuttujat, joita on hyvin vaikeaa saada kirjaamisessa näkyviin. Kiire ja epävarmuus vaikuttavat päätöksenteon tuloksellisuuteen negatiivisesti. Hoitotyössä tilanteet ovat usein monimuotoisia ja ongelmat vaihtelevat useasti. Lisäksi tarvittavat tiedot voivat olla hyvinkin hajanaisia ja niitä joudutaan etsimään monista eri lähteistä. Tämä myös hankaloittaa yhteenvedon tekemistä (Hoitotyön kirjaaminen 2007: 26.)

Analyttisessä päätöksenteossa hoitajan päätöksenteko liittyy siihen, että hoitaja määrittelee hoitotyön ongelman, hankkii tietoa, suunnittelee toiminnan, toteuttaa ja arvioi. Tämä on optimaalinen tapa tehdä ratkaisuja hoitotyön päätöksenteossa (Lauri – Salanterä 2002: 159; Lauri 2007: 21.)

Jos päätöksenteossa on paljon jäsentämätöntä tietoa sekä vihjeitä, ratkaisu tehdään silloin nopeasti. Tällöin päätöksenteko sijoittuu jatkumossa intuitiiviselle alueelle (Hoitotyön kirjaaminen 2007: 29.) Intuitiivisessa päätöksenteossa hoitaja hahmottaa tilanteen nopeasti ja tekee sen pohjalta päätöksiä. Intuition ja kokemuksen pohjalta tehdyillä päätöksillä on merkitystä potilaiden ja hoitohenkilökunnan kanssakäymisen kanssa (Lauri – Salanterä 2002: 159; Saranto ym. 2007: 56).

Päätöksenteossa hoitajat käyttävät joustavasti erilaisia päätöksen tekotapoja. Päätöksen tekotavan käyttö riippuu hoitotyön ongelman tilanteesta, hoitotyön tehtävästä ja saatavilla olevasta tiedosta sekä ajasta, jota voi käyttää päätöksentekoon. Hoitajat tekevät jatkuvasti eritasoisia päätöksiä, jotka koskevat potilaan hoidon tarvetta, suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Tutkimuksen mukaan hoitotyössä käytetään analyyttistä ja intuitiivista ajattelun prosessia erilaisina yhdistelminä. Tutkimuksissa on

myös todettu, että kokeneemmat ja kokemattomat hoitajat tekevät päätöksiä oleellisesti eri tavoin. Päätöksenteon taidon kehittymisellä on suuri merkitys hoitotyön kirjaamisessa ja toteutuksessa. Päätöksenteko taito kehittyy hoitotyön ammatillisessa koulutuksessa (Lauri 2007: 22; Lauri – Salanterä 2007: 159; Saranto ym. 2007: 56; Hoitotyön kirjaaminen 2007: 28; ).

## **7 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitä kokemuksia hoitajilla on hiljaisesta raportoinnista hoiva-asumisen yksiköissä. Tavoitteena on selvittää hiljaisen raportoinnin hyötyjä ja kehittämishaasteita. Opinnäytetyö toteutetaan, jotta osastojen hiljaista raportointia voidaan kehittää jatkossa.

Opinnäytetyössä haetaan vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Mitä kokemuksia hoitajilla hiljaisesta raportoinnista on?
2. Mitä hyötyä hiljaisesta raportoinnista on?
3. Mitä kehittämishaasteita hiljaisessa raportoinnissa on?

## **8 Opinnäytetyön aineiston hankinta ja analysointi**

Opinnäytetyö toteutetaan kvalitatiivisena tutkimuksena eli laadullisena tutkimuksena. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostuvat ihmisen erilaiset henkilökohtaiset kokemukset, tulkinnat ja käsitykset (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009: 51.) Kvalitatiivista tutkimusta käytetään usein hoitotieteessä, koska sillä saadaan tarkemmin ihmisten kuvailemia kokemuksia terveydestä ja sairauksista. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ihmiset saavat kuvailla omin sanoin kokemuksiaan. Tällaisia kokemuksia ei saada määrällisesti mitattuna tai pelkästään havainnoimalla. Laadullinen tutkimus lisää ymmärrystä tutkimusilmioista (Kankkunen - Vehviläinen- Julkunen 2009: 57.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa, otanta eli tutkittava joukko ei ole kovin suuri, koska siinä ei pyritä saamaan yleistettävää tietoa vaan syvempää tietoa tutkittavasta asiasta (Kankkunen - Vehviläinen- Julkunen 2009: 83).



## 8.1 Työelämän yhteistyöosastot

Tutkimus toteutetaan Vantaan kaupungin hoiva-asumisen palveluiden eri osastoilla. Vantaan kaupunki ylläpitää kolmea eri hoiva- ja vanhainkotiä, jotka ovat Metsonkoti, Simonkylän vanhustenkeskus ja Myyrinkoti. Hoiva-asumisen palvelut ovat tarkoitettu ikäihmisille, jotka eivät selviydy enää kotona itsenäisesti tai palvelutaloissa. Ikäihmisen elämän tilanteen muuttuessa arvioidaan hänen tilanne ja avun tarve. Arviointi tapahtuu aina yhdessä asiakkaan ja hänen omaisten/läheisten kanssa (Hoiva-asumisen palvelut 2013.)

Hoiva- ja vanhainkotien henkilökuntaan kuuluu osastonhoitajia, sairaanhoitajia, lähihoitajia, laitoshuoltajia ja lääkäri käy säännöllisesti kerran viikossa. Yhteistyötä tehdään fysioterapeuttien ja viriketoimintaohjaajien kanssa. Hoito on moniammatillista. Myyrinkodissa on myös käytettävissä sairaalapastori (Vantaan kaupungin omat hoiva- ja vanhainkodit 2013; Metsonkoti 2013; Simonkylän vanhustenkeskus 2013; Myyrinkoti 2013.)

Hoiva- ja vanhainkodeissa hoitotyötä toteutetaan yksilövastuista eli jokaisella asukkaalla on nimetty omahoitaja ja asukkaille/potilaille on laadittu oma hoitosuunnitelma. Hoitokokouksia järjestetään aina tarvittaessa ja niihin osallistuvat itse asiakkaat/potilaat, omaiset/läheiset ja muut asiakkaiden/potilaiden hoitoon osallistuvat tahot. (Vantaan kaupungin omat hoiva- ja vanhainkodit 2013; Metsonkoti 2013; Simonkylän vanhustenkeskus 2013; Myyrinkoti 2013.)

Hoiva- ja vanhainkodeissa pyritään luomaan kodinomaisen hoitoympäristö, jossa tuetaan asukkaiden autonomiaa ja toimintakykyä niin pitkälle kuin mahdollista. Työskentelytapa on asukkaiden toimintakykyä ylläpitävä ja kuntoutumista edistävä. Toimintatapoja ja osaamista kehitetään jatkuvasti. (Vantaan kaupungin omat hoiva- ja vanhainkodit 2013; Metsonkoti 2013; Simonkylän vanhustenkeskus 2013; Myyrinkoti 2013.)

Myyrinkoti sijaitsee Myyrmäessä ja sieltä haastattelimme kolmelta eri osastolta yhtä hoitajaa. Haastateltavat osastot olivat osasto 3, 4 ja 5. Osasto 3 on 25-paikkainen ja tarjoaa lyhytaikaista hoitoa. Lyhytaikaishoidolla tuetaan omaishoitajien jaksamista ja asiaakaan pärjäämistä kotona mahdollisimman pitkään. Osasto 4 on 25-paikkainen ja tarjoaa pitkäaikaista hoiva-asumista muistisairaille ja psykogeriatrisista käytöshäiriöistä

kärsiville ikäihmisille. Osasto 5 on 26-paikkainen ja tarjoaa pitkäaikaista hoiva-asumista muistisairaille ikäihmisille (Myyrinkoti 2013.)

Metsonkoti sijaitsee Vantaan Korsossa ja siellä on kaksi osastoa, joista molemmista haastattelimme yhden hoitajan. Molemmat osastot muodostuvat neljästä kotipiiristä, joissa jokaisessa on seitsemän asukasta. (Metsonkoti 2013.)

Simonkylän vanhustenkeskuksessa on kaksi toiminta yksikköä Simonkoti ja Simonkylä. Simonkodissa on kolme osastoa ja Simonkylässä on kolme hoivakotia. Haastattelimme kolmea eri hoitajaa kolmelta eri osastolta. Haastateltavat osasto olivat Simonkylän hoivakodit 1, 2 ja 3. (Simonkylän vanhusten keskus 2013.)

## 8.2 Teemahaastattelu

Haastattelu on yleisin käytetty tiedonkeruu menetelmä laadullisessa tutkimuksessa (Elo - Kanste - Kyngäs - Kääriäinen - Pölkki 2011: 139). Tiedon keruu työssä toteutetaan yksilöhaastatteluna teemahaastattelun muodossa. Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa kysymyksiä on laadittu etukäteen, mutta niiden kysymisjärjestyksellä tai tarkalla esittämismuodolla ei ole väliä. Keskustelun luonne ja eteneminen muokkaa kysymyksiä. Teemahaastattelussa kuitenkin pitäydytään asiassa ja etsitään vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tällaisessa haastattelutavassa korostuu haastateltavan antamat omat käsitykset ja kokemukset tutkittavaa asiaa kohtaan (Kankkunen - Vehviläinen- Julkunen 2009: 97.)

Opinnäytetyön kaikkiin haastatteluihin osallistuivat molemmat opinnäytetyön tekijät. Kaikki haastattelut nauhoitettiin, jonka avulla ne pystyttiin litteroimaan. Nauhoitukset ja litteroinnit tallennettiin tietokoneelle lukittuihin kansioihin ja tuhottiin työn valmistuttua.

Haastattelut tehtiin anonymina eli kenenkään haastateltavan henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa tutkimusta. Valmiista tutkimustuloksista ei pysty päättelemään kuka haastateltava on. Haastatteluteemat on johdettu opinnäytetyön tutkimuskysymyksistä (Liite 3.)

Tutkimukseen haastateltiin kahdeksaa hoitajaa (N= 8) kahdeksasta eri Vantaan hoiva-asumisen yksiköistä. Yksiköt olivat Myyrinkoti, Simonkylän vanhustenkeskus ja Metsonkoti. Haastateltavat ovat kaikki eri osastoilla töissä. Myyrinkodista haastattelimme kolmea hoitajaa, Simonkylästä kolmea ja Metsonkodista kahta hoitajaa. Haastateltavat

hoitajat olivat sairaanhoitajia, lähi- sekä perushoitajia, joilla on noin 5 vuoden työkokemus yksiköstään. Haastateltavilta vaaditaan työkokemusta k.o. osastolta, koska heillä on näin kokemus sekä suullisesta, että hiljaisesta raportoinnista. Haastateltavat valitsi osastonhoitaja työkokemuksen perusteella. Kaikki osastot ovat siirtyneet yhtä aikaa hiljaiseen raportointiin (1.9.2012).

### 8.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysiä käytetään laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä, sekä määrällisen tutkimuksen avointen kysymysten vastausten analysoinnissa. Sisällön analyysiä käytetään silloin, kun pyritään kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä (Elo ym. 2011: 139.) Analyysin lähtökohtana on, että tutkija pystyy pelkistämään ja muodostamaan käsitteitä, jotka kuvaavat ilmiötä (Elo ym. 2011: 139). Tässä työssä sisällön analyysi toteutetaan induktiivisella eli aineistopohjaisella sisällön analyysillä, jossa käsitteet nousevat aineistosta, joka on kerätty haastatteluilla (Elo ym. 2011: 139).

Sisällön analyysi alkaa siitä, että nauhoitettu haastattelu litteroidaan eli kirjoitetaan auki sanasta sanaan (Kankkunen - Vehviläinen- Julkunen 2009: 132). Tässä työvaiheessa molemmat haastattelijat litteroivat puolet haastatteluista. Sisällönanalyysissä valitaan ensin analyysiyksikkö, jota aiotaan käyttää. Analyysiyksiköllä tarkoitetaan sanaa tai lausetta (Janhonen - Nikkonen 2001: 25.) Analyysiyksikköä ohjaavat työn tutkimuskysymykset sekä tutkimusaineisto (Alahuhta -Korkiakangas - Laitinen - Luoma - Taanila 2009: 217). Tämän työn analyysiyksikkönä toimivat lauseet. Kun analyysiyksikkö on valittu, etsitään aineistosta alkuperäiset ilmaukset, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen alkuperäiset ilmaukset pelkistetään. (Janhonen - Nikkonen 2001: 25- 29.)

Pelkistetyt ilmaisut kerätään ryhmiksi. Ryhmistä etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaisut kerätään omiin ryhmiin ja näille ryhmille annetaan nimi eli alakategoria. Samansisältöiset alakategoriat taas kerätään toisiinsa sopiviksi ryhmiksi ja ne nimetään. Näin syntyvät yläkategoriat. Tätä vaihetta kutsutaan abstrahoinniksi. Yläkategoriat avataan opinnäytetyön tuloksissa kirjallisesti. (Janhonen - Nikkonen 2001: 25- 29; Alahuhta ym. 2009: 218; Kankkunen, Vehviläinen - Julkunen 2010:137.) Kategorioiden etsiminen toteutettiin yhdessä, jotta tuloksista tulee yhtenäisiä ja luotettavampia.

Sisällönanalyysin oikeaoppinen analysointi ja raportointi ovat yhteydessä tutkimuksen luotettavuuteen. Analyysissä on hyvä käyttää suoria lainauksia, joka lisää luotettavuutta. Suoria lainauksia käytettäessä huolehditaan että vastaajien anonymiteetti säilyy, joka on yksi tutkimuksen eettisiä periaatteita (Elo ym. 2011: 140.) Analyysissä tärkeintä on, että tutkijan täytyy kyetä osoittamaan luotettavasti yhteys aineiston ja tutkimustulosten välillä (Liite 4.) (Alahuhta ym. 2009: 218).

## 9 Opinnäytetyön tulokset

Tuloksia analysoidessamme pelkistimme lauseet ja kokosimme ne omiin kategorioihin ja nimesimme ne (Liite 4.) Jaoinme kategoriat tutkimuskysymysten mukaisesti. Avaamme näiden kategorioiden mukaisesti tutkimustulokset. Jokaisessa avatussa kategoriassa on mukana jonkun haastateltavan lainaus, joka kuvastaa parhaiten tutkimustulosta. Lainaus on muutettu ja pelkistetty sellaiseen muotoon, jotta haastateltavan anonymiteetti säilyy. Tulosten analysoinnit olemme tehneet yhdessä, jotta tuloksista tulisi luotettavia.

Taulukko 1. Analyysi taulukko

### Mitä kokemuksia hiljaisesta raportoinnista on?

- Hiljaisen raportoinnin toteutuminen osastoilla
- Kirjaamisen merkitys hiljaisessa raportoinnissa
- Suullinen raportointi hoitotyössä

### Mitä hyötyä hiljaisesta raportoinnista on?

- Kirjaamisen kehitys hiljaisen raportoinnin myötä
- Hiljaisen raportoinnin yhteys ajankäyttöön
- Hiljaisen raportoinnin yhteys hoitotyöhön
- Hoitotyön tiedonkulku hiljaisessa raportoinnissa
- Hoitosuunnitelman hyödyntäminen hiljaisessa raportoinnissa
- Hoitajien henkilökohtainen päätöksenteko hoitotyössä

### Mitä kehittämishaasteita hiljaisessa raportoinnissa on?

- Kirjaamisen haasteet hiljaisessa raportoinnissa

- **Tietotekniset haasteet hiljaisessa raportoinnissa**
- **Koulutusten yhteys hiljaisen raportoinnin toimivuuteen**
- **Suullinen viestintä hiljaisessa raportoinnissa**

### 9.1 Mitä kokemuksia hiljaisesta raportoinnista on?

Hiljaisen raportoinnin toteutuminen osastoilla. Analysoidessamme haastatteluita huomasimme hoitajien tuovan esille useasti, että hiljainen raportointi alkoi hyvin nopeasti. Perehdytystä hiljaisen raportoinnin käytäntöön olisi tarvittu enemmän. Alkuun monet hoitajat kokivat hiljaisen raportoinnin hyvin hankalaksi. Hoitajat tunsivat myös, että työtovereiden kanssa ei saisi keskustella lainkaan. Aluksi hoitajat kokivat hiljaisuuden hyvinkin ahdistavaksi. Siirtyminen hiljaiseen raportointiin olisi voitu tehdä asteittain, jotta se ei olisi tuntunut niin vaikealta alkuun. Muutosvastarintaa ei tullut julki kuin muutaman haastateltavan kohdalla.

*”Hiljaisen raportoinnin ilmoitettiin alkavan ja piste.”*

Hiljainen raportointi on alku vaikeuksien kautta lähtenyt toimimaan osastoilla pääsääntöisesti hyvin, vaikka se ei toimi vielä niin hyvin kuin haastateltavat toivoisivat. Monet haastateltavat toivat esille kehittämishaasteita. Hiljainen raportointi tarvitsee aikaa toimiakseen käytännössä, koska muutos edellisestä on niin suuri.

*”Hiljainen raportointi ei toimi sormia napsauttamalla se vie aikansa toimiakseen arjessa.”*

Kirjaamisen merkitys hiljaisessa raportoinnissa. Hoitajat kokivat hyvin tärkeäksi tarkan kirjaamisen, kun siirryttiin hiljaiseen raportointiin. On tärkeää kirjoittaa kaikki tarkasti ylös. Mieluiten liikaa, koska tieto näkyy vain koneella. Hiljainen raportointi toimii silloin, kun tieto on kirjattu oikein ja hyvin. Kirjaamisesta on tullut osa hoitajien työpäivän rutiineja. Kirjaaminen on hiljaisen raportoinnin tärkein työkalu.

*”Se mitä ei kirjata, ei ole tehty.”*

Suullinen raportointi hoitotyössä. Tutkimustuloksissa käy ilmi, että vaikka hiljaiseen raportointiin siirtyminen oli hieman vaikeaa, koetaan se paremmaksi raportointi tavaksi

kuin suullinen. Suullisella raportoinnilla lähdettiin helposti keskustelemaan asioista, jotka eivät liittyneet raportointiin tai hoitotyöhön. Suullisella raportilla toistettiin samoja asioita potilaista turhaan. Näin ollen, suullinen raportointi venyi usein ajallisesti liian pitkäksi.

Tutkimustuloksissa ilmeni, että suullisen raportoinnin loputtua hoitajat jäivät kaipaamaan yhteisöllistä päätöksentekoa. Hoitajat kokivat, ettei hiljaisessa raportoinnissa tule tehtyä yhteisiä päätöksiä muiden hoitajien kanssa niin paljon kuin tarvittaisiin. Suullista raporttia pystyttiin pitämään myös ideariihenä, jossa tärkeitä asioita nousi esille keskustelun myötä. Hiljaisessa raportoinnissa tulisi järjestää aikaa enemmän, jolloin voidaan keskustella työyhteisön kanssa yhdessä potilaiden asioista ja tehdä niitä koskevia päätöksiä.

*”Suullisella raportoinnilla tulee juteltua kaikesta turhasta myös.”*

*”Suullista raporttia pystyi pitämään myös ideariihenä.”*

## 9.2 Mitä hyötyä hiljaisesta raportoinnista on?

Kirjaamisen kehitys hiljaisen raportoinnin myötä. Hiljaisen raportoinnin myötä hoitajien kirjaaminen on kehittynyt huomattavasti. Hoitajat ovat huomanneet oman henkilökohtaisen kirjaamisen kehityksen. Kirjaamisesta on tullut tarkempaa, parempaa ja selkeämpää. Kirjaaminen on muuttunut ammatillisemmaksi, siihen on panostettava hiljaisen raportoinnin myötä enemmän. Kirjattua tietoa tulee olla myös enemmän, koska suullinen raportointi ei ole tukemassa kirjauksia.

*”Aikaisemmin ei tietoja kirjattu niin hyvin kuin nyt.”*

Hiljaisen raportoinnin yhteys ajankäyttöön. Tutkimustulosten mukaan hiljaisen raportoinnin myötä raportointiin ei kulu enää niin paljon aikaa kuin ennen. Näin ollen hiljainen raportointi säästää aikaa ja on kustannus-tehokasta. Ennen raportointi vei useamman hoitajan ajan vuoronvaihteessa. Nykyään toinen toteuttaa hiljaista raportointia koneella ja toinen on vapaana muihin tehtäviin. Hoitajat kokevat raportin lukemisen koneelta aikaa säästävemmäksi. Myös kirjaamiseen on enemmän aikaa.

*”Hiljaisen raportoinnin ansiosta säästyy aikaa.”*

Hiljaisen raportoinnin yhteys ajankäyttöön. Koska hiljainen raportointi säästää hoitajien aikaa, jää myös silloin enemmän aikaa kliiniseen hoitotyöhön ja potilaiden kanssa olemiseen. Koska potilaille on enemmän aikaa, muuttuu hoitotyö myös yksilöllisemmäksi ja omien potilaiden asioihin pystyy perehtymään paremmin. Kun potilaiden kanssa vietetään enemmän aikaa, muuttuu hoitotyö laadukkaammaksi ja mielekkäämmäksi. Myös potilaat ovat tyytyväisempiä.

*”Hiljaisessa raportoinnissa jää aikaa enemmän asukkaille.”*

Hoitotyön tiedonkulku hiljaisessa raportoinnissa. Kun potilastiedot kirjataan koneelle hyvin ja tarkasti, löytyy tieto silloin helposti esimerkiksi akuuteissa tilanteissa. Hoitajat kokivat tiedon kulkevan paremmin tietokoneiden kautta kuin suullisesti. Suullisesti kerrottu tieto voi unohtua. Koneelle kirjattu tieto säilyy ja löytyy aina tarvittaessa. Kirjattu tieto on helppo käydä tarkistamassa jälkikäteenkin. Koneelta löytyy enemmän tietoa kuin aikaisemmin. Koneelle kirjataan päivittäiset toiminnot, jolloin tieto on aina ajan tasalla olevaa.

*”Kirjoitettu asia on parempi kuin puhuttu silloin se jää muistiin.”*

Hoitosuunnitelman hyödyntäminen hiljaisessa raportoinnissa. Hoitosuunnitelmien ajan tasalla pitämisen tärkeys korostuu hiljaisessa raportoinnissa. Hyvin ja kattavasti tehty hoitosuunnitelma helpottaa kirjaamista. Kun hoitotyötä toteutetaan hoitosuunnitelman mukaisesti, kirjaukset ovat lyhyempiä ja napakampia. Hoitosuunnitelma ohjaa hoitajan työpäivää ja helpottaa päätöksentekoa. Ajan tasalla oleva hoitosuunnitelma takaa potilaalle henkilökohtaisemman hoidon. Hyvä hoitosuunnitelma on kirjaamisen ohella yksi hiljaisen raportoinnin työväline.

*”Hyvin tehty hoitosuunnitelma vähentää päällekkäin kirjaamista.”*

Hoitajien henkilökohtainen päätöksenteko hoitotyössä. Hoitajat kokivat hiljaisen raportoinnin helpottavan henkilökohtaista päätöksentekoa, koska hiljaisessa raportoinnissa tiedot ovat selkeästi kirjattuna koneella. Hyvistä kirjauksista pystyy tarkastamaan, kuinka muut hoitajat ovat toimineet aikaisemmin. Tämä helpottaa omaa päätöksentekoa. Myös asiakkaille voidaan perustella päätöksiä ja toimintaa paremmin, kun kirjaukset ovat selkeästi näkyvillä. Hiljaisen raportoinnin myötä hoitajat pystyvät päättämään ja suunnittelemaan oman työpäivän sisällön.

*”Hyvä kirjaaminen helpottaa päätöksentekoa.”*

### 9.3 Mitä kehittämishaasteita hiljaisessa raportoinnissa on?

Kirjaamisen haasteet hiljaisessa raportoinnissa. Tutkimustuloksissa selviää, että kirjaaminen on kehittynyt hiljaisen raportoinnin myötä paljon- Tästä huolimatta kirjaamista pitää vielä kehittää ja parantaa. Kirjaaminen pitäisi saada tiiviimmäksi ja pienemmäksi kokonaisuudeksi. Kirjaamisen pitää olla myös tarkempaa, koska se on tärkeä työväline hiljaisessa raportoinnissa. Kirjaukset tulee olla selkeitä, jotta ne ymmärretään oikein. Kirjaamiseen tulee panostaa vielä enemmän ja saada perehdytystä, etenkin jos tulee uusia työntekijöitä.

*”Kirjaamisen täytyy panostaa ja perehtyä vielä enemmän.”*

Tietotekniset haasteet hiljaisessa raportoinnissa. Jokainen haastateltava hoitaja toi esille, että tietokoneita ei ole osastolla riittävästi. Hiljaista raportointia on vaikea toteuttaa, koska on päällekkäisyyttä tietokoneilla olemisessa vuoronvaihteessa. Päällekkäisyyksien välttämiseksi tarvitaan tietokoneita lisää tai jokin muu ratkaisu, että kaikki eivät olisi menossa koneille samaan aikaan. Hiljaista raportointia hidastaa ja vaikeuttaa myös koneiden hitaus. Tietokoneet ovat hiljaisen raportoinnin tärkein työväline, jolloin niitä pitäisi olla riittävästi kaikille.

Vantaan kaupunki käyttää hoiva- asumispalveluiden yksiköissä potilastietojärjestelmää nimeltä Graafinen finstar. Tutkimuksessa tuli ilmi, että suurin osa hoitajista ei ollut tyytyväinen käytettävään potilastietojärjestelmään. Suurin kehittämishaaste käyttöjärjestelmässä on komponentit. Komponentteja koettiin olevan liian vähän tai komponenteista ei löytynyt vastaavia päivittäisiin kirjauksiin. Jos sopivaa komponenttia ei löydy kirjauksiin, kirjataan se vääränlaisen komponentin alle. Tämä vaikeuttaa tietojen etsimistä koneelta.

*”Koneet ovat hitaita ja koneita ei ole tarpeeksi.”*

*”Komponenttien vääryys, vähäisyys ja turhat komponentit.”*

Koulutusten yhteys hiljaisen raportoinnin toimivuuteen. Tutkimustuloksia analysoidessa nousi esille, että hoitajille oli hyvin erilaisia kokemuksia koulutusten saannista. Kaikilla



hoitajilla oli mahdollisuus saada koulutusta potilastietojärjestelmään. Lähes kaikki haastateltavat olivat käyneet näissä koulutuksissa. Itse hiljaisesta raportoinnista ei ole järjestetty koulutuksia. Koulutuksia olisi kaivattu silloin, kun siirryttiin hiljaiseen raportointiin. Hoitajilla ei ollut tarkkaa tietoa, kuinka hiljaisessa raportoinnissa käytännössä toimitaan. Rakenteellisesta kirjaamisesta oli saatu koulutuksia vaihtelevasti ja tarjonta eri osastoilla oli myös vaihtelevaa. Jotta kirjaamista saataisiin edelleen kehitettyä, tarvitaan kirjaamisen sisällöstä koulutusta.

*”Pitäisi olla parempi perehdytys hiljaisesta raportoinnista, sekä kirjaamisesta.”*

Suullinen viestintä hiljaisessa raportoinnissa. Tuloksia tutkittaessa nousi ilmi, että jokaisella osastolla käytetään edelleen suullista viestintää enemmän kuin olisi tarvetta. Suullista viestintää käytetään paljon, kun yövuoro tulee ja lähtee. Yövuoro antaa aamuvuorolle lyhyen raportin yön tapahtumista. Kun yöhoitaja saapuu vuoroon antaa iltavuoro hänelle raportin päivän tapahtumista jotka ovat olleet merkittäviä. Tietokoneille ei aina päästä tai ehditä vuoronalus, jolloin tietoa täytyy siirtää suullisesti. Akuutit asiat sanotaan aina suullisesti, kirjaamisen lisäksi. Hoitajat kokivat, ettei suullisesta raportoinnista tulla koskaan pääsemään täysin pois. Osa hoitajista antaa raporttia herkästi edelleen suullisesti.

*”Tärkeimmät asiat tulee sanottua suullisesti, etenkin yövuorolaiselle.”*

## **10 Pohdinta**

### 10.1 Tulosten pohdinta ja johtopäätökset

Tuloksia analysoidessamme huomasimme suurimman osan haastateltavista olevan samaa mieltä monista asioista liittyen hiljaiseen raportointiin. Tutkimustulokset noudattavat aiemmin tutkittua tietoa, jota olemme lukeneet opinnäytetyötämme varten. Suurimmat erot tuloksissa koskivat koulutusta, vaikka jokaisella hoiva-asumisen hoitohenkilökunnan jäsenellä on samanlainen oikeus päästä koulutuksiin.

Monilla osastoilla oli saatu koulutusta potilastietojärjestelmän käyttöön, mutta rakenteelliseen kirjaamiseen ei monilla osastoilla panostettu juuri lainkaan. Joillakin osastoilla oli saatu todella hyvin koulutusta niin rakenteelliseen kirjaamiseen kuin hoitosuunnitelmien tekoon. Hoiva-asumisen hoitohenkilökunnalle pitäisi saada yhtenäisempi koulutus suunnitelma. Koulutuksissa tulisi panostaa enemmän kirjaamisen sisältöön kuin itse potilastietojärjestelmän käyttöön, jotta tieto kulkisi saumattomasti vuorojen välillä. Myös hoitajien henkilökohtainen aktiivisuus vaikutti koulutusten saantiin. Hoitajat, jotka olivat itse kiinnostuneita koulutuksista, olivat myös niissä käyneet ja kokivat hiljaisen raportoinnin ja tiedonkulun toimivan.

Kirjaamisen tärkeys ja merkitys tuli tutkimustuloksissa monessa kohtaa esiin. Kirjaamisen tärkeys hiljaisen raportoinnin työvälineenä on välttämätön. Vaikka kirjaamisen koettiin parantuneen, kaivattiin siihen edelleen parantamista. Yhteiset linjat kirjaamisen sisältöön auttaisi ja nopeuttaisi päivittäisiä kirjaamisia. Kirjaamista ja niiden lukemista vaikeutti osastoilla tietokoneiden puute. Tietokoneiden määrää ei lisätty hiljaiseen raportointiin siirryttäessä, mikä meitä kummastutti. Tietokoneiden puutteesta johtuikin osuullisen raportin käytöstä osastoilla. Hoitajat eivät vuoronvaihto tilanteessa aina päässeet tai ehtineet lukemaan raporttia, jolloin turvauduttiin suulliseen viestintään hoitajien kesken. Myös tietokoneiden hitaus koettiin joillakin osastoilla haasteeksi, jos olisi pitänyt päästä nopeasti potilastietoihin käsiksi. Jokaisella osastolla koettiin olevan tietokoneita liian vähän. Uusiksi koneiksi toivottiin kannettavia tietokoneita, joiden paikkaa pystyisi vaihtamaan. Tietokoneiden lisäämisellä saataisiin joustavuutta ja nopeutta hiljaiseen raportointiin. Aikaa säästyisi entisestään potilastyöhön.

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni hiljaisen raportoinnin säästävän aikaa. Hoitajilla oli enemmän aikaa käytettävänä hoito sekä muihin osastolla tapahtuviin toimiin. Hiljainen raportointi ei vie kuin yhden hoitajan ajan kerrallaan. Koska hoitajat pystyvät itse määrittelemään raportin ajankohdan, on myös työpäivän suunnitteleminen helpompaa ja joustavampaa. Tällainen toiminta tekee hoitajien työstä meidän mielestämme mielekkäämpää, eikä kiireet ja ylimääräinen aika vaihtele. Hiljaisen raportoinnin ansiosta työpäivä etenee tasaiseen tahtiin. Potilaiden tyytyväisyys voi myös nousta, kun hoitajien päivä ei ole kelloitettu tiettyihin asioihin. Hoitajien ei tarvitse jättää asioita kesken esimerkiksi kiirehtiessään antamaan suullista raporttia tulevalle vuorolle.

Haastattelu tilanteessa, kun esitimme kysymyksiä liittyen hoitotyön päätöksentekoon, moni ei ymmärtänyt kyseistä termiä. Jouduimme avaamaan päätöksenteko termiä hy-

vin laajasti ja esimerkein osalle haastateltavista. Jälkikäteen pohtiessamme tuloksia heräsi meille kysymys, onko antamamme esimerkit vaikuttanut joidenkin haastateltavien vastauksiin koskien päätöksentekoa. Haastateltavat tarttuivat vahvasti usein esimerkkeihin joita annoimme, jos eivät ymmärtäneet hoitotyön päätöksenteko termiä.

Opinnäytetyön tuloksissa hiljaisen raportoinnin koettiin tukevan henkilökohtaista päätöksentekoa. Yhteisöllinen päätöksenteko hoitohenkilökunnan kesken taas oli pienentynyt. Haastateltavat kaipasivat työhön enemmän pohtivaa keskustelua potilaiden asioista muun hoitohenkilökunnan kesken. Vaikka haastateltavat kertoivat kaipaavansa pohtivaa keskustelua muiden hoitohenkilökunnan kanssa koettiin suullinen raportointi rönsyileväksi. Tämä aiheuttaa tuloksissa hieman ristiriitaa. Suullista raportointia ei kaivata, koska siinä meni turhaa aikaa, kun pohdittiin liikaa potilasasioita.

Vain muutamilla osastoilla korostui hoitosuunnitelman merkitys hiljaisessa raportoinnissa. Hoitosuunnitelman koettiin helpottavan ja nopeuttavan hoitotyön kirjaamisesta. Hoitosuunnitelma auttoi myös tekemään päätöksiä päivittäisissä toiminnoissa, jos se oli hyvin tehty ja on ajan tasalla. Hoitosuunnitelman hyödyntämistä hiljaisessa raportoinnissa tulisi hyödyntää muillakin osastoilla, jotta päällekkäistä kirjaamista pystyttäisiin välttämään. Hoitosuunnitelman käytöstä olisi hyvä tehdä yhtenäinen linjaus hoiva-asumisyksiköiden kesken. Hoitosuunnitelman teosta voisi järjestää koulutuksen, koulutuksessa harjoitellaan hoitosuunnitelmien tekemistä ja käyttöä.

Moni haastateltavista koki, että siirtyminen hiljaiseen raportointiin tapahtui liian nopeasti. Uudesta raportointi muodosta oli kyllä keskusteltu, mutta siirtymisprosessi tapahtui liian äkkinäisesti. Hiljaisen raportoinnin siirtymisvaihe olisi pitänyt tapahtua asteittain ja suunnitelmallisesti. Hoitajien kokemukset olivat negatiivisia hiljaisen raportoinnin alkaessa. Negatiivinen ilmapiiri hiljaisesta raportoinnista voi aiheuttaa muutosvastarintaa sitä kohtaan ja sen toteuttaminen käytännössä voi vaikeutua. Hiljainen raportointi koettiin tämän takia hankalaksi alussa. Alun jälkeen monet ovat kokeneet hiljaisen raportoinnin paremmaksi kuin suullinen raportointi. Hoitajat kokivat, että hiljainen raportointi ei toimi vielä niin hyvin kuin sen haluttaisiin toimivan.

Haastatteluja analysoidessamme välittyi meille sellainen tunne, että hiljainen raportointi on toimiva kokonaisuus hoiva-asumisenpalveluiden yksiköissä. Hiljaisen raportin toteuttamisessa on vielä paljon kehittämistarpeita. Hoitajien haastatteluista jäi osittain epävarmuuden tunne, koska hoitajat toteuttivat hiljaista raportointia vain, koska näin oli

päätetty. Hoitajille olisi pitänyt tiedottaa enemmän hiljaisen raportoinnin hyödyistä, jotta he olisivat sitoutuneempia toteuttamaan hiljaista raportointia. Näin saataisiin maksimaaliset hyödyt hiljaisesta raportoinnista.

## 10.2 Eettisyys

Sanotaan, että tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Tutkimuseettisyys luokitellaan yleensä normatiiviseksi etiikaksi. Siinä pyritään vastaamaan kysymykseen oikeista säännöistä mitä tutkimuksen tulee noudattaa (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009: 172.) Tutkimusetiikan periaatteena on tutkimuksen hyödyllisyys. Tutkimuksessa tulee myös arvioida ja pohtia sitä, miten tutkimuksen tietoa voidaan käyttää hoitotyön laadunkehittämisessä. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009: 177.)

Hoitotieteessä on tärkeää tutkimus kysymysten eettisyys, koska siinä tutkitaan inhimillistä toimintaa. Eettisistä ratkaisuksista tutkimuksessa ovat vastuussa itse tutkijat ja tiedeyhteisö yhteiskunnalle. Helsingin julistuksessa vuonna 1964 on lueteltu erinäisiä asioita, jotka tulee ottaa huomioon pohdittaessa tutkimuksen eettisiä kysymyksiä:

”

1. Tutkimuksessa ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkittavaa
2. Tutkimuksen hyötyä ja haittaa on verrattava keskenään eli tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava huomattavasti suurempi kuin haitan.
3. Keskeistä on se, että tutkimus on siihen osallistuville vapaaehtoista ja että he voivat keskeyttää sen koska tahansa.
4. Vastuu tutkimuksesta on johtajalla.
5. Kokeellisessa tutkimuksessa on tiedostettava tietyt ongelmat, esimerkiksi se, milloin tutkittavia voi manipuloida, ja se onko toimenpide mahdollisesti eettisesti oikein.

”

(Hoitotieteen tutkimusmetodiikka 1997: 26-27.)

Jokaisella tutkimukseen osallistuvalla on siis itsemääräämisoikeus ja vapaaehtoisuus. Tutkimukseen osallistuja saa kieltäytyä ja keskeyttää tutkimuksen missä vaiheessa haluaa. Osallistujan täytyy saada esittää kysymyksiä liittyen tutkimukseen. Osallistujaa ei saa uhkailla, jos hän ei jatka, mutta ei myöskään palkita osallistumisesta. Saatekirjeen sävy tulee siis olla neutraali ja asiallinen (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009: 177.) Jokaisen tutkittavan tulee olla samantarvoisia (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen

2009: 176). Ennen haastatteluiden alkua näytimme haastateltaville saatekirjeen ja pyysimme allekirjoittamaan haastattelulupalapun. Saatekirjeestä selvisi mikä on haastattelun tarkoitus ja mihin sitä käytetään. Haastattelulupalapun avulla saimme haastateltavilta luvan haastatteluun. Ennen haastattelun aloitusta kysyimme vielä tuleeko haastateltavilla jotain kysymyksiä mieleen. Emme aloittaneet haastatteluita ilman haastateltavan lupaa.

Anonymiteetti on tärkeä käsite tutkimuksessa. Sillä tarkoitetaan, että tutkimukseen osallistuvan tietoja ei saa luovuttaa kenellekään ja tiedot tulee säilyttää suojattuna. Tässä työssä aineisto kerätään koneelle lukittuun kansioon ja tuhotaan opinnäytetyön valmistuttua. Osallistujan henkilöllisyys ei saa paljastua raportointi vaiheessakaan. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään usein suoria lainauksia, jolloin täytyy muuttaa murretta puhuvien hoitajien vastaukset kirjakieleen, jotta heidän vastaukset ei erotu tuloksista. Litteroituamme haastattelut, keräsimme lauseita, jotka sopivat tutkimuskysymyksiin. Pelkistimme lauseet huolellisesti, jotta haastateltavien anonymiteetti säilyi. Pelkistys vaihe on tärkeä anonymiteetin säilymiseksi, koska ihmiset puhuvat eri tavalla ja murteilla, jotka ovat tunnistettavissa. (Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2009: 179-180.)

Ennen tutkimuksen aloittamista on hankittava tutkimuslupa eettiseltä tutkimuslautakunnalta. On selvitettävä eettisten toimikuntien toimintamallit, koska sairaaloissa ja terveyskeskuksissa on omat toimintamallinsa. Tutkijan on perehdyttävä erilaisiin tutkimuseetiikkaa käsitteleviin materiaaleihin (laki potilaan oikeuksista ja asemasta, ICN:n eettiset koodit ja sairaanhoitajien ja/tai muiden ammattiryhmien eettisarvot) (Hoitotieteen tutkimusmetodiikka 1997: 33.) Tutkimuksen teoria osuutta kirjoittaessa on tärkeää että lähdeviittaukset on oikein, jotta ei tapahdu plagiointia, mikä on eettisesti väärin (Kankkunen – Vehviläinen - Julkunen 2009: 182).

Meidän työssämme ei tutkittu tai haastateltu potilaita tai heihin liittyviä asioita, joten meidän ei tarvinnut laittaa hakemusta eettiselle tutkimuslautakunnalle. Meidän täytyi hakea tutkimukselle lupaa Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveysvirastolta, jolle meidän täytyi todistaa myös eettinen toimintamme opinnäytetyön suunnitelmalla. Jos työ olisi vaatinut eettisen lautakunnan hyväksyntää, olisi Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveysviraston tutkintalautakunta laittanut työmme heille. Opinnäytetyön teoriaosuudessa olemme noudattaneet Metropolian Ammattikorkeakoulun laajankirjallisuuden ohjeita.

### 10.3 Luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa näkyy tutkijan oma persoonallisuus ja intuitio. Laadulliselle tutkimukselle ei ole niin selkeitä luotettavuuden arviointi kriteereitä, kuin esimerkiksi määrällisessä tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksessa aineisto on usein monin tavoin hankittua, esimerkiksi haastatteluita, keskusteluista tai havainnointia käyttäen. Jotta laadullisella tutkimuksella on luotettavat lähtökohdat, täytyy tutkimuksen aineiston olla edustavaa. Tässä työssä käytetään teemahaastattelua. Jotta aineisto on luotettava, tulee haastattelu teemojen olla tarpeeksi laajoja. Jos teemat ovat liian kapeita, on tutkija tehnyt kysymykset siitä näkökulmasta, mikä ovat omasta mielestä ilmiössä olennaista (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 2006: 215 - 217.)

Aineistoa analysoidessa on tärkeää, että tutkija esittää analyysinsä tueksi alkuperäishavaintoja, eli tässä työssä alkuperäisanontoja. Täytyy huomioida, että käsitteellinen taso alaluokissa ja niistä muodostetuissa yläluokissa on yhdenmukainen. Tarpeeksi selkeä ja runsas dokumentointi antaa mahdollisuuden lukijalle arvioida luokittelun onnistumista (Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 2006: 219.) Cuba ja Lincoln nostaa heidän laadullisen tutkimuksen arviointi kriteereissä esille uskottavuuden, joka arvioi myös juuri analyysin ja tulosten kuvausta. Eli analyysit ja tulokset tulee olla tarpeeksi selkeästi ja runsaasti kuvattu. On hyvä myös nostaa esille, mitkä olivat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset (Kankkunen - Vehviläinen- Julkunen 2009: 160.)

Laadullisen tutkimuksen loppuraporttia luotaessa täytyy kirjoittajalla olla selkeä hyvä kirjoitustyyli. Mäkelän mukaan loppuraportin luotettavuutta arvioitaessa tulee kiinnittää huomiota raportin arvioitavuuteen ja toistettavuuteen. Arvioitavuudella tarkoitetaan, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelyä, sekä arvioida sitä. Toistettavuudella laadullisessa tutkimuksessa tarkoitetaan, että raportti on kirjoitettu niin, että tutkija saa lukijansa vakuuttuneeksi tekemiensä ratkaisujen oikeutuksesta, muodostettujen luokitusten perusteluista ja tutkimuksen luotettavuuden kulusta (Paunonen – Vehviläinen - Julkunen 2006: 220.)

Mielestämme työssämme luotettavuus toteutuu, koska oma tutkimamme tieto myötäilee valmiiksi tutkitun tiedon tuloksia. Haastateltaessa emme ohjailleet haastateltavia, vaan annoimme heidän kertoa vapaasti omia ajatuksia. Hoitotyön päätöksenteosta kysyttäessä, joidenkin hoitajien kohdalla jouduimme avaamaan termiä. Tämä saattoi johdatella haastateltavan vastausta. Opinnäytetyön tulokset kohdassa olemme liittä-

neet mukaan alkuperäisanontoja pelkistettyinä muotoina tukeaksemme tulosten luotettavuutta. Analyysit ja tulokset on jaoteltu pieniin osiin tutkimuskysymysten mukaan, jotta tulosten esittäminen olisi mahdollisimman selkeää. Tämä tukee tulosten luotettavuutta. Loppuraportin olemme laatineet yhdessä, jotta se olisi johdonmukainen ja siinä esiintyy yhteiset näkökannat.

#### 10.4 Opinnäytetyön tulosten hyödynnettävyys

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää geriatrisen osaston siirtyessä hiljaiseen raportointiin. Tuloksista voidaan havainnoida asioita, jotka tulisi tehdä jo ennen kuin hiljaisen raportoinnin siirtymisprosessi aloitetaan. Näitä asioita ovat muun muassa tietokoneiden riittävyys ja hoitohenkilökunnan perehdyttäminen hiljaiseen raportointiin. Myös rakenteellisesta kirjaamisesta tulisi antaa koulutusta ja sopia yhteiset linjat.

Vantaan kaupungin hoiva-asumisen yksiköt, joiden hankkeesta opinnäytetyö on toteutettu voivat hyödyntää ja muokata opinnäytetyön tulosten perusteella hiljaisen raportoinnin käytäntöä. Hoiva-palveluiden yksiköt voivat muokata hiljaisen raportoinnin tapojansa enemmän yhdenmukaiseksi eri osastojen välillä. Haastateltavilta selvisi erilaisia toimivia käytäntöjä osastojen välillä, joita olisi hyvä jakaa osastojen kesken.

## Lähteet

Alahuhta, Maija - Korkiakangas, Eveliina - Laitinen, Jaana - Luoma, Pentti - Taanila. Jaana 2009. NVivo apuvälineenä aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä. Hoitotiede. 21(3), 216-226

Anttila, Minna - Hätönen, Heli - Katajisto, Jouko - Koivunen, Marita - Kuosmanen, Lauri - Pitkänen, Anneli - Välimäki, Maritta 2011. Hoitohenkilökunnan työtyytyväisyys ja tietotekniikkaan kohdistuvat asenteet 2000- luvun psykiatrisissa sairaaloissa. Hoitotiede. 23(2), 106-117.

Baldwin, Loretta – McGinnis, Cheryl 1994: A computer-generated shift report. Nursing Management.25(9), 61-65.

Elo, Satu - Kanste, Outi - Kyngäs, Helvi - Kääriäinen, Maria - Pölkki, Tarja 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede. 23(2), 138-148.

Eriksson, Elina - Lånstedt, Karin - Puumalainen, Anne 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedon välitykseen. Tutkiva hoitotyö. 1(1), 4-9

Gerontologinen hoitotyö 2013. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Verkkodokumentti. <[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_tyo/gerontologinen\\_hoitotyö/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/gerontologinen_hoitotyö/)> Luettu 4.10.2013

Hallila 2005. Näyttöön perustuva hoitotyönkirjaaminen. Keuruu: Tammi.

Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoitajaliitto.

Hoiva-asumisen palvelut 2013. Vantaan kaupunki. verkkodokumentti <[http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-\\_ja\\_terveyspalvelut/ikaihmisten\\_palvelut/hoiva-asumisen\\_palvelut](http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-_ja_terveyspalvelut/ikaihmisten_palvelut/hoiva-asumisen_palvelut)> Luettu 11.9.2013.



Janhonen, Sirpa - Nikkonen, Merja 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen, Katri 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY

Lauri, Sirkka – Salanterä, Sanna 2002. Hoitotyön päätöksenteoria. Hoitotiede 14(4), 158-165.

Lauri, Sirkka 2007. Päätöksenteko hoitotyön arjessa. Premissi 5, 21-23.

Luettu 11.9.2013

Metsonkoti 2013. Vantaan kaupunki. Verkkodokumentti.  
<[http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-ja\\_terveyspalvelut/ikaihmissen\\_palvelut/hoiva-asumi-  
sen\\_palvelut/vanhainkotihoito/vantaan\\_kaupungin\\_omat\\_vanhainkodit/metsonkoti](http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-ja_terveyspalvelut/ikaihmissen_palvelut/hoiva-asumisen_palvelut/vanhainkotihoito/vantaan_kaupungin_omat_vanhainkodit/metsonkoti)>

Mustajoki – Alila – Matilainen – Rasimus (toim.) 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. Porvoo: Kutannut Oy Duodecim

Myyrinkoti 2013. Vantaan kaupunki. Verkkodokumentti.  
<[http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-ja\\_terveyspalvelut/ikaihmissen\\_palvelut/hoiva-asumisen\\_palvelut/vanhainkotihoito/prime103\\_fi.aspx](http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-ja_terveyspalvelut/ikaihmissen_palvelut/hoiva-asumisen_palvelut/vanhainkotihoito/prime103_fi.aspx)> Luettu 11.9.2013

Ottani, Patricia – Stroppe, Bernadette 2006. Can technology improve intershift report? What the research reveals. Journal of professional nursing. 22(3), 197-204.

Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY

Päivi Voutilainen - Pirjo Tiikainen (toim.) 2008. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Raportointi 2012. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Verkkodokumentti.  
<<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=17728&contentlan=1>> luettu 13.11.2013

Sajama Sinikka 2010. Kirjattu tieto ei jää leijumaan. Tehy.(15), 34-35.

Saranto, Kaija – Ensio, Anneli –Tanttu, Kaarina – Sonninen, Anna Liisa. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY

Simonkylän vanhustenkeskus 2013. Vantaan kaupunki. Verkkodokumentti <[http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-ja\\_terveyspalvelut/ikaihmistien\\_palvelut/hoiva-asumisen\\_palvelut/vanhainkotihoito/prime102\\_fi.aspx](http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-ja_terveyspalvelut/ikaihmistien_palvelut/hoiva-asumisen_palvelut/vanhainkotihoito/prime102_fi.aspx)> Luettu 11.9.2013

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298> 26.02.2013.

Vantaan kaupungin omat hoiva- ja vanhainkodit 2013. Vantaan kaupunki. Verkkodokumentti <[http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-ja\\_terveyspalvelut/ikaihmistien\\_palvelut/hoiva-asumisen\\_palvelut/vanhainkotihoito](http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-ja_terveyspalvelut/ikaihmistien_palvelut/hoiva-asumisen_palvelut/vanhainkotihoito)> Luettu 11.9.2013

## Saatekirje

SAATEKIRJE

29.10.2013

### Hyvä tiedonantaja

Opiskelemme sairaanhoitajaksi Metropolia Ammattikorkeakoulussa. Opintoihimme kuuluu opinnäytetyö, jonka aiheena on hiljainen raportointi. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Vantaan kaupungin hoiva-asumisyksiköiden kanssa ja sen tarkoituksena on kuvata hiljaisen raportoinnin toimivuutta hoivayksiköissä. Opinnäytetyömme tuloksia voidaan käyttää jatkossa hiljaisen raportoinnin kehittämisessä.

Opinnäytetyön aineisto kerätään teemahaastattelun avulla. Haastatteluteemoja ovat:

- 1) Mitä kokemuksia hiljaisesta raportoinnista on
- 2) Mitä hyötyä hiljaisesta raportoinnista on?
- 3) Mitä kehittämishaasteita hiljaisessa raportoinnissa on?
- 4) Miten hiljainen raportointi vaikuttaa hoitotyön päätöksentekoon?

Haastattelut toteutetaan Vantaan kaupungin Myyrinkodissa 1.11, Simonkodissa 31.10 ja Metsonkodissa 8.11. Haastateltavat valitaan sen mukaan, että heillä on kyseisessä yksikössä noin 5 vuoden työkokemus. Haastateltavat ovat sairaanhoitajia, lähi- ja perushoitajia. Haastattelut nauhoitetaan, mutta haastattelutallenteisiin ei missään vaiheessa kirjata haastateltavan tunnistetietoja. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen haastatteluaineisto hävitetään.

Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista, mutta toivomme että pystytte osallistumaan haastatteluun ja näin kehittämään hiljaista raportointia. Lisätietoja opinnäytetyöstä ja haastattelusta antavat mielellään opinnäytetyötä ohjaava opettaja FT, TtM Marja Salmela Metropolia Ammattikorkeakoulusta (puh 020 783 5674, [marja.salmela@metropolia.fi](mailto:marja.salmela@metropolia.fi)) sekä opinnäytetyön tekijä/t.

Sairaanhoitajaopiskelija

Sairaanhoitajaopiskelija

---

Linda Niemi

[linda.m.niemi@metropolia.fi](mailto:linda.m.niemi@metropolia.fi)

---

Ruby Nurmela

[ruby.nurmelaleppala@metropolia.fi](mailto:ruby.nurmelaleppala@metropolia.fi)

## Haastattelulupapyyntö

### HAASTATTELULUPAPYYNTÖ

Opiskelemme sairaanhoitajiksi Metropolia Ammattikorkeakoulussa. Opiskelumme kuuluu opintojen loppuvaiheessa opinnäytetyön tekeminen, jonka aiheena on hiljainen raportointi. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää Vantaan kaupungin hoivayksiköiden hoitajien kokemuksia hiljaisesta raportoinnista.

Opinnäytetyömme aineiston keräämme haastattelemalla hoitohenkilökuntaa teema-haastattelun avulla haastateltavien omilla osastoilla. Haastatteluun kuluu aikaa 30 - 60 min ja ne toteutetaan Myyrinkodissa 1.11, Simonkodissa 31.10 ja Metsonkodissa 8.11. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja Teillä on halutessanne oikeus kieltäytyä haastattelusta tai keskeyttää se. Teiltä saatuja tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyyttänne paljasteta missään vaiheessa. Haastattelun tulokset julkaistaan opinnäytetyössä sekä yhteistyöorganisaatiossa hankkeessa sovitulla tavalla.

Pyydämme Teiltä ystävällisesti lupaa osallistua haastattelututkimukseen. Teiltä saamme tiedot ovat arvokkaita ja merkityksellisiä. Opinnäytetyössä saatuja tietoja voidaan hyödyntää jatkossa hiljaisen raportoinnin kehittämisessä. Lisätietoja voitte halutessanne kysyä opinnäytetyömme ohjaajalta Marja Salmelalta Metropolia Ammattikorkeakoulusta (puh 09-0207835674, [marja.salmela@metropolia.fi](mailto:marja.salmela@metropolia.fi)) sekä opinnäytetyön tekijöiltä.

Yhteistyöstä kiittäen

---

Linda Niemi

[linda.m.niemi@metropolia.fi](mailto:linda.m.niemi@metropolia.fi)

Metropolia Ammattikorkeakoulu

---

Ruby Nurmela

[ruby.nurmelaleppala@metropolia.fi](mailto:ruby.nurmelaleppala@metropolia.fi)

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Suostun osallistumaan haastattelututkimukseen. Samalla annan luvan haastattelun nauhoittamiseen ja saatujen tulosten julkaisemiseen Metropolia Ammattikorkeakoulus-

sa, hankkeeseen osallistuvissa terveysalan työyhteisöissä sekä ammatillisissa julkaisuissa.

Helsingissä \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_2013

---

Allekirjoitus ja nimenselvennös

## **Haastatteluteemat**

Teema 1. Mitä kokemuksia hoitajilla hiljaisesta raportoinnista on

Teema 2. Mitä hyötyä hiljaisesta raportoinnista on?

Teema 3. Mitä kehittämishaasteita hiljaisessa raportoinnissa on?

Teema 4. Mikä yhteys hiljaisella raportoinnilla on hoitotyön päätöksentekoon?

## Esimerkki aineiston analysoinnista

Pelkistykset	Alaluokat	Yläluokka
<p><i>Liian vähän koneita osastolla.</i></p> <p><i>Koneita on liian vähän.</i></p> <p><i>Koneita tarvitaan lisää.</i></p> <p><i>Päällekkäisyyttä tietokoneilla olemisessa</i></p> <p><i>Koneita ei ole kuin muutamia osastolla.</i></p> <p><i>Koneita on myös liian vähän.</i></p> <p><i>Koneita täytyisi olla enemmän osastoilla.</i></p> <p><i>Koneita ei ole tarpeeksi.</i></p>	<p>Koneita on osastoilla liian vähän.</p>	
<p><i>Koneet ovat vanhoja ja hitaita.</i></p> <p><i>Koneet toimivat hitaasti.</i></p> <p><i>Koneet ovat hitaita.</i></p> <p><i>Osaston koneet näyttävät usein tiimalasia.</i></p> <p><i>Koneiden hitaus häiritsee kirjaamista</i></p>	<p>Koneet toimivat osastoilla liian hitaasti.</p>	<p><b>Tietotekniset haasteet hiljaisessa raportoinnissa</b></p>
<p><i>Potilastietojärjestelmän komponenteista ei aina löydy sellaista kuin tarvitsisi.</i></p> <p><i>Joskus puuttuu oikea komponentti ja kirjaaminen tapahtuvat väärälle komponentille.</i></p> <p><i>Komponenttien vääräisyys, vähäisyys ja turhat komponentit</i></p> <p><i>Komponentit eivät vastaa osaston profiilia.</i></p>	<p>Potilastietojärjestelmän komponentit ovat osittain vääränlaisia.</p>	



## Analyysin tulokset

Alaluokat	Yläluokat
<p>Hiljaiseen raportointiin siirtyminen koettiin hankalaksi.</p> <p>Hiljaiseen raportointiin siirryttiin nopeasti.</p> <p>Hiljainen raportointi toimii pääsääntöisesti hyvin.</p>	<p><b>Hiljaisen raportoinnin toteutuminen osastoilla</b></p>
<p>Kirjaaminen on hiljaisessa raportoinnissa välttämätöntä.</p> <p>Kirjaaminen on osa työpäivän rutiinia.</p>	<p><b>Kirjaamisen merkitys hiljaisessa raportoinnissa</b></p>
<p>Suullinen raportointi on rönsyilevää.</p> <p>Suullinen raportointi vie aikaa.</p> <p>Suullisella raportoinnilla voitiin yhdessä pohtia asioita.</p>	<p><b>Suullinen raportointi hoitotyössä</b></p>
<p>Hiljainen raportointi auttaa suunnittelemaan oman päivän.</p> <p>Hiljainen raportointi helpottaa omaa päätöksentekoa.</p>	<p><b>Hoitajien henkilökohtainen päätöksenteko hoitotyössä</b></p>
<p>Hoitosuunnitelma helpottaa hoitotyön kirjaamista.</p> <p>Hoitosuunnitelma tukee hiljaista raportointia</p> <p>Kirjaaminen on parantunut siirryttyä hiljaiseen raportointiin.</p>	<p><b>Hoitosuunnitelman hyödyntäminen hiljaisessa raportoinnissa</b></p>

<p>Kirjaaminen on parantunut siirryttyä hiljaiseen raportointiin.</p> <p>Kirjaaminen on muuttunut ammatillisemmaksi.</p>	<p><b>Kirjaamisen kehitys hiljaisen raportoinnin myötä</b></p>
<p>Hiljainen raportointi säästää aikaa.</p> <p>Hiljainen raportointi on nopeampaa kuin suullinen.</p>	<p><b>Hiljaisen raportoinnin yhteys ajankäyttöön</b></p>
<p>Hoitotyö on yksilöllisempää.</p> <p>Hoitotyöhön jää enemmän aikaa.</p>	<p><b>Hiljaisen raportoinnin yhteys hoitotyöhön</b></p>
<p>Tieto löytyy nopeammin koneelta.</p> <p>Tieto säilyy koneella.</p>	<p><b>Hoitotyön tiedonkulku hiljaisessa raportoinnissa</b></p>
<p>Kirjaamisen täytyy vielä kehittyä.</p> <p>Kirjaamisen täytyy olla tarkempaa.</p>	<p><b>Kirjaamisen haasteet hiljaisessa raportoinnissa</b></p>
<p>Tietokoneita on osastoilla liian vähän.</p> <p>Tietokoneet ovat usein hitaita.</p> <p>Potilastietojärjestelmän komponenttien puute hankaloittaa kirjaamista.</p>	<p><b>Tietotekniset haasteet hiljaisessa raportoinnissa</b></p>

<p>Hiljaisesta raportoinnista ei ole saatu koulutuksia.</p> <p>Potilastietojärjestelmästä on saatu koulutuksia hyvin.</p> <p>Kirjaamiseen liittyviä koulutuksia tarvittaisiin enemmän</p>	<p><b>Koulutusten merkitys hiljaisessa raportoinnissa</b></p>
---	---

<p>Suullista viestintää käytetään edelleen paljon.</p> <p>Akuutit asiat informoidaan suullisesti.</p> <p>Suullista viestintää käytetään yövuoron vuoronvaihdoissa.</p>	<p><b>Suullinen viestintä hiljaisessa raportoinnissa</b></p>
--	--

## Tutkimuslupa



VANTAAN KAUPUNKI  
VANDA STAD

VIRANHALTIJAN PÄÄTÖS 53 /2013 1 (3)

28.10.2013

Sosiaali- ja terveystoimi/Vanhus- ja vammaispalvelut  
Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Matti Lyytikäinen

---

### **Tutkimuslupa/Hoitajien kokemuksia hiljaisesta raportoinnista/ VD/4526/13.00.00/2013/Linda Niemi ja Ruby Nurmela**

Opinnäytetyö tehdään Metropolia Ammattikorkeakouluun ja sen tavoitteena on kerätä hoitajien kokemuksia hiljaisesta raportoinnista. Työtä voidaan käyttää kehittämään jatkossa hiljaista raportointia osastoilla.

Tutkimusmenetelmänä on laadullinen tutkimus. Aineisto kerätään teemahaastattelun avulla. Haastattelut analysoidaan induktiivisella sisällön analyysillä. Opinnäytetyössä haastatellaan kahdeksaa hoitajaa (N = 8) kahdeksasta eri hoiva-asumisen yksiköstä. Yksiköt ovat Myyrinkoti, Simonkylän vanhustenkeskus ja Metsonkoti. Haastateltavat ovat kaikki eri osastoilla töissä. Myyrinkodista haastatellaan kolmea, Simonkylästä kolmea ja Metsokodista kahta hoitajaa. Haastateltavat hoitajat ovat sairaanhoitajia tai lähi- ja perushoitajia, joilla on yli viiden vuoden työkokemus yksiköstään. Haastateltavilta vaaditaan työkokemusta osastolta, koska heillä on näin kokemus sekä suullisesta että hiljaisesta raportoinnista. Kaikki osastot ovat siirtyneet yhtä aikaa hiljaiseen raportointiin noin vuosi sitten.

Hoiva-asumisen palvelujen palvelupäällikkö Minna Lahnalampi-Lahtinen puoltaa opinnäytetyön toteuttamista tutkimussuunnitelman mukaisesti.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika on 22.11.2013.

Lisätietoja: Erityisasiantuntija Marja Uusitalo, p. 09 8392 1034

TUTKE esittää tutkimuksen hyväksymistä tulosaluejohtajalle. TUTKE katsoo, että tutkimussuunnitelma ja sen liiteasiakirjat noudattavat hyvää tutkimustapaa. Tutkijat ovat sitoutuneet siihen, etteivät käytä saamiaan tietoja tutkittavan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi taikka sellaisten etujen loukkaamiseksi joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus ja tietosuojasäännöksiä, eivätkä luovuta kerättyjä tietoja muuhun tarkoitukseen kuin mihin tutkimuslupa on myönnetty. Tutkijat ovat sitoutuneet myös eettisiin periaatteisiin. TUTKE pitää tutkimussuunnitelmaa eettisesti hyväksyttävänä.

TUTKE pitää tutkimussuunnitelmaa hyväksyttävänä ja

1. antaa puoltavan lausunnon.
2. opinnäytetyön yhteyshenkilönä tulosityksikössä toimii osastonhoitaja Irmeli Österman.
3. osallistuminen on vapaaehtoista.
4. haastattelut tehdään ja raportoidaan siten, etteivät haastateltavat ole tunnistettavissa.

TUTKE edellyttää, että tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan Vantaan sosiaali- ja terveystoimen käyttöön sähköpostitse pdf-versiona tulosalueen erityisasiantuntijalle ja sihteerille. Lisäksi tutkimuksesta toimitetaan sähköinen versio tutkimusorganisaation yhteyshenkilölle ja tutkimuksen tulosten esittelystä sovitaan yhteyshenkilön kanssa tutkimuksen valmistuttua.



VANTAAN KAUPUNKI  
VANDA STAD

VIRANHALTIJAN PÄÄTÖS 53 /2013 2 (3)

28.10.2013

Sosiaali- ja terveystoimi/Vanhus- ja vammaispalvelut  
Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Matti Lyytikäinen

#### Päätös

Myönnän Linda Niemelle ja Ruby Nurmelle luvan tutkimuksen suorittamiseen yllä mainituin ehdoin. Tutkimuslupa hyväksytään liitteenä olevan lomakkeen mukaisin tiedoin.

#### Täytäntöönpano:

Linda Niemi  
Ruby Nurmela  
Irmeli Österman  
Minna Lahnalampi-Lahtinen  
sosiaali- ja terveyslautakunta

Päiväys

Vantaa 28.10.2013

Allekirjoitus

Nimen selvennys

Matti Lyytikäinen

Virka-asema

Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja

#### Oikaisuvaatimusosoitus

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.

Oikaisuvaatimus tehdään sosiaali- ja terveyslautakunnalle ja toimitetaan Vantaan kaupungin kirjaamoon osoitteeseen Asematie 7, 01300 Vantaa tai sähköpostitse osoitteella: [kirjaamo@vantaa.fi](mailto:kirjaamo@vantaa.fi).

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu julkisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, 7 päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksiantotodistukseen merkittynä aikana taikka kolmantena päivänä sähköisen viestin lähettämisestä.

Oikaisuvaatimukseen on liitettävä päätös. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on oikaisuvaatimusentekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimuksessa on ilmoitettava osoite, minne oikaisuvaatimuksen johdosta annettava päätös lähetetään. Oikaisuvaatimukseen on liitettävä muutoksenhakijan tarpeelliseksi katsomat asiakirjat.

Sähköistä asiakirjaa ei tarvitse täydentää allekirjoituksella, jos asiakirjassa on tiedot lähettäjästä eikä asiakirjan alkuperäisyyttä tai eheyttä ole syytä epäillä.

Sähköinen viesti katsotaan saapuneeksi viranomaiselle silloin, kun se on viranomaisen käytettävissä vastaanottolaitteessa tai tietojärjestelmässä siten, että viestiä voidaan käsitellä.

Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä viraston aukioloaikana. Oikaisuvaatimus toimitetaan aina omalla vastuulla.

Asianosainen saa esittää päätöksen tehneelle/esitellelle viranhaltijalle päätöksen muuttamista, jos hän katsoo, että päätöksessä on asia- tai kirjoitusvirhe - hallintolaki, 50 § ja 51 § (434/2003). Vain valmistelua, täytäntöönpanoa, virkaehtosopimuslain tai virkaehtosopimuksen soveltamista tai muuta erikseen laissa määriteltyä vastaavaa asiaa koskevin osin päätök-



VANTAAN KAUPUNKI  
VANDA STAD

VIRANHALTIJAN PÄÄTÖS 53 /2013 3 (3)

28.10.2013

Sosiaali- ja terveystoimi/Vanhus- ja vammaispalvelut  
Vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Matti Lyytikäinen

seen ei saa tehdä oikaisuvaatimusta tai valitusta - kuntalaki 91 § (365/1995), kunnallinen virkaehtosopimuslaki, 26 § (691/1970). Päätöksen tehnyt/esitellyt viranhaltija antaa lisätietoja asiasta - hallintolaki, 44 § (434/2003).

**Tämä päätöspöytäkirja on yleisesti nähtävänä**

Aika: Keskiviikkona 30.10.2013, klo 8.15 – 16.00

Paikka: Sosiaali- ja terveystoimi, Peltolantie 2 D, 01300 Vantaa

**Tiedoksianto asianosaiselle:**

1. Lähetetty tiedoksi kirjeellä (kuntalaki 95 §)

Asianosainen:

Annettu postin kuljetettavaksi

Annettu tiedoksi sähköisenä viestinä

Tiedoksiantaja:

2. Luovutettu asianosaiselle

Paikka:

Aika:

Asianosainen:

Vastaanottajan allekirjoitus \_\_\_\_\_

Tiedoksiantajan allekirjoitus \_\_\_\_\_

**Päätöspöytäkirjan oikeaksi todistaminen**

Allekirjoitetun ja edeltäksin ilmoitettuna aikana nähtävänä olleen päätöspöytäkirjan oikeaksi todistaa:

Päiväys Vantaa

Allekirjoitus

Nimen selvennys Tiina Töyrylä

Virka-asema hallintosihteeri