



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
VASA YRKESHÖGSKOLA  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Maria Komi

Marja Tapanainen

HOITOTYÖN SUULLISET  
RAPORTOINTIKÄYTÄNNÖT  
KEUHKOSAIRAUKSIEN SEKÄ YLEIS-  
KIRURGIAN JA TRAUMATOLOGIAN  
VUODEOSASTOILLA SEINÄJOEN  
KESKUSSAIRAALASSA

Ylempi AMK-tutkinto

Terveysala

2009

## VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

### TIIVISTELMÄ

Tekijät	Maria Komi ja Marja Tapanainen
Opinnäytetyön nimi	Hoitotyön suulliset raportointikäytännöt keuhkosairauksien sekä yleiskirurgian ja traumatologian vuodeosastoilla Seinäjoen keskussairaalassa
Vuosi	2009
Kieli	suomi
Sivumäärä	98 + 5 liitettä
Ohjaaja	Merja Sankelo

Tämä tutkimus oli Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hallinnoiman hoitotyön suullisten raportointikäytäntöjen kehittämishankkeen alkukartoitustutkimus. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa konservatiivisten ja operatiivisten vuodeosastojen suullisiin raportointitilaisuuksiin liittyvät käytännöt sekä kuvailla ja vertailla keuhkosairauksien sekä yleiskirurgian ja traumatologian vuodeosastojen suullisia raportointitilaisuuksikäytäntöjä, raporttien sisältöjä sekä raportin kestoon vaikuttaneita tekijöitä.

Tässä tutkimuksessa käytettiin metodologista triangulaatiota. Aineisto koostui kahdesta tutkimusaineistosta, joiden keruu tapahtui sekä laadullista että määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen. Ensimmäinen aineisto kerättiin konservatiivisten ja operatiivisten vuodeosastojen osastonhoitajilta (n=9) avoimia kysymyksiä sisältäneellä kyselylomakkeella. Vastaukset kvantifioitiin ja analysoitiin sisällön analyysillä. Toinen aineisto kerättiin tutkimusta varten laaditulla raportointitilaisuuksien havainnointilomakkeella. Aineisto analysoitiin määrällisesti laskemalla raporteilla kerrotut, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärät ja niiden jakautuminen eri aihealueille. Ilmaisujen ja raportoitujen potilaiden lukumäärien yhteyttä raportin kestoon tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimien (r) sekä niiden tilastollisten merkitsevyyksien (p) avulla.

Tulokset osoittivat suullisiin raportointitilaisuuksiin liittyneiden käytäntöjen vaihtelevan vuodeosastoin, raporttien sisällöt sen sijaan jakautuivat eri aihealueille samansuuntaisesti. Potilaiden ja raportilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärien välillä todettiin tilastollisesti erittäin merkitsevä (p=0,000) yhteys ja ilmaisujen määrä puolestaan vaikutti tilastollisesti merkitsevästi (p=0,001) raportin kestoon. Tulosten mukaan suullisten raporttien sisältöön sekä raportin antamiseen liittyviin asioihin on kiinnitettävä huomiota raportointiin käytetyn työajan optimoimiseksi.

---

Asiasanat Hoitotyö, hoidon jatkuvuus, suullinen raportointi, erikoissairaanhoido

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

**ABSTRACT**

Authors	Maria Komi and Marja Tapanainen
Title	Oral Ward Report Practices in the Pulmonary Bed Ward, in General Surgery and Traumatology Bed Ward in Seinäjoki Central Hospital.
Year	2009
Language	Finnish
Pages	99 + 5 Appendices
Name of Supervisor	Merja Sankelo

---

This master's thesis is a part of a development project in the hospital district of South-Ostrobothnia. The purpose of this master's thesis was to describe and compare the current oral ward report practices, the contents of the reports and the factors that affect the duration of the report. The study was carried out in the conservative and operative bed wards in Seinäjoki Central Hospital.

The study was conducted using a methodological triangulation. The qualitative data in this study consisted of the head nurses answers. The material was collected with a questionnaire which had open ended questions and the replies were analysed with content analysis. The quantitative data was collected during observing the oral reports. This material was analysed with quantitative methods; the amount of different expressions used to describe the patients was counted and they were classified according to the topic. The correlation between the duration of the oral reports and the number of reported patients and used expressions were looked at with the help of Pearson correlation coefficient ( $r$ ) and the statistical significance ( $p$ ).

The results show that the oral ward report practices varied between the wards, whereas the contents were more or less similar. The study showed that there was a statistically highly significant ( $p=0,000$ ) correlation between the amount of patients and the number of used verbal expressions, and the amount of used verbal expressions had a statistically significant ( $p=0,001$ ) effect on the length of the oral report. The results indicate that in order to optimise the use of time during the oral reports, one should pay attention to the contents and other factors related to giving an oral report.

---

Keywords	Nursing, Continuity of Care, Oral report Special health care
----------	---

## SISÄLLYS

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS .....	5
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
2.1 Hoidon jatkuvuuden varmistaminen .....	9
2.2 Hoitotyön kirjallinen tiedonsiirto .....	9
2.3 Hoitotyön suullinen tiedonsiirto .....	10
2.3 Hoidon jatkuvuuden varmistamiseen käytetty työaika .....	11
2.4 Suullisten raportointitilaisuuksien tehtävät .....	13
2.5 Suullisen raportointitilaisuuksien rakenne ja sisältö .....	14
2.6 Raportointikäytäntöjen kehittäminen ja kehittämisen vaikutukset .....	16
2.7 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista .....	17
3 TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	20
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	21
4.1 Tutkimusmenetelmä .....	21
4.2 Tutkimusaineiston keruu .....	21
4.2.1 Kyselytutkimus osastonhoitajille .....	22
4.2.3 Suullisten raportointitilaisuuksien havainnointi .....	22
4.2.4 Havainnointitutkimuksen kohdeorganisaatioiden kuvaus .....	26
4.3 Aineiston analyysi .....	30
4.3.1 Osastonhoitajille suunnattu kyselytutkimusaineisto .....	30
4.3.2 Raportointitilaisuuksien havainnointiaineisto .....	31
5 TULOKSET .....	33
5.1 Kyselytutkimuksen tulokset .....	33
5.1.1 Yöhoitajan raportti .....	33
5.1.2 Aamuraportti .....	34
5.1.3 Kierto- ja kierron raportti lääkärin määräyksistä .....	34
5.1.4 Päiväraportti .....	35
5.1.5 Iltaraportti yöhoitajille .....	35
5.1.6 Suullisten raportointitilaisuuksien kesto .....	36
5.1.7 Suullisiin raportointitilaisuuksien antamiseen liittyvät ohjeet, ongelmat ja kehittämisehdotukset .....	36

5.1.8 Yhteenveto osastonhoitajille suunnatun kyselyn tuloksista.....	37
5.2 Havainnointitutkimuksen tulokset .....	38
5.2.1 Raportointitilaisuudet vuodeosastolla A21 .....	38
5.3.2 Raportointitilaisuudet osastolla A31 .....	58
5.3.3 Osastokohtaisten aineistojen vertailu .....	73
6 POHDINTA.....	81
6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	81
6.2 Tulosten tarkastelua.....	85
6.3 Johtopäätökset.....	88
6.4 Jatkotutkimusaiheet.....	90
LÄHDELUETTELO.....	92
LIITELUETTELO.....	99

## 1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Kokonaisvaltainen hoito on moniammatillista terveydenhuollossa toimivien välisiä yhteistyötä, johon liittyy olennaisesti hoidon jatkuvuuden toteuttaminen. Hoidon jatkuvuus voi olla joko antajakohtaista tai tiedon jatkuvuutta. Tiedon jatkuvuus tarkoittaa terveydenhuollossa kirjallisia tietoja asiakkaasta (sairauskertomus, hoitotyön suunnitelma, atk-tiedostot), tiedottamista (kirjallinen ja suullinen) sekä koti- tai jatkohoito-ohjeita (asiakkaan ohjaus, uuden hoitopaikan työntekijöiden ohjaus, hoitajan lähete, kirjalliset hoito-ohjeet, hoitoyhteenveto, loppuarvio). (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2001, 47.)

Hoitotyön suullinen tiedonsiirto on osa hoidon jatkuvuuden turvaamista. Tiedonsiirtoa tapahtuu työvuorojen vaihtuessa pidettävissä raportointitilaisuuksissa. Raportointitilaisuudella eli raportilla tarkoitetaan aktiivista tiedonsiirtoa seuraavaan työvuoroon tuleville hoitajille. Raporttien tietosisältö koostuu usein potilaan lääketieteellisestä diagnoosista sekä listasta tehtäviä, jotka edellinen työvuoro on tehnyt ja jotka seuraavan työvuoron tulee suorittaa. Raportointitilaisuuksien kesto vaihtelee ja ne keskeytyvät usein. Hoitohenkilökunta kokee raportointitilaisuudet aikaa vieviksi ja lisäksi tarpeettoman pitkät ja mahdollisesti hoidon kannalta epäoleellisia tietoja sisältävät suulliset raportit aiheuttavat osallistujien aistien ylikuormittumista, sekaannuksia sekä vähentävät välittömään hoitotyöhön käytettävää aikaa. Tietoja toistetaan vuorosta toiseen hoitajalta toiselle, minkä seurauksena sisältö muuttuu epäoleellisiksi lausumiksi, joilla ei välttämättä ole yhteyttä potilaan sen hetkiseen tilanteeseen tai vointiin. Raportti pidetään usein erillään potilaista, jolloin potilaista ja heidän perheistään saatetaan kertoa hoitoon liittymättömiä asioita tai kielenkäyttö ei pysy ammatillisena eikä potilasta kunnioittavana. (Telaranta 1997, 224; Williams 1998, 40; Davies & Priestley 2007, 49; Meissner, Hasselhorn, Estry- Behar, Nèzet, Pokorski & Gould. 2007, 535; Tuomi 1994, 83.)

Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunnan suulliseen raportointiin käyttämä työaika vaihtelee 5,6 % - 10 % välillä (Eloranta 2007; Harrison & Nixon 2002; Partanen 2002; Lundgren & Segesten 2001; Finnilä 2000; Isola & Laitinen 1995). Esimerkiksi Finnilän tutkimuksen mukaan raportointiin käytetty työaika tarkoitti

Seinäjoen keskussairaalan kirurgian vuodeosastoilla osastoa kohden lähes 12 tunnin työpanosta vuorokaudessa.

Terveystieteiden toimintaympäristössä tapahtuneet muutokset ovat vaikuttaneet raportointiin monin eri tavoin. Potilaiden hoitoisuus on lisääntynyt ja hoitotyö on muuttunut aiempaa kompleksisemmaksi ja nopeatempoisemmaksi hoitoaikojen lyhentyessä. Raportointia voidaan pitää vaativana tehtävänä, sillä raportilla pitäisi kyetä siirtämään aiempaa enemmän tietoa aiempaa lyhyemmässä ajassa. (Wilson 2007, 201.) Myös sähköisiin sairaus- ja hoitokertomustietoihin siirtymisellä on vaikutusta, sillä sähköisessä ympäristössä oleellisten tietojen löytäminen on raportilla hankalaa niiden hajanaisen sijainnin vuoksi (Hartikainen 2008, 2; Turula 2000, 103). Lisäksi sähköinen kirjaaminen saattaa lisätä kirjaamiseen käytettyä työaikaa (mm. Hakes & Whittington 2008; Lee, Mills & Lu 2008, 207 – 214).

Koska sekä raportointi että kirjaaminen ovat välillisiä hoitotyön toimintoja, voidaan niihin käytetyn työajan olevan pois potilaan ohjaukseen, opetukseen ja tutkimiseen käytetystä ajasta (Telaranta 1997, 224). Vaikka hoitajien työajan onkin väitetty kuluvan enemmän työpöydän kuin potilaiden ääressä (Lundgren & Segesten 2001, 13), suullisista raporteista ei haluttaisi luopua, sillä niiden koetaan paremmin turvaavan potilaan hoidon jatkuvuuden (Hartikainen 2008; 53).

Hoitotyön kirjaamisen perustuessa lakeihin ja asetuksiin, ei ole perusteltua lisätä välittömän hoitotyön osuutta kirjaamista vähentämällä. Yksi vaihtoehto välittömän hoitotyön osuuden lisäämiseen voisi olla suulliseen raportointiin käytettävän ajan vähentäminen, sillä suullinen raportointi on aikaa vievää eikä se siihen käytetystä ajasta huolimatta aina takaa sitä, että hoitajat saavat potilaan hoidon kannalta oleellista tietoa (Kennedy 1999, 391).

Vuonna 2000 tehdyn työajan seurannan mukaan Seinäjoen keskussairaalan kirurgian vuodeosastoilla käytetään suulliseen raportointiin huomattavan paljon työaikaa. Käytännön kokemuksen mukaan suullinen raportointi ei kirurgian vuodeosastoilla ole vähentynyt ja välillisiin hoitotyön toimintoihin käytettyä työaikaa on lisännyt entisestään systemaattiseen sähköiseen hoitotyön kirjaamiseen siirtyminen. Myös niillä konservatiivisen toiminta-alueen osastoilla, joissa suullisia rapor-

tointikäytäntöjä on vuoden 2000 jälkeen kehitetty, on sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen aiheuttanut tarpeita vallitsevien raportointikäytäntöjen jatkokehittämiseen.

Nykyisin hoitotyön johtajien edellytetään tuottavan kustannustehokkaita ja vaikuttavia terveydenhuollon palveluita rajoitetulla määrällä henkilöstövoimavaroja. Hoitotyön henkilöstön työajan jakaantumista tarkastelemalla ja toimintatapoja uudelleen rakentamalla voidaan lisätä hoitotyön palvelujen kustannustehokkuutta ja vähentää henkilöstövoimavarojen hukkakäyttöä. (Burke, McKee, Wilson, Donahue, Batenhorst & Pathak 2000; Urden & Roode 1997.) Raporttien uudelleen organisoinnissa korostuu hoitotyön johtajan koordinoitaitaidot, sillä organisoinnissa on otettava huomioon niin hoitotyön ajankäyttö, potilasturvallisuuden ylläpito, potilaan oikeudet kuin hoitotyön periaatteiden noudattaminen (Telaranta 1997, 227).

Tämä tutkimus on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hallinnoiman hoitotyön suullisten raportointikäytäntöjen kehittämishankkeen alkukartoitustutkimus. Tutkimuksellisenä metodina käytetään triangulaatiota, jossa yhdistellään laadullisia ja määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Tutkimuksen tarkoituksena on eri tutkimusaineistoja yhdistelemällä saada monipuolisempi ja rikkaampi kuva konservatiivisen ja operatiivisen toiminta-alueiden vuodeosastojen hoitotyön suullisista raportointitilaisuuksista sekä suullisten raporttien sisällöstä piloteiksi valituilla keuhkosairauksien sekä yleiskirurgian ja traumatologian vuodeosastoilla. (vrt. Leino-Kilpi 2006, 225.)

Tutkimustulosten tavoitteena on helpottaa osastojen henkilökuntaa tarkastelemaan vallitsevia raportointikäytäntöjä sekä auttaa heitä hoitotyön suullisten raporttien kehittämisen käynnistämässä. Suullisten raportointitilaisuuksien kehittäminen tullaan toteuttamaan yhdessä henkilökunnan kanssa toimintatutkimuksen periaatteiden mukaisesti niin, että tämän tutkimuksen tuloksia, teoriatietoa sekä käytännön kokemuksellista tietoa yhdistelemällä pyritään ratkaisemaan raportointikäytäntöihin liittyviä mahdollisia ongelmia ja saamaan niissä aikaan muutosta (vrt. Lauri 1997, 114).



## 2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä tutkimuksessa teoreettiset lähtökohdat perustuvat aikaisempiin aiheeseen liittyviin keskeisimpiin tutkimuksiin. Pääpaino on suullisten raportointitilaisuuksiin liittyvillä käytännöillä, raportointitilaisuuksiin käytetyllä työajalla sekä suullisten raporttien sisällössä ja kehittämisessä.

Aikaisempien aiheeseen liittyvien tutkimusten hankkimiseksi suoritettiin kirjallisuushaku EBSCOhost, OVID ja MEDIC -tietokannoista. Artikkeleiden vertaisarviointikriteerin täytyminen pyrittiin varmistamaan käyttämällä haussa hakuehtona `peer review` -merkintää tai tutustumalla kyseessä olevien lehtien artikkelinkirjoitus ja -julkaisuohjeisiin. Hakusanoina käytettiin muun muassa termejä `work-sampling`, `time and motion -study`, `handover`, `nursing handover`, `verbal handover` ja `shift report`. Englannin kielisillä termeillä hakujen tulokset olivat kohtuullisen runsaita – esimerkiksi hakusanalla `work-sampling` saatiin tulokseksi 127 vastaavuutta ja hakusanalla `shift report` 42 vastaavuutta. Suomenkielisten hakujen tulokset olivat vähäisemmät – esimerkiksi termillä `hoitotyön raportointi` saatiin 4 vastaavuutta.

Aineiston kirjallisuuteen tutustuttiin pintapuolisesti tiivistelmän ja sisällysluettelon perusteella. Aineistosta valittiin ne, jotka selvimmin sisälsivät tietoa hoitotyön henkilöstön työajankäytön jakautumisesta ja hoitotyön suullisista raporteista. Lisäksi hakujen tuloksena löydettyjen artikkeleiden lähdeluetteloista etsittiin uusia kirjallisuuslähteitä. Ne hankittiin ja niistä valittiin tuoreimmat ja aihepiiriin parhaiten soveltuvat. Lähteitä etsittiin myös eri yliopistojen opinnäytetöitä kuvaavista luetteloista. Otsikoiden ja tiivistelmien perusteella lähempään tarkasteluun valittiin 16 työajan jakautumista käsittelevää julkaisua ja 23 hoitotyön suulliseen raportointiin liittyvää tutkimusta. Tutkimuksista 30 oli englanninkielisiä ja 9 suomenkielisiä. Lähteinä käytetyt työajankäyttöön liittyvät tutkimukset on kuvattu tarkemmin liitteessä 1 ja hoitotyön suullista raportointia kuvaavat tutkimukset liitteessä 2.

## 2.1 Hoidon jatkuvuuden varmistaminen

Kokonaisvaltainen hoito on moniammatillista terveydenhuollossa toimivien välis-  
tä yhteistyötä, johon liittyy olennaisesti hoidon jatkuvuuden toteuttaminen (Antti-  
la ym. 2001, 47). Hagmanin ja Johanssonin (1985) mukaan **tiedon jatkuvuus** on  
osa hoidon jatkuvuutta ja se tarkoittaa potilaasta kootun tiedon välittämistä eri  
hoidonantajille niin organisaation sisällä kuin organisaatioiden välilläkin (Porri  
2001, 21).

Käytännössä tiedon jatkuvuus tarkoittaa terveydenhuollossa kirjallisia asiakastie-  
toja, kuten sairaus- ja hoitokertomustietoja, kirjallista ja suullista tiedottamista  
sekä koti- ja jatkohoito-ohjeita sekä potilaalle tai muille hänen hoitoonsa osallis-  
tuville (Anttila ym. 2001, 47).

Vuodeosastotyössä potilaan hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden perustana on  
tiedon siirto työvuorolta toiselle. Tiedonsiirto tapahtuu kahdella tavalla: kirjalli-  
sesti ja suullisesti. Kirjallinen tiedonsiirto tapahtuu kirjallisen hoitosuunnitelman  
sekä muiden potilasasiakirjojen avulla ja suullinen yleensä työvuorojen vaihtuessa  
pidettävien raporttien avulla. (Tuomi 1994, 1.)

## 2.2 Hoitotyön kirjallinen tiedonsiirto

Hoitotyön kirjallinen tiedonsiirto käsitetään terveydenhuollossa yleensä potilas-  
kohtaisina sairaus- ja hoitokertomustustietoina. Potilaan kirjallista hoitosuunni-  
telmaa voidaan pitää hoitotyön ydinalueena, jolla on merkitystä potilaan välittö-  
mälle hoidolle ja siihen liittyvälle tiedonkululle (Turula 2000, 2). Potilaslähtöises-  
sä kirjaamisessa tulisi näkyä koko hoitotyön prosessi, potilaan hoidon tarpeen  
määrittely, hoidon tavoitteet, suunnittelu, toteutus ja arviointi. Kirjaamisen tulisi  
olla niin selkää ja kattavaa, että kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla on riittävä-  
sti tietoa kokonaisvaltaisen hyvän hoidon toteuttamiseksi. (Elovaara 2005, 68.)  
Terveydenhuollossa potilasasiakirjojen laatimista säätelevät erilaiset lait ja ase-  
tukset, joissa annetaan ohjeet kirjallisten dokumenttien laatimiseen ja säilyttämi-  
seen.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (99/2001) mukaan potilasasiakirjojen tarkoituksena on palvella potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä edistää hoidon jatkuvuutta. Potilaslaki velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä merkitsemään potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamisen kannalta tarpeelliset tiedot, jotta potilaan oikeus tarkastaa itseään koskevat tiedot voisi toteutua (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Potilasvahinkolain (1986/585) mukaan potilaalle voidaan suorittaa mahdollisesta terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä tapahtuneesta henkilövahingosta korvausta. Tilanteita jälkikäteen selvitettäessä on tärkeää, että kirjatun tiedon avulla terveydenhuollon ammattihenkilö pystyy todistamaan toimintansa oikeuden ja perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (99/2001) mukaan asianmukaisesti laaditut potilasasiakirjat ovat tärkeitä potilaan tiedonsaantioikeuden ja oikeusturvan kannalta sekä vastaavasti henkilökunnan oikeusturvan toteuttamisessa. Potilasasiakirjatietoja käytetään mm. potilaan muistutuksia, kanteluja ja vakuutus- yms. etuuksia koskevissa asioissa. Tietojen perusteella selvitetään tarvittaessa hoitoon osallistuneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden menettelyä ja arvioidaan tällöin heidän ammattitoimintansa asianmukaisuutta.

### **2.3 Hoitotyön suullinen tiedonsiirto**

Hoitotyön suullinen tiedonsiirto tapahtuu raportointitilaisuuksissa, joita pidetään työvuorojen vaihtuessa. Useissa sairaaloissa niitä pidetään jopa kolme kertaa vuorokaudessa. Raportointitilaisuuksien tarkoituksena on välittää seuraavaan työvuoroon saapuville hoitajille tietoa hoidossa olevista potilaista. Raportointitilaisuuksia on totuttu pitämään sinä keskeisenä keinona, jolla taataan potilaan hoidon laatu, jatkuvuus ja turvallisuus. (Benson, Rippin-Sisler, Jabusch & Keast 2007, 80 - 84; Lamond 2000, 794; Isola & Laitinen 1995, 251.)

Tapoja tiedonsiirtoon on useita; raportti voidaan antaa suullisesti hoitajalta hoitajalle, hoitajalta ryhmälle tai tiimille, suullisen raportin sijasta tai niiden tukena voidaan käyttää erillisiä kirjallisia lomakkeita ja eri käytäntöjä voidaan myös yhdistellä (Hays & Weinert 2006, 254; Elovaara 2005, 81). Raportointitilaisuus voidaan pitää kansliassa ilman potilaan läsnäoloa tai myös potilaan vieressä ns. vuo-

teenvierusraporttina. Tiedon välitykseen saatetaan käyttää myös nauhoitettuja raportteja. (Telaranta 1997, 225 – 226.)

Suullisissa raportointitilaisuuksissa tapahtuvassa kommunikoinnissa on oleellista kommunikaation loogisuus ja selkeys sekä potilaan hoidon kannalta oleellisten asioiden esiintuominen sekä hoidon vaikuttavuuden arviointi (Turula 2000, 34). Raportointitilaisuuksien laadulla ja tehokkuudella on vaikutusta työvuoronsa aloittavien hoitajien mahdollisuuksiin toteuttaa potilaslähtöistä hoitotyötä (Davies & Priestley 2006, 49).

Raportointitilaisuuksien aikana hoitohenkilöstö kehittää omia ihmissuhteitaan, luo omia ohjausmenetelmiään ja jopa määrittää työnsä tuloksellisuuden. Jokainen ryhmä luo omat, muiden ryhmien käytännöistä eroavat raportointitapansa ja traditionsa. (Hays & Weinert 2006, 253.) Raportointitilaisuudet ilmentävätkin hoitotyön taustalla vaikuttavia, yhteisesti sovittuja sitoumuksia ja valintoja. Raporttien sisältö paljastaa siten hoitotyön periaatteiden ja arvojen toteutumisen tason sekä potilaan oikeuksien huomioimisen. (Telaranta 1997, 224.) Lisäksi raporttitilaisuudet antavat hoitohenkilökunnalle mahdollisuuden ja aikaa yhteiseen keskusteluun, oppimiseen, ryhmähengen rakentamiseen, erilaisten työhön liittyvien vaikeiden tilanteiden käsittelyyn sekä vertaistukeen. (Lally 1999, 30, 35; Fenton 2006, 32.)

### **2.3 Hoidon jatkuvuuden varmistamiseen käytetty työaika**

Tutkimustulosten keskinäistä vertailua hankaloitti se, että tutkimuksissa käytettiin erilaisia hoitotyön toimintoluokkia eikä toimintoluokkien sisältöjä tai yksittäisiin toimintoihin käytettyä työaika ei aina ollut kuvattu yksityiskohtaisemmin. Lisäksi tutkimuksissa käytettiin erilaisia mitta-asteikoita - erässä tutkimuksessa työajan käyttöä oli kuvattu aikana eikä prosenttiosuuksina. Näin ollen ajankäyttöä koskevista tutkimustuloksista ei voi tehdä kuin suuntaa antavia johtopäätöksiä.

Tutkimustuloksia vertailemalla näyttää siltä, että kirjalliseen hoidon jatkuvuuden varmistamiseen käytetyn työajan osuus vaihtelee 13 – 35,30 % välillä ja siihen näytetään käytettävän enemmän työaika kuin hoidon suulliseen jatkuvuuden varmistamiseen (Isola & Laitinen 1995, 249 – 255; Cardona, Tappen, Terril,

Acosta & Eusbe 1997, 28 -36; Urden & Roode 1997, 34 – 41; Marasovic, Kenney, Elliot & Sindhusake 1997, 205 – 211; Upenieks 1998, 28; Finnilä 2000; Ludgren ja Segesten 2001, 13 -20; Harrison & Nixon 2002, 158 – 167; Partanen 2002, 103; Fitzgerald, Pearson, Walsh, Long & Heinrich 2003, 326 – 332; Korst, Eusebio-Angeja, Chamorro, Aydin & Gregory 2003, 24 – 30; Gran-Moravec & Hughes 2005, 126 – 133; Upenieks, Akhavan, Kotlerman, Esser & Ngo 2007, 243 – 252; Hakes & Whittington 2008, 234, 238; Heindrich, Chow, Skierczynski & Zhenqiang 2008, 29 – 33). Lisäksi sähköisen hoitotyön dokumentoinnin käyttöön otto on todettu lisäävän hieman kirjaamiseen käytetyn työajan osuutta. (Marasovic ym. 1997, 205 – 211; Korst ym. 2003, 24 – 30; Hakes & Whittington 2008, 234, 238; Lee ym. 2008, 207 – 214.) Kirjaamiseen käytetyn työajan osuutta näyttää lisäävän myös suullisten raportointikäytäntöjen kehittäminen, sillä suullisesta raportoinnista säästynyt työaika käytetään kirjaamiseen (Upenieks 1998 27 - 29; Ludgren & Segesten 2001, 13 -20).

Hoidon varmistamiseen tarkoitettujen suullisten raportointitilaisuuksien kesto vaihtelee, yleensä lyhin on yö- ja aamuvuoron välillä pidetty raportti ja pisin aamu- ja iltavuoron vaihtuessa pidettävä raportti (Liukkonen 1993, 1097; Sherlock 1995 33 – 36; Lamond 2000, 798; Marjamäki-Eilola 2008, 22, 30 - 32, 34, 41 - 42, 52 ). Raportointitilaisuuden ajankohdan lisäksi raportin kestoon vaikuttaa potilasmäärä, potilaiden hoitoisuus sekä raportin sisältö (Currie 2000, 19; Turula 2000, 97, 101 - 102, 104, 111). Vaikka suullisiin raportteihin saatetaan käyttää kohtuullisen paljon aikaa, hoitajat eivät aina saa niistä tarvitsemaansa tietoa ja he joutuvat tarkistelemaan asioita raportin jälkeen hoitosuunnitelmista. Suulliset raportointitilaisuudet saatetaan myös kokea pitkästyttävinä niiden pitkän keston vuoksi. (Tuomi 1994, 53 – 54, 59 - 62, 85)

Suulliseen hoidon varmistamiseen käytetään akuuttisairaaloissa hieman enemmän aikaa kuin pitkäaikaishoitolaitoksissa, sillä suulliseen raportointiin käytetyn työajan osuus vaihtelee akuuttisairaaloissa 9,5 - 12 % välillä ja pitkäaikaishoitolaitoksissa 5,3 – 7,3 % välillä. (vrt. Isola & Laitinen 1995; Cardona ym. 1997; Urden & Roode 1997; Harrison & Nixon 2002; Finnilä 2000; Partanen 2002; Fitzgerald ym. 2003; Heindrich ym. 2008; Ludgren & Segesten 2001; Upenieks 1998.)

Tutkimuksissa, joissa työajankäyttöä kuvattiin ammattiryhmittäin, ilmenee, että sairaanhoitajien raportointiin käyttämän työajan osuus vaihtelee 5,3 – 12 % ja perushoitajien 4 – 6,2 % välillä. Näiden tutkimusten tulokset osoittavat, että sairaanhoitajat käyttävät suulliseen raportointiin enemmän työaika kuin perushoitajat. (Isola ja Laitinen 1995, 249 – 255; Cardona ym. 1997, 28 – 36; Urden & Roode 1997, 34 – 41; Partanen 2002, 103.) Tulokset saattavat olla yhteydessä eri ammattiryhmien väliseen työnjakoon tutkimuksen kohteina olleissa organisaatioissa.

Taulukossa 1 esitetään raportointiin sekä kirjaamiseen käytetyn työajan jakautuminen eri tutkimusten mukaan. Osassa taulukossa esitettyihin tutkimustuloksiin on laskettu sairaanhoitajien ja perushoitajien työajan käytön keskiarvot.

Taulukko 1. Hoitohenkilöstön suulliseen ja kirjalliseen hoidon jatkuvuuden varmistamiseen liittyvän työajan käyttö eri tutkimusten mukaan.

Tutkimuksen tekijät ja vuosi	Suullinen hoidon jatkuvuuden varmistaminen eli raportointi	Kirjallinen hoidon jatkuvuuden varmistaminen eli kirjaaminen	Akuuttisairaala (A) / Pitkäaikaishoitola (P) koskeva tutkimus
Cardonan ym. 1997	6 %	ei käy ilmi tutkimuksesta	P
Finnilä 2000 (kons ja oper osastojen ka)	10,55 %	7,70 %	A
Fitzgerald, Pearson, Walsh, Long & Heinrich 2003	11 %	13 %	A
Gran-Moravec & Hughes 2005	50 min	180 min	A
Hakes & Whittington 2008, keskimäärin	ei käy ilmi tutkimuksesta	23,35 %	A
Harrison & Nixon 2002	9,94 %	8,06 %	A
Heindrich, Chow, Skierczyński & Zhenqiang 2008	20,60 %	35,30 %	A
Isola ja Laitinen 1995 (ph ja sh ka)	5,60 %	ei käy ilmi tutkimuksesta	P
Korst, Eusebio-Angeja, Chamorro, Aydin & Gregory 2003	ei käy ilmi tutkimuksesta	15,79 %	A
Ludgren ja Segesten 2001	10 %	24 %	A
Marasovic, Kenney, Elliot & Sindhusake 1997, keskimäärin	ei käy ilmi tutkimuksesta	38 %	A
Partanen 2000	7,70 %	9,20 %	A
Upenieks 1998	12 %	13 %	A
Upenieks, Akhavan, Kotlerman, Esser & Ngo 2007, B ja C osastot	ei käy ilmi tutkimuksesta	23,50 %	A
Upenieks, Akhavan, Kotlerman, Esser & Ngo 2007, osasto A	ei käy ilmi tutkimuksesta	16,40 %	A
Urden & Roode 1997, (ph ja sh ka)	8,75 %	17 %	A

## 2.4 Suullisten raportointitilaisuuksien tehtävät

Tutkimustulosten mukaan suullisilla raportointitilaisuuksilla on potilaiden hoitoa koskevan tiedon välittämisen lisäksi myös muita merkityksiä. Ennen ja jälkeen raportointitilaisuuden käytyjen keskustelujen voidaan olettaa edesauttavan henkilökuntaa keskinäisten sosiaalisten suhteiden muodostamisessa ja ylläpidossa. Li-

säksi mahdollisista työhön ja potilaiden hoitoon liittyvistä hankalistakin asioista keskustelu tarjoaa työntekijöille mahdollisuuden vertaistukeen. (Kilpeläinen 1992, 45, 47 – 48; Tuomi 1994, 53 – 54, 59 – 62; Lally 1999, 29 – 36; Payne, Hardey & Coleman 2000, 277 – 284; Hopkinsson 2002, 168; Kerr 2002, 125 – 134.)

Raportointitilaisuudet lisäävät ryhmän tai tiimin sosiaalisen yhteenkuuluvuuden tunnetta (Lally 1999, 29 – 36) ja auttavat hoitajia potilaiden hoitoon liittyvässä päätöksenteossa (Hopkinsson 2002, 168). Vaikka raportointitilaisuuksiin ei tutkimusten mukaan liity suoranaista uusien työntekijöiden tai opiskelijoiden ohjausta, voidaan raportointitilaisuuksien olettaa edesauttavan heitä omaksumaan yksikössä vallitsevia tapoja ja käytäntöjä sekä hahmottamaan potilaiden hoidon kannalta oleellisia asioita. Näin ollen raportointitilaisuuksien voidaan nähdä toimivan osana ohjaamista ja perehdyttämistä. (Kerr 2002, 125 – 134.)

## **2.5 Suullisen raportointitilaisuuksien rakenne ja sisältö**

Raportointitilaisuuksiin ja suullisen raportoinnin aloittamiseen liittyy rutiineja sekä rituaaleja. Ennen varsinaisen raportointitilaisuuden alkua työvuoronsa aloittaneet hoitajat keskustelevat usein esimerkiksi yksityisasioistaan, alkavan työvuoron tehtäväjaosta tai muista työyhteisön yhteisistä asioista. (Lally 1999,34 29 – 36; Payne ym. 2000, 277 – 284; Hays & Weinert 2006, 257.) Lisäksi raportin antaja saattaa ennen suullisen raportin aloittamista tiedustella työvuoronsa aloittavilta hoitajilta, kuinka hyvin he tuntevat potilaat, joista raportti aiotaan antaa (Kerr 2002, 130). Raportin antaja ilmaisee raportin alkamisen jollain toteamuksella ja aloittaa tämän jälkeen raportoinnin. Kun kaikkien potilaiden asiat on käsitelty, raportin antaja ilmaisee raportin päättyneen ja työvuoron aloittaneet hoitajat aloittavat uudelleen sosiaalisen kanssakäymisen vaiheen, joka päättyy työryhmien ja työtehtävien jakoon tai työhön ryhtymiseen. (Lally 1999,34 29 – 36; Hays & Weinert 2006, 257, Kerr 2002, 131; Elovaara 2005, 79 - 81, 83.)

Varsinaisen suullisen raportin alku etenee tietyssä järjestyksessä – usein ensimmäisenä kerrotaan potilaan nimi, ikä, hoitavan lääkärin nimi sekä diagnoosi. Tietyn järjestyksen noudattamisen arvellaan auttavan työvuoronsa aloittaneita hoitajia prosessoimaan kuulemaansa tietoa, hahmottamaan ja organisoimaan työvuoron

aikana tehtäväksi suunnitellut työt sekä helpottavan tietojen muistiin tallentamista ja muistiinpanojen tekemistä. (Lamond 2000, 800, 803; Marjamäki-Eilola 2008, 22, 30 - 32, 34, 41 - 42, 52.)

Suullisilla raporteilla kuvataan usein hoitajien toteuttamien hoitotyön toimintojen kautta potilaiden fyysisiä tarpeita ja ongelmia, lääketieteellistä hoitoa sekä tutkimuksia ja niiden tuloksia. Lisäksi raporteilla välitetään tietoa nukkumiseen, lepoon tai erittämiseen liittyvistä asioista. Suulliset raportit eivät useinkaan ole potilaskeskeisiä, vaan potilas on toiminnan kohde, objekti. (Liukkonen 1993, 1095 – 1100; Wallum 1995, 24 – 26; Payne ym. 2000, 281; Currie 2000, 19; Fenton 2006, 32 – 36; Marjamäki-Eilola 2008, 22, 30 - 32, 34, 41 - 42, 52.) Lisäksi hoitotyön toimintojen kuvaamisessa on tyypillistä retrospektiivinen näkökulma - kuuli-joille raportoidaan mitä potilaalle on edellisen työvuoron aikana tehty (Kennedy 1999, 392). Vaikka retrospektiivistä raportointitapaa pidetään tehottomana, sen on kuitenkin yhdessä ongelma-, tarve- ja tehtäväkeskeisen raportointitavan kanssa todettu helpottavan raportin antajaa raportin sujumisessa sekä auttavan raportin kuuntelijoita suunnittelemaan seuraavassa työvuorossa toteutettavaa hoitoa. (Dowding 2001, 844 - 845).

Suullisilla raporteilla ei käytetä tietolähteenä potilaiden hoitosuunnitelmia, joten potilaan vointia sekä toteutettua hoitoa kuvaillaan usein muistinvaraisesti (Wallum 1995, 24 – 26; Kennedy 1999, 391 – 394; Currie 2000, 19; Sexton, Chan, Elliot, Stuart, Jayasuria & Crookes 2004, 37 – 42; Elovaara 2005, 79 - 81, 83 ). Raportilla potilasta saatetaan kuvailla myös leimaavilla ilmaisuilla, kuten ”söötti”, ”vaativa” tai ”ylimielinen”. Myös potilaan vointia saatetaan kuvailla epätarkoilla tai yleispätevillä ilmaisuilla, kuten ”vointi OK”. Näitä ilmaisuja käytetään erityisesti omatoimisista tai hyväkuntoisista potilaista. (Liukkonen 1993, 1098; Sherlock 1995, 33 – 36; Lamond 2000, 794 – 804.) Ilmiö saattaa selittyä sillä, että raporttia antaessaan hoitajat tiivistävät suuren tietomäärän tällaisiksi yleispäteviksi lausumiksi vähentääkseen raporttiin käytettyä aikaa sekä kuulijoiden kuormittamista (Lamond 2000, 802).

Kennedyn (1999, 391 - 394) tutkimus osoittaa, että kaikkea raportilla välitettyä tietoa ei löydy kirjattuna, kun taas Lamondin (2000, 798) tutkimuksen mukaan



potilaiden kirjalliset dokumentit sisältävät enemmän tietoa, kuin mitä raporteilla kerrotaan. Raportilla mainittavien asioiden esiintyvyydellä on myös yhteys kirjallisesti dokumentoitujen asioiden esiintyvyyteen – mitä useampi kirjattu merkintä asiasta on, sitä useammin se mainitaan myös suullisesti. Ainoastaan yleispäteviä ilmaisuja esiintyy useammin suullisissa raporteissa kuin kirjallisissa dokumenteissa.

Työvuoronsa aloittaneet hoitajat tekevät suullisissa raportointitilaisuuksissa muistiinpanoja kuulemansa perusteella (Payne ym. 2000, 282; Kerr 2002, 129; Sexton ym. 2004, 39). Muistiinpanot sisältävät tietoa potilaiden hoitoon liittyvistä asioista, kuten suoritettavista hoitotoimenpiteistä ja tehtävistä tai mahdollisesta elvytyksikiellosta. Tehdyt muistiinpanot ovat hoitajien tärkein kirjallinen, hoidon toteutukseen liittyvä tiedon lähde ja näin ne osaltaan turvaavat asianmukaisen hoidon toteuttamisen. (Payne ym. 2000, 282; Kerr 2002, 132.) Vaikka muistiinpanot ovat hoidon toteuttamisessa tärkeässä roolissa, niihin kirjataan kuitenkin vain alle puolet niistä tiedoista, joita raporteilla suullisesti kerrotaan. Tämä tukee ajatusta siitä, että yli 50 % suullisten raporttien yhteydessä välitetyistä tiedoista onkin potilaiden hoidon toteutuksen kannalta epäoleellista tai turhaa. (Dowding 2001, 844.)

## **2.6 Raportointikäytäntöjen kehittäminen ja kehittämisen vaikutukset**

Suullisia raportointitilaisuuksia on kehitetty muuttamalla vallitsevaa toimintatapaa (Wallum 1995, 24 – 26; Kennedy 1999, 391 – 394; Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003, 4 – 9), sekä ohjeistamalla kirjallisesti suullisen raportin sisältöä tai asioiden esitysjärjestystä (Fenton 2006, 32 – 36; Schroeder 2006, 22 – 23; Wilson 2007, 203). Suullisten raporttien kehittämisen rinnalla on kehitetty myös hoitotyön kirjaamista, jotta aiemmin enimmäkseen suullisesti välitetty tieto olisi löydettävissä myös potilaiden kirjallisista hoitosuunnitelmista (Wallum 1995, 24 – 26; Kennedy 1999, 392). Raportoinnin kehittämiseen liittyy muutosvastarintaa, sillä kehittämisen ja käytäntöjen uudistamisen pelätään vaikuttavan liikaa raportointiin liittyviin perinteisiin. Epävarmuuden tunteita aiheuttaa pelko siitä, että kaikkia potilaita koskevien suullisten raporttien päättymisen myötä hoitajat eivät enää tietäisi jokaisen potilaan hoidon pääkohtia eivätkä näin ollen osaisi vastata esimerkiksi potilaiden läheisten esittämiin, hoitoa koskeviin tiedusteluihin. (Wal-

lum 1995, 24 – 26.) Lisäksi kannetaan huolta opiskelijoiden ja uusien työntekijöiden ohjaamisesta ja perehdyttämisestä (Puumalainen ym. 2003, 4 – 9).

Esiintyneestä muutosvastarinnasta huolimatta, kehittämisen seurauksena tapahtuneet muutokset kuitenkin arvioidaan myönteisinä. Yksiköissä, joissa suullisesta raportoinnista on joko luovuttu tai käytäntöä on muutettu tiimiraportoinniksi, potilaiden hoitoa dokumentoitiin ja kirjallisia hoitosuunnitelmia seurataan aiempaa paremmin (Wallum 1995, 24 – 26; Kennedy 1999, 392; Puumalainen ym. 2003, 4 – 9). Kun hoitosuunnitelmat ovat ajantasaisia, potilaat kyetään alkuepäilyistä huolimatta hoitamaan sekä omaisten esittämiin kysymyksiin vastaamaan, vaikka suullista raporttia ei saada (Wallum 1995, 24 – 26).

Suullisista raportointitilaisuuksista luopuminen vähentää kiireen tuntua, sillä se mahdollistaa sen, että työvuoronsa lopettavat hoitajat pystyvät saattamaan työtehtävänsä keskeytyksettä loppuun. Kokemusten mukaan suullisista raporteista luopuminen antaa uusia haasteita työn toteuttamiseen, lisää työn mielekkyyttä ja vähentää myös ylitöiden esiintymistä. Raporteista säästynyt työaika käytetään esimerkiksi välittömään potilastyöhön, hoitosuunnitelmien täydentämiseen sekä keskeneräisten tehtävien loppuun saattamiseen. Suullista raporttia kuitenkin kaivataan pitkältä vapaalta töihin tultaessa tai silloin, kun osastolla on opiskelijoita tai uusia työntekijöitä. (Kennedy 1999, 394; Puumalainen ym. 2003, 4 – 9.) Niissä yksiköissä, joissa on kehitetty suullisten raporttien sisältöä ja raporttien antamiseen liittyneitä käytäntöjä, on huomattu, että raporttien sisällön ja niiden pitämisen ohjeistaminen helpottaa raportin antajaa hoidon toteuttamisen kannalta oleellisiin asioihin keskittymisessä. Tämä helpottaa raportointitilaisuuksien aikataulussa pysymistä sekä yhtenäistää suullisten raporttien sisältöä ja johdonmukaisuutta. Ohjeita hyödynnetään myös uusien työntekijöiden perehdyttämisessä ja opiskelijoiden ohjauksessa. (Davies & Priestley 2006, 52; Fenton 2006, 35; Schroder 2006, 23; Wilson 2007, 203.)

## **2.7 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista**

Suullisten raportointitilaisuuksien tarkoituksena on välittää seuraavaan työvuoroon saapuville hoitajille tietoa hoidossa olevista potilaista. Raportointitilaisuuksia

on totuttu pitämään sinä keskeisenä keinona, jolla taataan potilaan hoidon laatu, jatkuvuus ja turvallisuus. (Benson ym. 2007, 80 - 84; Lamond 2000, 794; Isola & Laitinen 1995, 251.)

Eri tutkimuksissa raportointiin käytetyn työajan käyttö vaihtelee 6 – 20,6 % välillä (Isola & Laitinen 1995, 249 – 255; Cardona ym. 1997, 28 -36; Urden & Roode 1997, 34 – 41; Upenieks 1998, 28; Finnilä 2000; Ludgren ja Segesten 2001, 13 - 20; Harrison & Nixon 2002, 158 – 167; Partanen 2002, 103; Fitzgerald ym. 2003, 326 – 332; Gran-Moravec & Hughes 2005, 126 – 133; Heindrich ym. 2008, 29 – 33). Raportointitilaisuuksien keston vaikuttaa raportin ajankohta, potilasmäärä, potilaiden hoitoisuus sekä raportin sisältö (Liukkonen 1993, 1097; Sherlock 1995 33 – 36; Currie 2000, 19; Lamond 2000, 798; Turula 2000, 97, 101 - 102, 104, 111; Marjamäki-Eilola 2008, 22, 30 - 32, 34, 41 - 42, 52) Suullisiin raportointitilaisuuksiin liittyy potilaiden hoitoa koskevan tiedon välittämisen lisäksi myös muita elementtejä, kuten sosiaalisten suhteiden ja ryhmähengen muodostamista ja ylläpitoa, vertaistuen antamista ja saamista, opiskelijoiden opettamista sekä uusien työntekijöiden perehdyttämistä (Kilpeläinen 1992, 45, 47 – 48; Tuomi 1994, 53 – 54, 59 – 62; Lally 1999, 29 – 36; Payne ym.2000, 277 – 284; Hopkinsson 2002, 168; Kerr 2002, 125 – 134).

Raportointitilaisuuksiin ja suulliseen raportointiin liittyy myös tapoja ja käytäntöjä, jotka toistuvat lähes samankaltaisina tutkimusympäristöstä riippumatta. Tällaisia tapoja ovat esimerkiksi raporteilla kuullun perusteella tehdyt muistiinpanot, potilaiden hoitoa koskevien asioiden tietyssä järjestyksessä kertominen sekä raportin aloittamiseen ja päättymiseen liittyvät rituaalit. (Lally 1999,34 29 – 36; Lamond 2000, 800, 803; Payne ym. 2000, 277 – 284; Kerr 2002, 129 - 131; Sexton ym. 2004, 39; Hays & Weinert 2006, 257; Marjamäki-Eilola 2008, 22, 30 - 32, 34, 41 - 42, 52.)

Suullisten raporttien sisältö näyttää etenevän usein tietyssä järjestyksessä (Lamond 2000, 800, 803; Marjamäki-Eilola 2008, 22, 30 - 32, 34, 41 - 42, 52) ja potilaan hoitoa kuvataan hoitajien toteuttamien hoitotyön toimintojen listauksena. Raporteilla korostuu potilaiden fyysisiin tarpeisiin ja ongelmiin, lääketieteelliseen hoitoon tai tutkimuksiin liittyneet asiat. Lisäksi on tavallista kuvata nukkumiseen,

lepoon tai erittämiseen liittyviä asioita. Suulliset raportit eivät ole potilaskeskeisiä, vaan potilas on hoitajan toiminnan kohde, objekti. (Liukkonen 1993, 1095 – 1100; Wallum 1995, 24 – 26; Payne ym. 2000, 281; Currie 2000, 19; Fenton 2006, 32 – 36; Marjamäki-Eilola 2008, 22, 30 - 32, 34, 41 - 42, 52.) Lisäksi suullinen raportti annetaan usein muistinvaraisesti, eikä raportoinnissa käytetä tiedon lähteenä olemassa olleita hoitotyön dokumentteja (Wallum 1995, 24 – 26; Kennedy 1999, 391 – 394; Currie 2000, 19; Sexton ym. 2004, 37 – 42; Elovaara 2005, 79 - 81, 83).

Vaikka raportointikäytäntöjen muuttaminen aiheuttaa muutosvastarintaa ja pelkoja, suullisista raportointitilaisuuksista luopumisen on todettu parantavan hoitotyön kirjallista dokumentointia, vähentävän kiireen tuntua, antavan työhön uusia haasteita ja lisäävän kokemuksia työn mielekkyydestä (Wallum 1995, 24 – 26; Kennedy 1999, 392; Puumalainen ym. 2003, 4 – 9). Suullisten raporttien sisällön ja raportointitapojen kirjallinen ohjeistaminen puolestaan auttaa raportin antajaa keskittymään hoidon kannalta oleellisiin asioihin, jolloin raportit pysyvät paremmin aikataulussa. Ohjeet myös yhtenäistävät suullisten raporttien sisältöä ja johdonmukaisuutta. (Davies & Priestley 2006, 52; Fenton 2006, 35; Schroder 2006, 23; Wilson 2007, 203.)

### 3 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämä tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella ja vertailla konservatiivisten ja kirurgisten vuodeosastojen suullisiin raportointitilaisuuksiin liittyviä käytäntöjä ja tapoja sekä kuvailla ja vertailla yhden konservatiivisen ja yhden kirurgisen vuodeosaston suullisten raporttien sisältöjä.

Tutkimuksen tavoitteena on helpottaa vallitsevissa raportointikäytännöissä esiintyvien mahdollisten kehittämistarpeiden havaitsemista sekä toimia katalyyttina raportointikäytäntöjen kehittämisen aloittamisessa.

Tutkimuksessa pyritään saamaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Millaisia raportointitilaisuuksia osastoilla järjestetään ja millaisia käytäntöjä niihin liittyy?
- 2) Millaisia ongelmia suullisiin raportointitilaisuuksiin liittyy?
- 3) Miten paljon suullisiin raportointitilaisuuksiin osallistumiseen käytetään aikaa?
- 4) Miten raportoitavien potilaiden määrä ja raportilla suullisesti kerrottujen, potilaan hoitoa koskevien ilmaisujen määrä vaikuttavat eri raportointitilaisuuksien kestoan?
- 5) Millaisista asioista suullisten raporttien sisällöt muodostuvat?
- 6) Millaisia eroja suullisten raporttien sisällöissä on eri raportointitilaisuuksien ja osastojen välillä?

## **4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

### **4.1 Tutkimusmenetelmä**

Tässä tutkimuksessa käytettiin tutkimusmenetelmänä metodologista triangulaatiota. Triangulaatio tarkoittaa erilaisten tutkimusaineistojen, teoreettisten lähtökohtien, tutkijoiden tai tutkimusmenetelmien yhdistämistä samassa tutkimuksessa. Metodologien triangulaatio tarkoittaa laadullisten eli kvalitatiivisten ja määrällisten eli kvantitatiivisten tutkimusmenetelmien yhdistelemistä. (Leino-Kilpi, 2006, 225 – 226.) Laadullisena tutkimusmenetelmänä tutkimuksessa käytettiin osastonhoitajien strukturoitua, avoimia kysymyksiä sisältävää kyselylomaketta (liite 3) ja määrällisenä tutkimusmenetelmänä suullisten raportointitilaisuuksien havainnointilomakkeiden (Liite 4) avulla kerättyä aineistoa.

Triangulaatiossa tutkimusaineisto voidaan kerätä samanaikaisesti, jolloin toinen aineisto ei ole vaikuttamassa toisen aineiston keräämiseen tai jaksottaisesti, jolloin tarkoituksena on syventää tutkimuksen aikaisemmassa vaiheessa saatuja tuloksia. Sekä samanaikaisessa että jaksottaisessa triangulaatiossa käytetään yleensä lähestymistapana ensisijaisesti jompaakumpaa - joko kvantitatiivista tai kvalitatiivista lähestymistapaa. (Leino-Kilpi, 2006, 226 – 227.) Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin jaksottaisesti, niin että osastonhoitajien kyselytutkimuksen vastauksia voitiin syventää ja verrata havainnointitutkimuksen tuloksiin. Ensisijaisesti tutkimusaineistoja tarkastellaan kvantitatiivisesti, mutta tuloksia kuvaillaan myös laadullisesti kyselylomakkeen avoimiin kysymyksiin annettujen vastausten sekä havainnointitutkimuksen yhteydessä tehtyjen päiväkirjamerkintöjen avulla.

### **4.2 Tutkimusaineiston keruu**

Vallitsevia raportointikäytäntöjä osastonhoitajien näkökulmasta tarkasteleva tutkimusaineisto kerättiin tarkoitusta varten järjestetyssä informaatiotilaisuudessa kaikilta Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Seinäjoen keskussairaalan kirurgian, ortopedian, neurologian, sisätautien ja keuhkosairauksien vuodeosastojen osastonhoitajilta (n=9).

Suullisten raportointitilaisuuksien havainnointiaineisto kerättiin keuhkosairauksien vuodeosastolla A31 sekä yleiskirurgian ja traumatologian vuodeosastolla A21, sillä kyseisten osastojen osastonhoitajat ilmaisivat halukkuutensa raportointikäytäntöjen kehittämishankkeeseen osallistumisesta. Ennen havainnointien käynnistämistä kohdeorganisaatioiden henkilökuntaa informoitiin tutkimuksen käynnistymisestä. Osastolla A21 informointi tapahtui osastopalaverissa, jossa henkilökunnalle kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite. Osastolla A31 informointi tapahtui palaverissa, johon osallistui osastonhoitajan lisäksi ne henkilökunnan jäsenet, jotka jo aiemmin olivat osallistuneet osaston raportointikäytäntöjen kehittämiseen. Sekä osastonhoitajille suunnattu kyselylomake että raportointitilaisuuksien havainnointilomake suunniteltiin aikaisempien tutkimusten pohjalta esiintulleiden teemojen perusteella.

#### 4.2.1 Kyselytutkimus osastonhoitajille

Kyselylomake (Liite 3) suunniteltiin tätä tutkimusta varten aikaisempien tutkimusten pohjalta. Kyselylomakkeen avulla pyrittiin saamaan tietoa mm. osastojen raportointikäytännöistä ja niiden organisoinnista, raportointiin käytetystä ajasta, raportille osallistujista ja osallistujien lukumäärästä sekä raportointiin liittyvistä mahdollisista ongelmista. Osastonhoitajat vastasivat kyselyyn kehittämistehtävän tarkoituksen selventämiseksi järjestetyssä tiedotustilaisuudessa. Poissaolijoille kyselylomake toimitettiin henkilökohtaisesti. Lisäksi kirurgian vuodeosaston osastonhoitajille järjestettiin myöhemmin uusi informaatiotilaisuus, sillä osa heistä oli estynyt osallistumaan ensimmäiseen järjestettyyn tilaisuuteen.

#### 4.2.3 Suullisten raportointitilaisuuksien havainnointi

Suullisten raportointitilaisuuksien havainnoinneilla oli tarkoitus selvittää millaista tietoa osastojen suullisten raportointitilaisuuksien yhteydessä välitetään, millaisessa järjestyksessä tiedot kerrotaan, noudattaako tietojen antaminen tiettyä kaavaa, kerrotaanko eri raporteilla aina samat asiat ja liittykö raportointitilaisuuksiin tiettyjä rutiineja.

Havainnointilomake laadittiin tätä tutkimusta varten kirjallisuuden sisällönanalyysin avulla esiin nousseiden teemojen perusteella. Lomaketta esiteltiin koeha-

vainnoimalla raportointitilaisuuksia. Esitestaus kuitenkin osoitti, että lomake ei kaikilta osin toiminut toivotulla tavalla. Lomakkeen avulla potilaan perustietoja (nimi, potilaspaikka, tulosyy, aikaisemmat sairaudet, tehdyt toimenpiteet / leikkaukset ja postoperatiivisten päivien lukumäärä) koskevien ilmaisujen havainnointi onnistui, mutta potilaan eri hoitotyön osa-alueille liittyviä tarpeita ja ongelmia sekä tarpeiden vastaamiseen käytettyjä hoitotyön toimintoja koskevien ilmaisujen havainnointi oli ongelmallista. Esitestauksen jälkeen potilaan tarpeet ja ongelmat sekä niihin liittyvät hoitotyön toiminnot päätettiin ryhmitellä Seinäjoen keskussairaalan somaattisilla vuodeosastoilla käytössä olevan OPCq -hoitoisuusluokitusmittarin kuuden eri hoitotyön osa-alueen mukaan. OPCq -hoitoisuusluokitusmittari on osa FCG Oy:n RAFAELA -hoitoisuusluokitusjärjestelmää ja perustuu Oulun yliopistollisessa keskussairaalamme vuosina 1991 – 1993 kehitettyyn Roper, Logan & Tierneyn hoitotyön malliin pohjautuvaan OPC -mittariin (Finnish Consulting Group 2008; Louet-Lehtoniemi 2003, 26).

Mittari sisältää kuusi tarvealuetta niihin liittyvine hoitotoimenpiteineen: 1) hoidon suunnittelu ja koordinointi, 2) hengitys, verenkierto ja sairauden oireet, 3) ravitseminen ja lääkehoito, 4) hygienia ja eritystoiminta, 5) aktiivisuus, nukkuminen ja lepo sekä 6) hoidon ja jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki (Fagerström & Rauhala 2003, 13).

**Hoidon suunnittelu ja koordinointi** käsittää potilaalle tarkoituksenmukaisen hoidon suunnittelun ja koordinoinnin yhteistyössä potilaan ja / tai hänen omaistensa ja läheistensä sekä myös muiden potilaan hoitoon osallistuvien tahojen, kuten jatkohoitopaikan henkilökunnan kanssa. **Hengittämisen, verenkierron ja sairauden oireiden osa-alue** sisältää potilaan hengittämiseen, verenkiertoon ja sairauteen liittyvät oireet tai ongelmat, sekä niiden havainnoinnin, tarkkailun ja seurannan sekä tarvittaessa lääkitsemisen. **Ravitsemus ja lääkehoidon osa-alue** tarkoittaa potilaan ruokailuun, ruokahaluun, janoon, suun hygieniaan, painoon tai ruokailutottumuksiin liittyvät tarpeet ja ongelmat sekä niihin kohdennetut hoitotyön toiminnot, kuten esimerkiksi ruokailuasentoon auttamisen ja syöttämisen tai parenteraalisen ravitsemuksen toteuttamisen. Osa-alueelle sisältyy myös potilaan



tarpeisiin tai ongelmiin vastaamiseksi toteutettu lääkehoito. **Hygienian ja erityistoiminnan** osa-alue sisältää potilaan henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisen sekä siinä tukemisen, auttamisen ja puolesta tekemisen. Lisäksi osa-alueeseen kuuluu erittämisen tarkkailu ja seuranta sekä haavan hoito. **Aktiviteetin, toiminnallisuuden, nukkumisen ja levon osa-alue** käsittää: 1) Potilaan fyysisen, älyllisen tai sosiaalisen aktiviteettiin ja toiminnallisuuteen kohdistuvan havainnoinnin sekä niitä edistävät toiminnot, kuten esimerkiksi auttamisen, puolesta tekemisen, motivoinnin ja kannustamisen. 2) Nukkuminen ja lepo sisältävät riittävän unen ja levon sekä niitä estävien tekijöiden, kuten esimerkiksi levottomuuden tai sekaavuuden seurannan ja valvonnan sekä unen ja levon turvaamiseksi toteutetut hoitotyön toiminnot. **Hoidon ja jatkohoidon opetuksen ja ohjauksen, emotionaalisen tuen osa-alue** sisältää potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä hoitoon tai kotihoitoon liittyvissä asioissa ohjaamisen ja opettamisen sekä sairauteen sopeutumista ja mahdollista kriisi- ja surutyötä tukevat toiminnot, kuten auttamisen, rohkaisemisen ja tukemisen. (Qualisan 2005, 7 – 12.)

Koska edellä mainitut hoitoisuusluokitusmittarin osa-alueet sisälsivät samoja potilaan hoidon suunnitteluun, toteuttamiseen, ja arviointiin liittyviä asioita kuin suulliset raportointitilaisuudet aiempien tutkimusten mukaan sisälsivät, havainnointilomakkeen yläluokkina oli perusteltua käyttää hoitoisuusluokitusmittarin osa-alueiden otsikoita. Lisäksi mittarin mukainen ryhmittely oli tuttu myös tutkijoille, sillä he olivat käyttäneet mittaria vuodeosastotyötä tehdessään.

Muutosten jälkeen havainnointilomaketta (Liite 4) uudelleen testattiin koehavainnoinneilla. Testaus osoitti, että lomakkeeseen oli mahdollista tehtyjen muutosten jälkeen suullista raporttia kuunneltaessa merkitä juoksevalla numerolla raportilla kerrotut potilaan hoitoon liittyvät ilmaisut. Tässä tutkimuksessa suullisella raportilla kerrotusta, potilaan hoitoa tai vointia kuvaavasta lausumasta käytetään nimitystä ilmaisu. Lisäksi tutkijat tekivät havainnoinnin yhteydessä muistiinpanoja muista raportointitilaisuuksiin liittyneistä tapahtumista ja käytännöistä, kuten esimerkiksi mahdollisista keskeytyksistä sekä niiden syistä. Tutkijat myös kirjasivat mahdollisesti epäselviksi jääneet ilmaisut muistiin ja siirsivät ne yhdessä myöhemmin havainnointilomakkeeseen.

Alkuperäisenä suunnitelmana oli, että kumpikin tutkija olisi havainnoinut sekä osaston A21 että osaston A31 raportointitilaisuuksia. Havainnointilomakkeen esitestausten ja koehavainnointien myötä ilmeni, että sekä havainnoinnin sujumuuden että tulosten luotettavuuden kannalta oli merkityksellistä, kuinka hyvin havainnoija ymmärtää raporteilla kuulemansa asiat. Näin päädyttiin siihen, että Maria Komi havainnoi osaston A21 ja Marja Tapanainen vastaavasti osaston A31 raportointitilaisuudet.

**Yleiskirurgian ja traumatologian vuodeosastolla A21** havainnoinnit piti toteuttaa alkuperäisen suunnitelman mukaan viikolla 9 vuonna 2009. Koska kyseisenä aikana kohdeorganisaatiossa oli osastosulkujen vuoksi paljon vierasta henkilökuntaa ja osastolla hoidettiin normaalista poiketen lähinnä ortopedisia potilaita, havainnointien ajankohtaa siirrettiin viikolle 10. Havainnoinnit toteutettiin 2.3 – 6.3.2009 välisenä aikana arkipäivisin niin, että havainnoija osallistui yhteensä kymmeneen raportointitilaisuuteen. Näistä neljä (4) oli yöhoitajan aamuvuorolaisille antamaa yöhoitajan raporttia, neljä (4) aamuvuoroon tuleville hoitajille annettua ns. aamuraporttia, kolme (3) iltavuorolaisille annettua päiväraporttia ja kaksi (2) yövuoroon tuleville hoitajille annettua iltaraporttia. Yhteensä havainnoitiin 13 eri raportointitilaisuutta. Aamu- ja iltaraportointitilaisuudet sisälsivät yleensä kahden eri hoitajan antaman raportin, kun taas päiväraportointitilaisuuksissa kuultiin kolmen eri hoitajan pitämät raportit. Yhteensä havainnoitiin neljä (4) yöhoitajan raporttia, 7 aamuraporttia, 9 päiväraporttia ja neljä (4) iltaraporttia. Laskettaessa yhteen raportointitilaisuuksien sisältämät eri hoitajien pitämät raportit, havainnoitujen suullisten raporttien lukumäärä oli yhteensä 24.

**Keuhkosairauksien vuodeosastolla A31** havainnoinnit toteutettiin 12.2 – 17.3.2009 välisenä aikana. Päiväraporttien havainnoinnit toteutettiin arkipäivisin ja ilta- ja yövuororaporttien lisäksi viikonloppuna. Havainnoija osallistui yhteensä 14:n raportointitilaisuuteen. Näistä kolme (3) oli yöhoitajan aamuvuorolaisille antamaa yöhoitajan raporttia, neljä (4) iltavuorolaisille annettua päiväraporttia ja viisi (5) yövuoroon tuleville hoitajille annettua iltaraporttia. Yhteensä havainnoitiin 12 eri raportointitilaisuutta joista aamu- ja päiväraportointitilaisuudet sisälsivät yleensä yhden hoitajan antaman raportin ja iltaraportti kolmen eri hoitajan

pitämän raportin. Laskettaessa yhteen raportointitilaisuuksien sisältämät eri hoitajien pitämät raportit, havainnoitujen suullisten raporttien lukumäärä oli yhteensä 19.

Raportointitilaisuuksissa havainnoija kuunteli hoitajien pitämät suulliset raportit ja merkitsi havainnointilomakkeeseen numeroilla, millaisia potilaiden hoitoon liittyviä asioita eli hoitoa koskevia ilmaisuja raportinantaja raportilla kertoi sekä missä järjestyksessä asiat ilmaistiin. Lomakkeisiin ei merkitty potilaiden tunnistetietoja, jotta tietoturva ei vaarantuisi, vaan potilaista käytettiin juoksevaa numerointia. Itse raportointitilaisuuksiin liittyvät muut lisähuomiot, kuten esimerkiksi mahdolliset keskeytykset, kirjattiin blankopaperille, jotta niitä voisi luotettavammin tulosten analyysivaiheessa palauttaa mieleen. Jotta raportointitilaisuuksiin käytetystä kokonaistyöajasta saisi paremman käsityksen, lomakkeeseen merkittiin raportin aloitus- ja päättymisaika sekä raporteille osallistuneiden hoitajien lukumäärät.

#### 4.2.4 Havainnointitutkimuksen kohdeorganisaatioiden kuvaus

**Keuhkosairauksien vuodeosastolla A31** on 27 sairaansijaa ja osastolla hoidetaan keuhkoahauma-, astma- ja keuhkosityöpöpotilaita sekä potilaita, joilla on keuhkopussi- tai muu hengitystieinfektio. Osastolla toteutetaan myös potilaiden kotona käyttämien, hengitystä tukevien BiPap-, CPAP- sekä happirikastinhoitojen aloitukset sekä osa laitteiden käyttöön liittyvistä jälkitarkastuksista. Lisäksi osastolla on tartuntavaarallisia, eristystä edellyttäviä infektioita sairastavia potilaita varten alipaineistettu eristyshuone. Vuodeosastohoidon lisäksi osastolla toteutetaan myös poliklinista hoitotyötä, sillä osastolla käy seitsemänä päivänä viikossa polikliinisiä unitutkimuspotilaita sekä arkipäivisin keskimäärin kolme polikliinisesti so-lusalpaajahoitoja saavaa syöpöpotilasta.

Osastolla työskentelee osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan lisäksi 12 sairaanhoitajaa, 9 perushoitajaa, 3 osastonsihteerä sekä sisäisenä ostopalveluna 4,0 sairaalahuoltajaa. Lisäksi osasto on kotiosastona yhdelle varahenkilöstön perus- ja sairaanhoitajalle.

Osastolla työskennellään pääsääntöisesti kolmessa moduulissa. Normaalitytilanteissa osastolla on aamuvuorossa osastonhoitajan lisäksi 8 hoitajaa. Aamuvuorossa työskennellään kahden hengen työpareina kolmessa moduulissa. Lisäksi mahdollisuuksien mukaan on lääke- ja toimenpidehoitaja. Jos tästä perusvahvuudesta puuttuu henkilökuntaa, niin lääkehoitajana tai toimenpidehoitajana työskentelevä sairaanhoitaja siirtyy työskentelemään johonkin moduuleista. Iltavuorossa perusmiehitys on viisi hoitajaa ja moduulien lukumäärä riippuu työvuorossa olevien sairaanhoitajien lukumäärästä. Jos työvuorossa on esimerkiksi kolme sairaanhoitajaa ja kaksi perus- tai lähihoitajaa, sairaanhoitajat työskentelevät kolmessa moduulissa ja perus- ja lähihoitajat kahdessa moduulissa. Potilashuoneiden sijaintiin ja lukumäärään perustuvaa moduulijakoa kuitenkin muutetaan joustavasti potilasmäärään perustuen. Yövuorossa on tavallisesti kaksi hoitajaa, joista toinen on sairaanhoitaja. Arkipäivistä poiketen aamuvuoroissa on viikonloppuisin viisi hoitajaa, mutta sen sijaan iltavuoroissa hoitajien lukumäärä on sama kuin arkisin.

Osastolla A31 on vuodesta 2002 ollut käytössä kirjallinen suullisen raportoinnin apulomake (Liite 5). Lomake muodostaa pohjan suulliselle raportoinnille jokaisessa raportointitilaisuudessa. Moduulikohtaisille työasemille, vaihtuvan salasanan taakse tallennettuun lomakepohjaan kirjataan potilaan nimi, ikä, osastolle tulopäivä, lääketieteellinen diagnoosi sekä hoidon tarve ja tavoitteet. Lisäksi lomakkeeseen kirjataan hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa huomioitavia asioita. Moduulien vastaavat sairaanhoitajat päivittävät lomakkeen tiedot muuttuneiden asioiden osalta ennen seuraavan raportointitilaisuuden alkua ja tulostavat lomakkeen seuraavaan työvuoroon tuleville hoitajille. Suullisten raportointitilaisuuksien aikana raportin kuulijat täydentävät kirjallisen raportointilomakkeen tietoja kuulemansa perusteella.

Suullisia raportointitilaisuuksia pidetään vuorokaudessa kolme; 1) yöhoitajien raportti (klo 7 - 7.15) aamuvuorolaisille, 2) päiväraportti (klo 13.30 - 14.00) iltavuoroon tuleville hoitajille, 3) iltaraportti (klo 20.30 - 21.00) yövuoroon tuleville hoitajille. Työvuorot on suunniteltu siten, että päällekkäistä työaika suulliseen raportointiin on mahdollisimman vähän. Yöhoitajan raporttiin on varattu aikaa 15 minuuttia ja päivä- ja iltaraporttiin raporttiin vastaavasti 30 minuuttia. Osaston

henkilökunnan yhteiset osastotunnit järjestetään raportointitilaisuuksien jälkeen klo 14.00 - 15.00 välisenä aikana.

Yöhoitaja kertoo aamuvuoron moduulin hoitajille lyhyesti yön tapahtumista ja uusista potilaista. Henkilökunta tulee hyvissä ajoin osastolle, joten yöhoitajan raportti on usein ohi virallisen työajan (klo 7.00) alkaessa. Varsinaista aamuraporttia ei pidetä, vaan yöhoitajan raportin jälkeen moduulien hoitajat käyvät lyhyesti läpi kirjallisesta raportointilomakkeesta potilaiden tulevan päivän asioita. Mikäli toinen hoitajista ei tunne potilaita entuudestaan, saatetaan potilaan hoitoon liittyviin asioihin perehtymiseen käyttää aikaa noin 10 minuuttia.

Päivä- ja iltaraportilla moduulien ryhmänjohtajina toimineet sairaanhoitajat antavat kukin vuorollaan ilta- tai yövuoroon tulleille hoitajille suullisen raportin. Päiväraportointitilaisuudet pidetään moduulikohtaisesti päiväsalissa ja toimenpidehuoneissa, iltaraportit taas osastonsihteerin kansliassa. Päiväraporttia varten työaikaa on moduulia kohden varattu noin 30 minuuttia, kun iltaraporttia varten työaikaa on noin 10 minuuttia moduulia kohden.

**Yleiskirurgian ja traumatologian vuodeosastolla A21** on 36 sairaansijaa, joista 16 on yleis- ja plastiikkakirurgian käytössä sekä 20 traumatologian ja käsikirurgian käytössä. Osastolla hoidetaan yleiskirurgisia (23 %), plastiikkakirurgisia (22 %) sekä ortopedisia traumapotilaita (55 %). Yleis- ja plastiikkakirurgisista potilaista noin 60 % saapuu ajanvarauksen kautta ja noin 40 % päivystyksenä, kun traumatologisista potilaista päivystyksenä saapuu noin 75 % ja vain 25 % ajanvarauksen kautta. Lisäksi osastolla toimii arkipäivisin haavapoliklinikka, jonka osuus osaston kokonaistoiminnasta on noin 3 %.

Osastolla työskentelee osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan lisäksi 15 sairaanhoitajaa, 7 perushoitajaa, 2 osastonsihteerä sekä sisäisenä ostopalveluna 2,5 sairaalahuoltajaa. Lisäksi osasto toimii yhden varahenkilöstön sairaanhoitajan sekä yhden perushoitajan ns. kotiosastona.

Aamuvuoroissa osastolla työskennellään kolmessa moduulissa. Moduulin I ja III kuuluu 14 sairaansijaa ja moduuliin II 8 sairaansijaa. Osastonhoitajan lisäksi osas-

tolla on normaalitilanteissa työvuorossa 8 hoitajaa. Työvuoron hoitajat on jaettu moduuleihin siten, että I ja III moduuleissa työskentelee kolme hoitajaa ja II moduulissa kaksi hoitajaa. Moduulien hoitajat auttavat toisiaan yli moduulirajojen. Vaikka potilaat pyritään sijoittamaan moduuleihin lääketieteellisen erikoisalan perusteella (yleis- ja plastiikkakirurgiset potilaat moduuleihin I ja II ja traumatologiset potilaat moduuliin III), tämä ei aina ole mahdollista, joten samassa moduulissa ja jopa samassa huoneessa saattaa olla eri erikoisalojen potilaita.

Iltavuorossa osastolla työskennellään yleensä kahdessa moduulissa ja työvuorossa on normaalitilanteissa 5 hoitajaa. Iltavuoroissa sekä I että II moduuliin kuuluu 18 sairaansijaa, joissa molemmissa työskentelee 2 hoitajaa työparina. Viides työvuoron hoitajista sijoittuu yleensä II moduuliin, jossa tavallisesti on enemmän apua tarvitsevia traumatologisia potilaita. Myös iltavuorossa hoitajat auttavat toisiaan yli moduulirajojen. Yövuorossa on tavallisesti työparina kaksi hoitajaa, joista vähintään toinen on sairaanhoitaja.

Suullisia raportointitilaisuuksia pidetään vuorokaudessa yleensä neljä; 1) yöhoitajien raportti aamuvuorolaisille, 2) aamuraportti niille aamuvuoroon tuleville hoitajille, jotka eivät edellisenä iltana ole olleet työvuorossa, 3) päiväraportti iltavuoroon tuleville hoitajille sekä 4) iltaraportti yövuoroon tuleville hoitajille. Työvuorot on suunniteltu siten, että työvuorojen vaihtuessa henkilökunnalla on päällekkäistä, suullisia raportointitilaisuuksia varten varattua työaika. Yö- ja aamuvuorojen vaihteessa päällekkäistä raportointiin varattua työaika on 15 minuuttia (klo 7 – 7.15), aamu- ja iltavuoron vaihteessa 1 tunti (klo 13 – 14) sekä ilta- ja yövuoron vaihteessa 30 minuuttia (klo 20.30 – 21.00). Raportointitilaisuudet pidetään kollektiivisesti kaikille hoitajille, jolloin pääsääntöisesti kaikki alkavaan työvuoroon osallistuvat hoitajat kuuntelevat kaikkia potilaita koskevat raportit, riippumatta siitä missä moduulissa he tulevat työskentelemään.

Yöhoitajan raportti pidetään osaston kansliassa. Raportilla yövuorossa ollut sairaanhoitaja kertoo lyhyesti kaikille aamuvuoroon tulleille hoitajille yövuoron akuuteimmat asiat, kuten esimerkiksi päivystyspotilaiden tai heräämöstä haettujen potilaiden tilanteen ja toinen yövuorossa ollut hoitaja vastaanottaa aamulla osastolle saapuvia potilaita. Raportin päätyttyä iltavuorossa olleet sairaanhoitajat pitä-

vät vuorollaan raportin hoitamistaan potilaista niille hoitajille, jotka eivät ole olleet edellisenä päivänä iltavuorossa. Toisen moduulin sairaanhoitajan antaessa suullista raporttia, toisen moduulin sairaanhoitaja jakaa aamulääkkeet potilaille ja muut iltavuorossa olleet hoitajat puolestaan ryhtyvät aamupalan jakoon tai muihin aamuvuoron töihin. Aamuraportit pyritään pitämään klo 7.30 mennessä, sillä tämän jälkeen alkaa lääkärintieto, jolle moduulien ryhmänjohtajina toimivat sairaanhoitajat osallistuvat.

Päivä- ja iltaraportilla moduulien ryhmänjohtajina toimineet sairaanhoitajat antavat kukin vuorollaan ilta- tai yövuoroon tulleille hoitajille suullisen raportin. Päiväraporttia varten työaika on varattu noin 20 minuuttia ja iltaraporttia noin 15 minuuttia moduulia kohden. Päiväraportti pidetään osaston kahvihuoneessa ja iltaraportti osaston kansliassa.

### **4.3 Aineiston analyysi**

#### **4.3.1 Osastonhoitajille suunnattu kyselytutkimusaineisto**

Sisällönanalyysi on hoitotieteellisissä tutkimuksissa paljon käytetty tutkimusaineiston analyysimenetelmä. Analysoitava tieto voi olla laadullista, verbalisessa tai kuvallisessa muodossa olevaa aineistoa. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla näitä kirjallisia vastauksia voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysin avulla pyritään rakentamaan sellaisia malleja, joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 27.) Tässä tutkimuksessa laadullisen aineiston muodostaa osastonhoitajien kyselylomakkeen avoimiin kysymyksiin antamat kirjalliset vastaukset. Analyysin aluksi aineisto luettiin läpi useampaan kertaan. Näin tutkittavasta ilmiöstä eli eri vuodeosastoilla vallitsevista raportointikäytännöistä alkoi muodostua kokonaiskäsitelmä. Tämän jälkeen kyselylomakkeiden vastaukset siirrettiin Excel -taulukkolaskentaohjelmaan niiden määrällistämiseksi. Strukturoituihin kysymyksiin annetut vastaukset kvantifioitiin Excel-taulukkolaskentaohjelman avulla ja avoimiin kysymyksiin annetut vastaukset koottiin yhteen kysymyksittäin. Lisäksi myös osa avoimien kysymysten vastauksista kvantifioitiin. Koska otos (n=9) oli pieni, tuloksista ei ollut tarkoituksenmu-

kaista tehdä tilastollisiin yleispäteviin tulkintoihin tähtääviä johtopäätöksiä, vaan analyysissä pääpaino oli raportointiin liittyvien ilmiöiden ja näkemysten kuvaamisessa osin määrällisesti ja osin laadullisesti.

#### 4.3.2 Raportointitilaisuuksien havainnointiaineisto

Havainnoinnin päätyttyä havainnointilomakkeiden tiedot siirrettiin manuaalisesti tarkoitusta varten laadittuun Excel-taulukkoon, jotta ne olisi helpompi kvantifioida. Tutkimuksen kohteina olleiden osastojen tietoja käsiteltiin erikseen osastojen toiminnallisten eroavaisuuksien vuoksi. Tietojen erillisinä käsittely oli perusteltua myös siksi, että tiedoista ei ollut tarkoitus tehdä yleistäviä tilastollisia päätelmiä, vaan tarkoituksena oli aineiston avulla kuvata tietyn osaston suullisten raporttien sisältöä. Osaston A21 havainnoinneista kertyneen aineiston analysoi Maria Komi ja osaston A31 aineiston Marja Tapanainen.

Osastolla A21 havainnoidut raportointitilaisuudet (n=13) sisälsivät yhteensä 24 suullista raporttia, joista kertyi yhteensä 2382 potilaan vointia tai hoitoa kuvaavaa merkintää. Osastolla A31 havainnoidut raportointitilaisuudet (n=12) sisälsivät yhteensä 19 eri suullista raporttia, joista saatiin yhteensä 999 potilaan vointia tai hoitoa kuvaavaa havaintoa.

Excel -taulukkolaskentaohjelman avulla laskettiin raportointitilaisuuksittain suullisilla raporteilla kerrottujen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärät (f) ja ilmaisujen esiintyvyydet suhteessa raportoitujen potilaiden määrään sekä ilmaisujen esiintyvyyksien vaihteluvälit ja keskiarvot. Koska sekä kyselytutkimuksen että aiheeseen liittyvien aiempien tutkimustulosten mukaan raportointiin käytettyyn aikaan näytti vaikuttavan suullisen raportin laajuus ja potilaiden lukumäärä, havainnoinneista laskettiin myös potilaiden lukumäärän ja raportin keston, potilaiden lukumäärän ja ilmaisujen lukumäärän (=raportin laajuus) sekä raportin keston ja ilmaisujen lukumäärän väliset Pearsonin korrelaatiokertoimet (r).

Muuttujien välisten korrelaation (r) tulkittiin olevan voimakkaasti positiivinen, mikäli korrelaatiokerroin oli lähellä arvoa +1 ja voimakkaasti negatiivinen, jos kerroin oli lähellä arvoa -1. Jos kerroin oli lähellä arvoa 0, muuttujien välillä ei



voitu osoittaa olevan lineaarista riippuvuutta. (vrt. Heikkilä 2004, 91.) Lisäksi Pearsonin korrelaatiokertoimia tulkittiin seuraavien raja-arvojen avulla: 1) jos korrelaatiokertoimen itseisarvo oli  $<0,3$  ( $r < 0,3$ ), muuttujien välillä ei ollut paljoakaan lineaarista riippuvuutta, 2) jos kertoimen itseisarvo oli  $>0,3$  ( $r > 0,3$ ) ja  $< 0,7$  ( $r < 0,7$ ), muuttujien välinen lineaarista riippuvuutta oli jonkin verran ja 3) jos kertoimen itseisarvo oli  $>0,7$  ( $r > 0,7$ ), muuttujien välillä oli suoraviivainen riippuvuus (vrt. Taanila 2009).

Tutkimuksen nollahypoteesina ( $H_0$ ) oli, että muuttujien välisen lineaarisen riippuvuuden puuttuminen ja vastahypoteesina ( $H_1$ ) taas muuttujien välisen lineaarisen riippuvuuden olemassaolo. Vaikka aineisto oli pieni, eikä siitä ollut tarkoitus tehdä yleispäteviä tilastomatemattisia johtopäätöksiä, muuttujien välisten korrelaatiokertoimien osalta laskettiin myös tilastolliset merkitsevyystasot (p-arvot). Koska perusoletuksena oli muuttujien välinen positiivinen korrelaatio (toisen muuttujan arvon kasvaessa myös toisen muuttujan arvo kasvaa), muuttujien välisten korrelaatiokertoimien tilastollisen merkitsevyyden testaamiseksi käytettiin yksisuuntaista testausta. Testauksen tuloksia tarkasteltiin 5 %:n riskitasolla, jolloin muuttujien välillä tulkittiin olevan tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta, mikäli p-arvo oli  $<0,05$ . Jos p-arvo taas oli  $>0,05$ , muuttujien välisellä korrelaatiolla ei ollut tilastollista merkitsevyyttä. (vrt. Heikkilä 2004, 206 - 207; 195.)

Kvantifioinnin päätteeksi raportointitilaisuuskohtaiset aineistot yhdistettiin yhdeksi osastokohtaiseksi aineistoksi ja analysoitiin uudelleen edellä kuvatulla tavalla. Tämän jälkeen raportointitilaisuuksia kuvailtiin yhdessä muiden tilaisuuksista tehtyjen havainnointien kanssa. Analyysin etenemisen myötä osastojen välisissä tuloksissa havaittiin olevan yhtäläisyyksiä, joten osastokohtaisia tuloksia päädyttiin myös vertailemaan keskenään. Lisäksi osastokohtaiset havainnointiaineistot yhdistettiin yhdeksi aineistoksi ja tulokset analysoitiin sekä esitettiin myös koko aineistoa käsittelevinä tuloksina.

## 5 TULOKSET

### 5.1 Kyselytutkimuksen tulokset

Osastonhoitajille suunnatun kyselyn avulla pyrittiin saamaan tietoa mm. osastojen raportointikäytännöistä sekä raportointitilaisuuksien organisointiin liittyneistä asioista. Lisäksi kiinnostuksen kohteena oli myös raportointiin käytetty aika, raportille osallistujien lukumäärä sekä raportointiin mahdollisesti liittyvät ongelmat. Kyselyyn vastasivat kaikki (n=9) osastonhoitajat, joten vastausprosentti oli 100.

Osastonhoitajien kanssa käydyissä keskusteluissa kävi ilmi, että kaikilla konservatiivisilla osastoilla suullisen raportoinnin apuna käytettiin erillistä, tietokoneelta tulostettavissa olevaa lomaketta, joka sisälsi kunkin moduulin potilaiden hoidon toteutuksen ja seurannan kannalta oleelliset asiat. Työvuoronsa päättävät sairaanhoitajat päivittivät lomakkeen tiedot ja lomake tulostettiin seuraavaan työvuoroon tuleville hoitajille. Tässä työssä lomakkeesta käytetään nimitystä kirjallinen raportoinnin apulomake. Yksiköissä oli sovittu, että lomakkeella mainittuja asioita ei enää toisteta suullisen raportin yhteydessä. Lomakkeeseen tehtiin tarvittaessa muistiinpanoja suullisella raportilla kuullun perusteella. Eräällä konservatiivisella osastolla kirjallinen raportoinnin apulomake korvasi lähes täysin suulliset raportit.

#### 5.1.1 Yöhoitajan raportti

Kaikilla operatiivisilla vuodeosastoilla yöhoitajana ollut sairaanhoitaja antoi kaikkia potilaita koskevan kollektiivisen suullisen raportin kaikille aamuvuoroon tulleille hoitajille. Raportille osallistui raportin antajan lisäksi yleensä 7 – 8 hoitajaa ja raportin kesto oli yhteensä noin 10 - 15 minuuttia.

Kaikilla konservatiivisilla osastoilla molemmat yöhoitajat, sekä sairaanhoitaja että perus- tai lähihoitaja toimivat raportin antajina. He antoivat samanaikaiset, moduulikohtaiset raportit hoitajille, jotka alkaneen aamuvuoron aikana vastasivat kyseisen moduulin potilaiden hoidosta. Myös konservatiivisilla osastoilla raporteille osallistui raportin antajan lisäksi 7- 8 hoitajaa. Moduulia kohden raporttiin kului aikaa keskimäärin 5 – 10 minuuttia, joten kokonaisuudessaan raportointiin käytettiin aikaa moduulien lukumäärästä riippuen 15 – 30 minuuttia.

### 5.1.2 Aamuraportti

Operatiivisilla vuodeosastoilla edellisessä iltavuorossa olleet moduuli- / ryhmävastaavina toimineet sairaanhoitajat pitivät vuorotellen kollektiivisen aamuraportin hoitamistaan potilaista. Aamuraportille osallistuivat ne hoitajat, jotka eivät olleet edellisenä iltana työvuorossa. Edellisessä iltavuorossa töissä olleista hoitajista perushoitajien kuvattiin lähtevän yöhoitajan raportin jälkeen aamupalan jakoon, kun taas sairaanhoitajista se, joka ei raportin antaja vuorossa, vei aamulääkkeet potilashuoneisiin. Raporteille osallistui raportioijan lisäksi yleensä 5 – 6 hoitajaa ja raportointitilaisuuden arvioitiin kestävän yhteensä noin 15 – 20 minuuttia.

Konservatiivisilla vuodeosastoilla aamuraporttien toteutettiin moduulikohtaisina raporteina, joissa hoitajat kuuntelivat vain oman moduulinsa potilaita koskevan raportin. Yleensä konservatiivisilla osastoilla oli aamuvuoroissa 2 – 4 moduulia, joissa kussakin 2 -3 hoitajaa. Jos moduulin kaikki jäsenet olivat olleet edellisenä päivänä iltavuorossa, raporttia ei pidetty tai sillä kerrottiin ainoastaan akuutit asiat. Jos raportti pidettiin, siihen arvioitiin kuluvan aikaa noin 5 – 10 minuuttia moduulia kohden. Yhdellä osastolla suullista aamuraporttia ei pidetty lainkaan, vaan hoitajat perehtyivät potilaan hoidossa huomioitaviin asioihin kirjalliseen raportoinnin apulomakkeeseen tai potilaan hoitosuunnitelmiin tutustumalla.

### 5.1.3 Kiertoraportti lääkärin määräyksistä

Kahdella (22 %) operatiivisella ja kahdella (22 %) konservatiivisella vuodeosastolla lääkärin kierrolla mukana ollut sairaanhoitaja antoi osastosihteerille suullinen raportin lääkärin antamista määräyksistä. Aikaa raportointiin arvioitiin kuluvan noin 5 – 10 minuuttia moduulia kohden. Vastaavasti kahdella (22 %) operatiivisella ja kolmella (33 %) konservatiivisella osastolla sihteerit katsoivat lääkärin määräykset reaaliaikaisesti tietojärjestelmästä eikä erillistä suullista raporttia annettu kuin erityistapauksissa. Jos raportti kuitenkin annettiin, siihen kului aikaa arviolta 2 – 5 minuuttia moduulia kohden. Moduulin työparin kesken varsinaista kiertoraporttia ei yleensä (66 %) pidetty, vaan työpari joko katsoi reaaliaikaisesti hoitomääräykset tietojärjestelmästä tai työparia / lääkehoitajaa informoitiin muuten hoitomuutoksista. Kahdella (22 %) operatiivisella vuodeosastolla yhteinen,

suullinen raportti kiertomääräyksistä kaikille työvuorossa olijoille saatettiin pitää joissain erittelemättömissä tilanteissa.

#### 5.1.4 Päiväraportti

Operatiivisilla vuodeosastoilla iltavuoro alkoi yleensä klo 13 ja suulliseen raportointiin oli varattu aikaa tunti. Myös päiväraportti toteutettiin kollektiivisesti, jolloin kaikki iltavuoroon tulleet hoitajat kuuntelivat aamuvuorossa moduulien ryhmänjohtajina olleiden sairaanhoitajien vuorotellen antamat raportit kaikista osastolla olevista potilaista. Raporteille osallistui yleensä 5 – 6 kuulijaa ja raportointiin arvioitiin käytettävän aikaa noin 20 - 30 minuuttia moduulia kohden. Pääsääntöisesti raportointiin käytettiin kaikki sille varattu aika.

Konservatiivisilla vuodeosastoilla iltavuoron alkamisajankohta vaihteli – työvuoro saattoi alkaa joko klo 13 tai 13.30. Ennen raportointitilaisuuden alkua aamuvuorossa moduulien vastaavina toimineet sairaanhoitajat päivittivät kirjallisen raportoinnin apulomakkeen ja tulostivat lomakkeen iltavuoroon tulijoille. Neljällä konservatiivisella osastolla oli käytössä moduuli- tai ryhmäkohtainen päiväraportti, jolloin raportti kuunneltiin ainoastaan sen moduulin tai ryhmän potilaista, joita tulevan työvuoron aikana aiottiin hoitaa. Eri moduulien raportit pidettiin samanaikaisesti eri huoneissa. Raportin antoi aamuvuoron ryhmänjohtajana toiminut sairaanhoitaja ja raportille osallistui yleensä hänen lisäkseen 2 iltavuoroon tulijaa. Päiväraporttien kestoksi arvioitiin noin 15 - 30 minuuttia moduulia kohden.

#### 5.1.5 Iltaraportti yöhoitajille

Yöhoitajille annetussa iltaraportissa käytännöt eri toiminta-alueiden yksiköiden välillä vaihtelivat vähiten. Yövuoro alkoi yleensä klo 20.30 ja raportointiin oli varattu aikaa puoli tuntia. Sekä operatiivisilla että konservatiivisilla osastoilla raportti annettiin kollektiivisesti niin, että iltavuoron moduulien ryhmänjohtajina toimineet sairaanhoitajat antoivat vuorotellen raportin yövuoroon tulleille kahdelle tai kolmelle hoitajalle. Yövuorolaisille annettuun raporttiin arvioitiin kahdeksalla osastolla käytettävän aikaa noin 10 – 15 minuuttia ja yhdellä osastolla noin 20 minuuttia moduulia kohden.

### 5.1.6 Suullisten raportointitilaisuuksien kesto

Kysymykseen, jossa vastaajia pyydettiin arvioimaan raportointiin käytettyä aikaa, kävi ilmi, että vastaajista 22 % koki raportointiin käytettävän paljon aikaa ja 56 % koki raportointiin käytettävän aikaa sopivasti. Vain 11 % vastaajista oli sitä mieltä, että raportointiin käytettiin aikaa vähän tai liian paljon. Avoimeen kysymykseen annetusta vastuksista ilmeni, että joissain yksiköissä kirjallisen raportoinnin apulomakkeen tietojen täydentäminen seuraavaan työvuoroon tuleville hoitajille koettiin työllistävänä ja aikaa vievänä. Lisäksi tuotiin ilmi pelko siitä, että virallisiin hoitokertomuksiin kirjaaminen saattaa jäädä puutteelliseksi raportoinnin apulomakkeen tietojen täydentämiseen käytetyn ajan vuoksi.

Suurin osa (79 %) vastaajista arvioi raportin keston olevan yhteydessä raportoitavien potilaiden määrään – mitä enemmän potilaita sitä pidempi raportti. Vastaavasti 7 % vastaajista koki, että potilasmäärällä ei ole vaikutusta raportin kestoan. Vastaajista puolestaan 7 % arvioi työvuoron aikana saapuneiden päivystyspotilaiden lukumäärän vaikuttavan raportin kestoan enemmän kuin pelkän potilasmäärän. Lisäksi 7 % vastaajista oli sitä mieltä, että raportin antajan persoonalliset raportointitavat vaikuttavat suullisen raportin kestoan.

### 5.1.7 Suullisiin raportointitilaisuuksien antamiseen liittyvät ohjeet, ongelmat ja kehittämisehdotukset

Osastonhoitajien vastusten mukaan 44,4 %: lla vuodeosastoista oli olemassa suullisen raportin antamista koskevat kirjalliset ohjeet ja vastaavasti yli puolella (55,6 %) osastoista suullisen raportin antamista ei ollut ohjeistettu kirjallisesti. Vastaajista 55,5 % kertoi raportointiin liittyvän erilaisia ongelmia, kuten esimerkiksi suullisten raportointitilaisuuksien keskeytymistä (n=2), aloituksen viivästymistä sekä yliajalle venymistä (n=2). Kyseisiin ongelmiin vaikuttavina tekijöinä nähtiin kesken raportointitilaisuuden tapahtuvat, hoitajan osallistumista edellyttävät akuutit tilanteet tai puhelinsoitot (n=1) sekä raportin antajan kertomat epäoleelliset tai päällekkäiset asiat (n=1).

Niillä vuodeosastoilla, joilla oli kirjalliset ohjeet, vastaajista 22,2 % kuvasi raportointiin liittyvän ongelmia kun taas vastaavasti 22,2 % vastaajista koki, että ra-

porttiin ei liittynyt ongelmia. Osastoilla, joilla suullisen raportin antamista ei ollut ohjeistettu kirjallisesti, vastaajista 33,3 % koki raportoinnissa olevan ongelmia kun taas 22,2 % koki raportoinnin ongelmattomana.

Kuudessa vastauksessa (67 %) ilmaistiin erilaisia raportoinnin kehittämiseen liittyviä toiveita. Suullisia raportteja toivottiin kehitettävän nykyistä napakoimmiksi, asiallisemmiksi sekä tiiviimmiksi. Kehittämisehdotuksena esitettiin myös hoitajien työnjaon organisoimista niin, että nykyisestä kollektiivisesta raportointikäytännöstä voitaisiin siirtyä moduuli- tai ryhmäkohtaiseen raportointimalliin. Osassa vastauksista toivottiin suullisesta raportoinnista luopumista tai kirjallisesta raportoinnin apulomakkeesta luopumista. Osassa vastauksista taas toivottiin kirjallisen apulomakkeen käyttöönottoa tai suullisten raporttien jossain muodossa säilyttämistä. Kolmessa vastauksessa (33 %) kävi ilmi, että osastoilla ei tällä hetkellä koettu olevan tarvetta raportointikäytäntöjen kehittämiseen, sillä yksiköissä oli joko hiljattain tehostettu raportoinnin apulomakkeen käyttöä tai muuten päästy asiassa eteenpäin. Lisäksi kehittämistä todettiin jo tapahtuneen kiertoraporteista luopumisen myötä.

#### 5.1.8 Yhteenveto osastonhoitajille suunnatun kyselyn tuloksista

Raportointikäytännöissä oli toiminta-aluekohtaisia eroja. Konservatiivisilla vuodeosastoilla oli käytössä moduuli- / tiimi- / ryhmäkohtaiset raportit kun taas operatiivisilla vuodeosastoilla raportit olivat kollektiivisia, jolloin kaikki hoitajat kuuntelivat kaikkien potilaiden hoitoa käsittelevät raportit. Yöhoitajille annettavissa iltaraportointitilaisuuksissa käytännöt erosivat toisistaan vähiten – sekä konservatiivisilla että operatiivisilla osastoilla iltaraportit toteutettiin kollektiivisesti, jolloin yövuoroon tulleet hoitajat kuuntelivat kaikkia potilaita koskevat suulliset raportit.

Yli puolella vuodeosastoista ei vastaajien mukaan ollut käytössä kirjallista suullisen raportin antamista koskevaa ohjeistusta. Kaikilla konservatiivisilla osastoilla suullisen raportoinnin apuna käytettiin erillistä kirjallista, tietokoneelta tulostettavaa suullisen raportoinnin apuna käytettävää lomaketta. Sen sijaan operatiivisilla osastoilla vastaavaa lomaketta ei käytetty. Operatiivisilla vuodeosastoilla kaikissa

raportointitilaisuuksissa raportin antajana toimi sairaanhoitaja, kun taas joidenkin konservatiivisten osastojen yöhoitajan raporteilla myös lähi- ja perushoitajat toimivat raportin antajina.

Raportin keston arveltiin olevan yhteydessä potilasmäärään (79 %), työvuoron aikana osastolle saapuneiden päivystyspotilaiden määrään (7 %) sekä raportintajan persoonallisiin raportointitapoihin (7 %). Vastaavasti 7 % vastaajista koki, että potilasmäärällä ei ole vaikutusta raportin keston. Yli puolet (56 %), vastaajista koki suullisten raporttien nykyisin vievän aikaa sopivasti. Sen sijaan 22 % arvioi suulliseen raportointiin käytettävän aikaa paljon ja vain 11 % liian paljon.

Yli puolessa (55,5 %) vastauksista kuvattiin suullisiin raportointitilaisuuksiin liittyvän ongelmia. Ongelmat liittyivät raportointitilaisuuksien aloituksen viivästyneeseen, keskeytymisiin sekä niiden päättymisajankohdan venymiseen. Suullisen raportoinnin kehittämiseen liittyvinä ehdotuksina esitettiin suullisten raporttien tiivistämistä ja napakoittamista niin, että raporteilla kerrottaisiin asiallisesti vain potilaan hoidon kannalta oleelliset asiat. Yhtenä vaihtoehtona nähtiin myös moduulikohtaiseen raportointimalliin siirtymistä tai suullisen raportoinnin apuna käytettävän lomakkeen käyttöönottoa. Lisäksi esitettiin toive suullisten raportointitilaisuuksien säilyttämisestä edes jossain muodossa. Osassa vuodeosastoja raportointiin liittyneitä asioita oli vastikään kehitetty, joten niissä ei tutkimushetkellä koettu kehittämistarpeita.

## 5.2 Havainnointitutkimuksen tulokset

### 5.2.1 Raportointitilaisuudet vuodeosastolla A21

**Yöhoitajan raportit.** Yöhoitajien antamat raportointitilaisuudet pidettiin osaston kansliassa. Ennen raportin alkua henkilökunta keskusteli yksityiselämään, vapaa-aikaan tai edellisen työvuoron sujumuuteen tai koettuun kiireen tunteeseen liittyvistä asioista. Raportit kuitenkin aloitettiin heti, kun kaikki aamuvuoroon tulijat olivat saapuneet paikalle. Kaikki havainnoidut raportointitilaisuudet alkoivat muutama minuuttia ennen työntekijän virallista alkua ja niiden kesto vaihteli 5 minuutin ja 12 minuutin välillä, niin että raportin kesto oli keskimäärin 8,5 minuuttia. Potilaiden työvuoron aikaista vointia ja toteutettua hoitoa kuvattiin yhteensä 399 ilmai-

sulla. Minimissään ilmaisuja oli potilasta kohden kaksi ja maksimissaan 14. Raportointitilaisuuksiin osallistui keskimäärin 9,3 hoitajaa ja yöhoitajan raporteille osallistumiseen kului havainnoiduissa raportointitilaisuuksissa työaika keskimäärin 77,75 minuuttia.

**Suullisten raporttien sisältö.** Minimissään potilaiden yön aikaista vointia arvioitiin ilmaisulla ”kakkosen ykköspaikka on nukkunut” tai ”Pentti on nukkunut”, kun taas heräämöstä haettujen potilaiden tai osastolle yövuoron aikana päivystyksenä saapuneiden potilaiden vointia ja hoitoa kuvattiin laajemmin. Esimerkiksi heräämöstä haettujen potilaiden kohdalla kerrottiin luettelon omaisesti tehty toimenpide, käytetty anestesia-aine, laskimon sisäisesti tiputettujen nesteiden määrä, virtsamäärä, mitä kipulääkkeitä on laitettu listalle ja mitä voi antaa tarvittaessa. Lisäksi potilaan vointia peruselintoimintojen osalta saatettiin kuvailla ilmaisuilla ”vointi OK”.

Raporteilla päivystyksenä tulleiden potilaiden diagnoosit ja heräämöstä haetuille potilaille tehdyt leikkaukset kerrottiin pääsääntöisesti suomeksi, mutta toisaalta käytettiin myös lääketieteellisiä tai teknisiä lyhenteitä. Esimerkiksi potilaan tulosityyden ja tehtyjen toimenpiteiden saatettiin kuvata ilmaisuilla ”kaatunut, todettu reisisluun kaulan murtuma, laitettu DHS -naula.” Raportin antajaa keskeytettiin harvoin – lähinnä silloin, kun esimerkiksi päivystyksenä osastolle saapuneen potilaan nimi jäi epäselväksi.

Potilaan tunnistetietojen (joko nimi tai huone ja vuodepaikka) jälkeen yleisimmin kerrottiin se, onko potilas nukkunut vai ei. Tarkemmin arvioitiin myös niiden potilaiden yöaikaista vointia, joilla oli ollut perussairaudesta (dementia) tai muusta syystä aiheutuneita ajan ja paikan hahmottamisen ongelmia tai levottomuutta. Arvioinnissa käytettiin ilmaisuja: ”ollut rauhallinen, ei ole ollut sekava”, ”levoton, pyrki pois sängystä, ei tiennyt missä oli.” Tyypillisesti raporteilla kerrottiin myös yön aikana toteutettu lääkehoito, kuten annetut kipulääkkeet tai unilääkkeet. Joskus lääkkeiden antajat lueteltiin tarkasti, joskus taas kerrottiin se, montako kertaa potilas oli lääkettä yöaikana saanut tai koska lääkettä oli viimeksi annettu. Lisäksi niistä potilaista, joilla oli keuhkotietä tai leikkausalueen laskuputki (dreeni), kerrottiin paljonko virtsaa tai eritettä niistä oli yöaikana tyhjäty ja oliko määrä

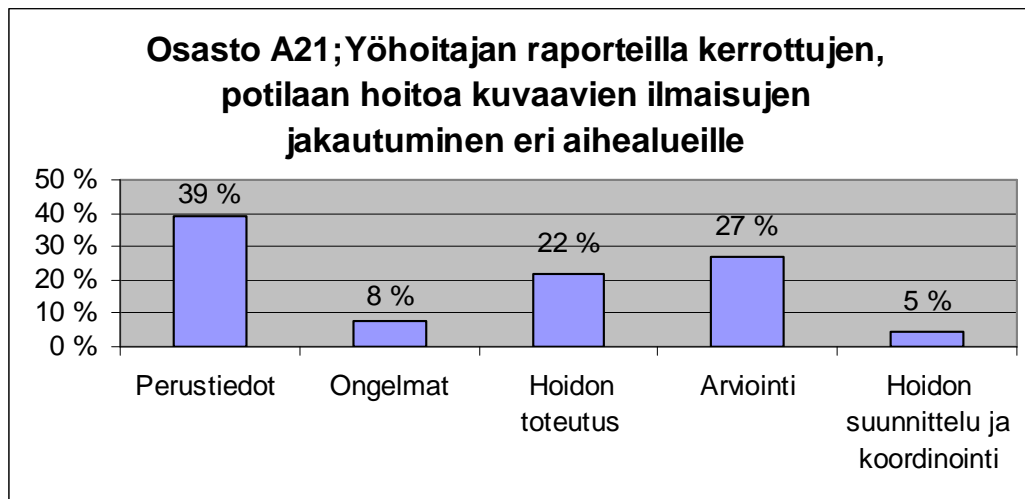


ollut hoitajan arvioimana hyvä tai huono. Taulukossa 2. esitetään tarkemmin raporteilla kerrotut, potilaan yön aikaista hoitoa kuvaavat ilmaisut, sekä niiden lukumäärät ja esiintyvyyssuhteessa raportoitujen potilaiden lukumäärään.

Taulukko 2. Yöhoitajan raporttien sisältö ja potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen esiintyvyys raportoituja potilaita kohden osastolla A21.

Yöhoitajan raportit (n=4), mitä raporteilla kerrottiin potilaista (n=96) osastolla A21	Ilmaisut / potilaat (n)	Ilmaisut / potilaat (%)
1. Nimi	68	71
2. Huone / paikka	59	61
3. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Arviointi; väsynyt/virkeä/ei ongelmia/potilas nukkunut, nukkunut huonosti, nukkunut	51	53
4. Ravitsemus ja lääkehoito: Tarvittaessa annettavan lääkehoidon toteuttaminen, kipulääkitys, unilääkkeet	32	33
5. Hygienia ja erityistoiminta: Arviointi; ongelmat parantuneet/ennallaan/vähentyneet/poistuneet, virtsannut pulloon, vm ok, residuaali suuri, pot ei halunnut tmp, virtsa kirkastumaan päin	28	29
6. Heng, verenkierto, sair oir: ongelmat jollain ko-osa-alueella,kipu, lämmön tunnetta, virtsa veristä	12	13
7. Heng, verenkierto, sair oir: Toteutetut mittaukset/havainnointi, normaalit tulokset, haavat siistit, vs ok, lpö mitattu ok	10	10
8. Hygienia ja erityistoiminta: Hoidon toteutus; annettu apu, tehdyt toiminnot, sidettä löydytty, dreeni tyhj, autettu ämpärille, katetri vaihdettu	10	10
9. Heng, verenkierto, sair oir: Arviointi; potilaan oireet pahentuneet/ennallaan/helpottaneet, ei vuotoa, kipua liikkua, ei kipua	9	9
10. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Ongelmat/tarpeet sosiaalisessa/älyllisessä aktiiviteetissa, levoton, sekava	9	9
11. Hoidon suunnittelu ja koordinointi: Alkavaa työvuoroa koskevat hoito-/tutkimussuunnitelmat, onko virts?, tuli kotilomalta, neuvottu rtg, varailta rtt	8	8
12. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Hoidon toteutus, potilaan avustaminen liikkumisessa, asentoa hoidettu, avustettu WC:ssä käynnissä	8	8
13. Perustiedot Mitä tmp tehty / päivien lkm, heräämöstä haetuista potilaista	7	7
14. Ravitsemus ja lääkehoito: Syömiseen ja juomiseen/ muuhun ravitsemukseen annettu apu, iv-infusiota jatkettu, iv-infusio menee, ruokaa	7	7
15. Ravitsemus ja lääkehoito: Säännöllisen lääkehoidon toteuttaminen, aamulääkkeet annettu aiemmin, tutk ohjelman mukainen lääkitys annettu	6	6
16. Ongelmat / avun tarve erittämisessä, leikk. haavan vuoto (heräämössä), katetri tukossa	6	6
17. Tulosyö-hoidontarve sairaalaan tullessa, kerrottiin päiv potilaista	5	5
18. Määrysten /suunnitelmien toteuttaminen(mm. tutk. tilaaminen, näytteiden ottaminen), kontr rtg pyyd	5	5
19. Heng, verenkierto, sair oir: Toteutetut mittaukset, havainnointi; poikkeavat tulokset, haava vuotanut	5	5
20. Säännöllisesti listalla menevät lääkkeet, kipulääkkeet	5	5
21. Liikkumisen arviointi; huonontunut/ennallaan/parantunut/omatoiminen, omatoimisesti Evalta WC:ssä, omatoimisesti sauvilla, itse vaihtanut asentoa	5	5

Perustietojen, kuten potilaan nimi ja vuodepaikka lisäksi raporteilla kuvattiin potilaiden hoitoon tai vointiin liittyviä ongelmia, hoidon toteutusta sekä voinnin ja hoidon arviointia. Eniten (27 %) havaintoja kertyi hoidon arviointia kuvaavista ilmaisuista, toiseksi eniten (22 %) hoidon toteutusta kuvaavista ilmaisuista. Kolmanneksi eniten (8 %) kuvattiin potilaan ongelmia ja vähiten (5 %) hoidon suunnittelua ja koordinoimista. Ilmaisujen jakautumista havainnollistetaan kuviossa 1.



Kuvio 1. Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen jakautuminen aihealueittain yöhoitajan raporteilla.

**Potilaiden lukumäärän ja raportilla käytettyjen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen yhteys yöhoitajan raporttien keston.** Yöhoitajan raporteilla raportoitujen potilaiden lukumäärän ja raportilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärän välillä vallitsi vahva, tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,035$ ) positiivinen korrelaatio ( $r=0,93$ ). Sen sijaan raporteilla kerrottujen ilmaisujen lukumäärällä ( $p=0,061$ ) tai raportoitujen potilaiden lukumäärällä ei ollut tilastollisesti merkitsevää ( $p=0,08$ ) yhteyttä yöhoitajan antaman raportin keston. Tarkemmin muuttujien väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet esitetään taulukossa 3.

Taulukko 3. Raportoitujen potilaiden lukumäärän, raportin keston sekä raporteilla käytettyjen potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet osaston A21 yöhoitajan raporteilla. Tilastollisesti merkitsevät ( $p < 0,05$ ) tulokset on havainnollistettu punaisella.

<b>Potilaiden lukumäärän, raportin keston sekä raporteilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärän väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet osaston A21 yöhoitajan raporteilla.</b>	
<b>Otoskoko</b>	4
<b>Potilaiden lkm ja raportin kesto</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,84
p-arvo (1-suuntainen)	0,080
<b>Potilaiden lkm ja ilmaisujen lkm</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,93
p-arvo (1-suuntainen)	0,035
<b>Raportin kesto ja ilmaisujen lkm</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,88
p-arvo (1-suuntainen)	0,061

**Aamuraportit.** Aamuraportit pidettiin osaston kansliassa ja ne aloitettiin kun yöhoitaja oli päättänyt oman raporttinsa. Aamuraportteille osallistuivat raportin antajan lisäksi ne hoitajat, jotka eivät olleet edellisenä iltana olleet iltavuorossa. Raporttien kesto vaihteli neljän ja viidentoista minuutin välillä, niin että keskimäärin aamuraportit kestivät 10 minuuttia. Potilaiden hoidon kannalta oleellisiksi katsottuja asioita kuvattiin yhteensä 774 ilmaisulla. Ilmaisujen määrä potilasta kohden vaihteli välillä 1 – 13, niin että ilmaisuja käytettiin potilasta kohden keskimäärin kahdeksan. Raportointitilaisuuksiin osallistui keskimäärin viisi hoitajaa, ja raportille osallistuminen kulutti havainnoiduissa raportointitilaisuuksissa työaika keskimäärin 45 minuuttia.

**Suullisten raporttien sisältö aamuraporteilla.** Lyhin raportti annettiin yövuoron aikana heräämöstä haetuista tai osastolle päivystyksenä tulleista potilaista, sillä raportin antaja ohitti nämä potilaat toteamalla ”tästä kuulumme jo yököiltä”. Voinniltaan huonokuntoisimmista potilaista kerrottiin sitä vastoin tarkemmin. Aamuraportilla lähes kaikista potilaista kerrottiin nimen, huone ja vuodepaikan lisäksi ikä, tehty toimenpide ja postoperatiivisten päivien lukumäärä. Perustiedoista myös tulosy ja hoitoon vaikuttavat aikaisemmat sairaudet, kuten diabetes tai

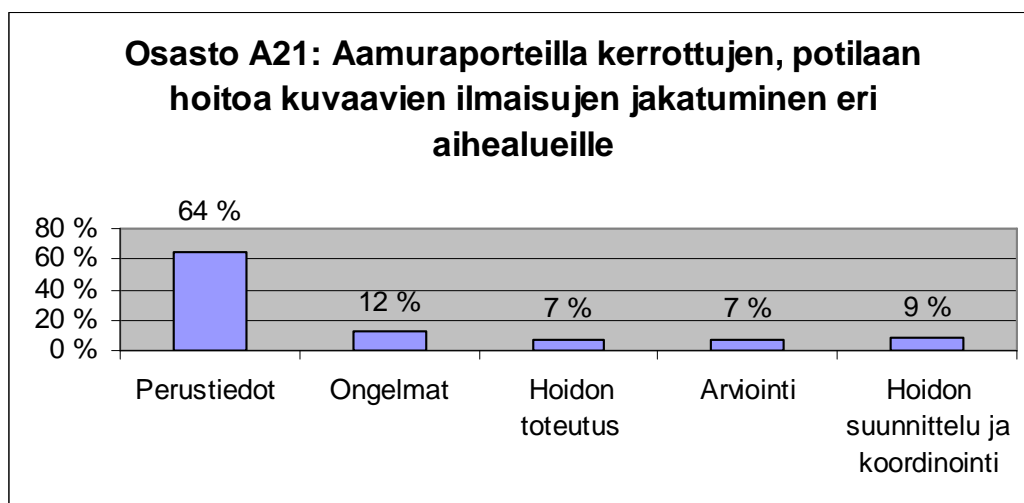
verenohennushoitoa edellyttävät sairaudet mainittiin. Perustietojen jälkeen potilaista kerrottiin yleisimmin alkavaa työvuoroa koskevat suunnitelmat, erittämiseen liittyvät asiat, kuten erilaisten laskuputkien tai kestokatetrin olemassa olo, sekä potilaiden liikkumiseen liittyvät tarpeet. Lisäksi kerrottiin, jos potilaalla meni lääkelistalla säännöllisesti käytettäviä kipulääkkeitä, insuliineja tai laskimonsisäisiä antimikroobilääkityksiä. Liikkumiseen liittyvien avuntarpeiden lisäksi arvioitiin potilaiden liikkumisen sujumista, kuten esimerkiksi ”liikkuminen EVA:lla onnistuu”, ”sauvakävely sujuu”. Taulukossa 4 havainnollistetaan tarkemmin raporteilla kerrottujen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen sisältö, ilmaisujen lukumäärät sekä niiden määrät suhteessa raportoitujen potilaiden lukumäärään.

Taulukko 4. Aamuraporttien sisältö ja potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen esiintyvyys raportoituja potilaita kohden osastolla A21.

Aamuraportit (n=7), mitä raporteilla kerrottiin potilaista (n=99) osastolla A21	Ilmaisut / potilaat (n)	Ilmaisut / potilaat (%)
1. Perustiedot; Huone / paikka	99	100
2. Perustiedot; Nimi	95	96
3. Perustiedot; Ikkä / synt.vuosi	91	92
4. Perustiedot Mitä tmp tehty / päivien lkm	73	74
5. Perustiedot Tulosity=hoidontarve sairaalaan tullessa	61	62
6. Perustiedot Aikaisemmat sairaudet, fa, dm	41	41
7. Hoidon suunnittelu ja koordinointi Alkavaa työvuoroa koskevat hoito- / tutkimussuunnitelmat, rtg tän, leikkaus tänään, luustokartta tän,kotiin?varailta rttä .	34	34
8. Hygienia ja erityistoiminta Ongelmat / avuntarve erittämissä, dreeni,kk, virts ei suju	33	33
9. Aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Ongelmat / avuntarve liikkumisessa, vuodepotilas, rajoitukset varaamisessa, kipu rajoittaa liikkumista	31	31
10. Ravitus ja lääkehoito Säännöllisesti listalla menevät lääkkeet, kipulääkitys, marevan,	22	22
11. Aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo:Liikkumisen arviointi; huonontunut/ennallaan/parantunut/omatoiminen, liikkuu omatoimisesti apuvälineellä,	16	16
12. Hygienia ja erityistoiminta: Hoidon toteutus; annettu apu,tehdyt toiminnot, haavan hoito	13	13
13. Erityistä huomioitavaa (eristys, allergia, tms) paikkaa vaihdettu, allergia	11	11
14. Heng, verenkierto, sair.oir:Arviointi; potilaan oireet pahentuneet/ennallaan/helpottaneet, kipu helpottanut	11	11
15. Ravitus ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevä iv-lääkehoito, ivab	11	11
16. Hoidon suunnittelu ja koordinointi Lääkärin määräykset, rinnan lämmön seur, rtg meeting	10	10
17. Heng, verenkierto, sair.oir: ongelmat jollain ko osa-alueella,	10	10
18. Heng, verenkierto, sair.oir:Toteutet mittaukset,havainnointi; poikkeavat tulokset, haava vuotanut	9	9
19. Ravitus ja lääkehoito Syömiseen ja juomiseen/ muuhun ravitsemukseen annettu apu,	9	9
20. Aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Arviointi;väsynyt/virkeä/ei ongelmia	9	9

Aamuraporteilla kuvattiin perustietojen lisäksi potilaiden hoitoon tai vointiin liittyviä ongelmia, hoidon toteutusta, voinnin ja hoidon arviointia sekä hoidon suunnittelua koordinointia. Eniten (12 %) havaintoja kertyi potilaan ongelmia kuvaavista ilmaisuista, toiseksi eniten (9 %) hoidon suunnittelua ja koordinointia ku-

vaavista ilmaisuista. Vähiten aamuraporteilla kuvattiin hoidon toteutusta (7 %) sekä potilaan voinnin ja hoidon arviointia (7 %). Ilmaisujen eri aihealueille jakautumista havainnollistetaan kuviossa 3.



Kuvio 3. Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen jakautuminen aihealueittain aamuraporteilla.

**Potilaiden lukumäärän ja raportilla käytettyjen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen yhteys aamuraportin keston.** Kuten yöhoitajan raporteilla, myös aamuraporteilla raportoitujen potilaiden lukumäärän ja raporteilla kerrottujen, potilaiden hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärien välillä vallitsi vahva, tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,001$ ) korrelaatio ( $r=0,94$ ). Sen sijaan potilaiden lukumäärän ( $p=0,22$ ) tai raportilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärän ( $p=0,074$ ) ei aamuraporteilla todettu olevan tilastollisesti merkitsevässä suoraviivaisessa yhteydessä aamuraportin keston. Tarkemmin muuttujien väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet esitetään taulukossa 5.

Taulukko 5. Raportoitujen potilaiden lukumäärän, raportin keston sekä raporteilla käytettyjen potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet osaston A21 aamuraporteilla. Tilastollisesti merkitsevät ( $p < 0,05$ ) tulokset on havainnollistettu punaisella.

<b>Potilaiden lukumäärän, raportin keston sekä raporteilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärän väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet osaston A21 aamuraporteilla</b>	
<b>Otoskoko</b>	7
<b>Potilaiden lkm ja raportin kesto</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,35
p-arvo (1-suuntainen)	0,220
<b>Potilaiden lkm ja ilmaisujen lkm</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,94
p-arvo (1-suuntainen)	0,001
<b>Raportin kesto ja ilmaisujen lkm</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,61
p-arvo (1-suuntainen)	0,074

**Päiväraportit.** Päiväraportit pidettiin osaston kahvihuoneessa ja raportille osallistui kaikki iltavuoroon tulleet hoitajat. Myös ennen päiväraporttien alkua henkilökunta keskusteli sekä työhön että yksityiselämään liittyvistä asioista. Havainnoidut raportointitilaisuudet alkoivat yleensä ajallaan eli kello 13.00 eikä moduulien ja raportin antajan vaihtumiseen liittynyt odottelua. Ensimmäinen raportin antaja toi mukanaan tietokoneen, mutta piti raportin paperisista potilasasiakirjoista, pääsääntöisesti niiden hoitotaulukoista. Tietokoneelta tarkennettiin tietoja vain tarvittaessa. Havainnoitujen raportointitilaisuuksien yhteydessä joidenkin traumapotilaiden kohdalla saatettiin keskustella pidempään potilaan johtaneesta tapahtumasta ja tilanteen vaikutuksesta potilaan lähipiiriin. Lisäksi yhden havainnoidun suullisen raportin antoi sairaanhoitajaopiskelija.

Raporttien kesto vaihteli 5 minuutin ja 29 minuutin välillä, niin että raportin kesto oli keskimäärin 13,8 minuuttia. Potilaiden hoitoon liittyviä ilmaisuja kertyi yhteensä 771. Vähimmillään ilmaisuja oli potilasta kohden kolme ja enimmillään 25. Raportointitilaisuuksiin osallistui keskimäärin 6,25 hoitajaa ja suulliseen päiväraporttiin osallistuminen kulutti havainnoituissa raportointitilaisuuksissa työaika keskimäärin puolitoista tuntia.

**Suullisten raporttien sisältö.** Päiväraporteilla kaikista potilaista kerrottiin huone ja vuodepaikka sekä nimi ja lähes kaikista sairaalaan tulon syy. Aikaisemmat sairaudet, kuten diabetes, eteisvärinä tai muistiongelmia aiheuttavat sairaudet kerrottiin, mikäli niillä arveltiin olevan merkitystä potilaan hoidon toteuttamiseen. Joskus myös mainittiin, mikäli potilas oli perusterve tai hänellä ei ollut erityisiä yliherkkyyksiä. Näiden perustietojen jälkeen kerrottiin, mitä potilaille oli tehty ja kuinka monetta postoperatiivista päivää elettiin. Tämän jälkeen kuvailtiin potilaiden liikkumiseen liittyviä ongelmia, kuten liikkumiseen liittyviä rajoituksia tai liikkumisessa käytettäviä apuvälineitä. Taulukossa 6 esitetään päiväraporteilla kerrottujen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen sisältö, ilmaisujen lukumäärät sekä niiden määrät suhteessa raportoitujen potilaiden lukumäärään.

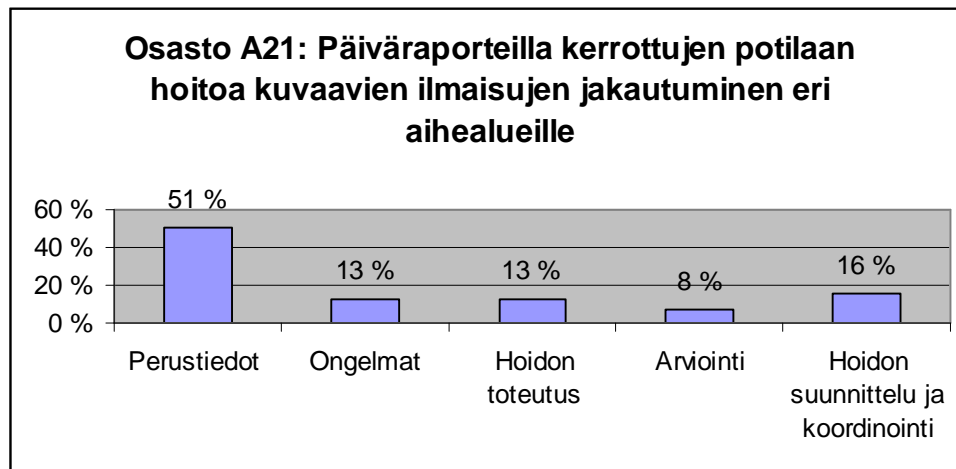
Taulukko 6. Päiväraporttien sisältö ja potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen esiintyvyyden raportoituja potilaita kohden osastolla A21.

Päiväraportit (n=9) , mitä raporteilla kerrottiin potilaista (n=64) osastolla A21	Ilmaisut / potilaat (n)	Ilmaisut / potilaat (%)
1. Perustiedot: Huone / paikka	64	100
2. Perustiedot: Nimi	64	100
3. Perustiedot: Ikä / synt.vuosi	62	97
4. Perustiedot: Tulosity=hoidontarve sairaalaan tullessa	52	81
5. Perustiedot: Aikaisemmat sairaudet, alzheimer, aiempi erik alan oper	47	73
6. Perustiedot: Mitä tmp tehty / päivien lkm /oper, rtg	47	73
7. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Ongelmat / avuntarve liikkumisessa, käytettävät apuvälineet	25	39
8. Hoidon suunnittelu ja koordinointi: Lääkärin määräykset, TT kuva päiv., saa liikkua 3 piste tuen kanssa	23	36
9. Hygienia ja erityistoiminta: Ongelmat / avuntarve erittämisesssä, KK, virtsaaminen ei onnistu	22	34
10. Erityistä huomioitavaa (eifistys, allergia, tms), työtapauma, armeja	21	33
11. Hygienia ja erityistoiminta: Hoidon toteutus; annettu apu, tehdyt toiminnot, dr poistettu eifen, haavasisos vaihd, suhkussa tuolla, kk laitettu takaisin	21	33
12. Hoidon suunnittelu ja koordinointi: Määrysten/suunnitelmien toteuttaminen (mm. tutk. tilaaminen, näytteiden ottaminen), PVK tilattu	20	31
13. Perustiedot; Tulovaiheen hoitosuunnitelmat, päivä pkl suunnitelmat	19	30
14. Hoidon suunnittelu ja koordinointi: Keskenkärsäiset / kysyttävät asiat, tt kuvat katsomatta, TÄKY ilm, b-tod	18	28
15. Heng. verenkierto, sair. oir: ongelmat jollain ko-osa-alueella, kipu, turvotus, haavan vuoto	17	27
16. Hoidon suunnittelu ja koordinointi: Seuraavaa päivää koskevat hoito-/tutkimussuunnitelmat, huom kot?, kotiin kun sauvakävely onnistuu	14	22
17. Ravitsemus ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevät lääkkeet, kipulääkitys	13	20
18. Hoidon suunnittelu ja koordinointi: Alkavaa työvuoroa koskevat hoito-/tutkimussuunnitelmat, leikkaussalissa, päivä oper?	12	19
19. Hoidon suunnittelu ja koordinointi: Yhteydenpito omaisiin/koish/TK:een/muihin tahoihin, tk paikka tilattu, äiti mukana kierrolla, tk paikkaa kysyty, vaimo kierrolla	12	19
20. Ravitsemus ja lääkehoito: Syömiseen ja juomiseen/ muuhun ravitsemukseen annettu apu, syötetty, iv tippa laitettu	12	19
21. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Liikkumisen arviointi; huonontunut/ennallaan/parantunut/omatoiminen, vuoteeseen hoidettu, nyt jo liikkuu, sauvakävely ei vielä suju, vähinsä liikkunut	12	19
22. Ravitsemus ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevä iv-lääkehoito, ivab	11	17
23. Ravitsemus ja lääkehoito: Tarvittaessa annettavan lääkehoidon toteuttaminen, kipulääkitys	11	17
24. Hoidon suunnittelu ja koordinointi: Muiden ammattiyhmiensä/erityistyöntekijöiden konsultointi, sos työntekijä, ort konsus	10	16
25. Heng. verenkierto, sair. oir: Toteutetut mittaukset/havainnointi, normaalit tulokset, crp laskussa, hb nousussa	10	16
26. Hygienia ja erityistoiminta: arviointi; ongelmat parantuneet/ennallaan/vähentyneet/poistuneet, suoli toiminut ruiskeella	10	16
27. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Ongelmat/tarpeet sosiaalisessa/älyllisessä aktiiviteetissa,	10	16
28. Hoidon suunnittelu ja koordinointi: Pidemmän aikavälin hoito-/tutkimus-/toimenpidesuunnitelmat, vkn lopun yli osilla, ma tk, kotiutuminen armejan kautta, oper jatkossa	9	14
29. Heng. verenkierto, sair. oir: Toteutetut mittaukset/havainnointi; poikkeavat tulokset, lpö, rr maatala	9	14
30. Heng. verenkierto, sair. oir: Arviointi; potilaan oireet pahentuneet/ennallaan/helpottaneet, Hb nousut, haava siisti, kipu helpottanut,	9	14
31. Ravitsemus ja lääkehoito: Ongelmat ravitsemuksessa/nestetasapainossa, ruokahalu huono, syötettävä, oksentanut	9	14
32. Ravitsemus ja lääkehoito: Tarvittaessa annettavat lääkkeet, kipulääke	9	14

Perustietojen lisäksi päiväraporteilla kuvattiin potilaiden hoitoon tai vointiin liittyviä ongelmia, hoidon toteutusta, voinnin ja hoidon arviointia sekä hoidon suunnittelua ja koordinointia. Eniten (16 %) havaintoja kertyi hoidon suunnittelua ja koordinointia kuvaavista ilmaisuista. Toiseksi eniten (13 %) suullisilla raporteilla kuvattiin hoidon toteutusta sekä potilaan ongelmia. Vähiten (8 %) päiväraporteilla



käytettiin potilaan hoidon arviointiin liittyneitä ilmaisia. Ilmaisujen jakautumista havainnollistetaan kuviossa 4.



Kuvio 4. Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen jakautuminen aihealueittain päiväraporteilla.

**Potilaiden lukumäärän ja raportilla käytettyjen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen yhteys päiväraportin keston.** Päiväraporteilla raportoitujen potilaiden lukumäärän ja raporteilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärän välillä vallitsi vahvasti positiivinen, tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,001$ ) korrelaatio ( $r=0,86$ ). Lisäksi päiväraporteilla kerrottujen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen määrällä oli tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,003$ ) positiivinen yhteys ( $r=0,82$ ) päiväraporttien keston. Sen sijaan päiväraportin keston ja raportoitujen potilaiden lukumäärän välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ( $p=0,094$ ).

Taulukko 7. Raportoitujen potilaiden lukumäärän, raportin keston sekä raporteilla käytettyjen potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet osaston A21 päiväraporteilla. Tilastollisesti merkitsevät ( $p < 0,05$ ) tulokset on havainnollistettu punaisella.

<b>Potilaiden lukumäärän, raportin keston sekä raporteilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärän väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet osaston A21 päiväraporteilla</b>	
<b>Otoskoko</b>	9
<b>Potilaiden lkm ja raportin kesto</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,48
p-arvo (1-suuntainen)	0,094
<b>Potilaiden lkm ja ilmaisujen lkm</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,861
p-arvo (1-suuntainen)	0,001
<b>Raportin kesto ja ilmaisujen lkm</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,82
p-arvo (1-suuntainen)	0,003

**Iltaraportit.** Iltaraportointitilaisuudet pidettiin osaston kansliassa. Kuten yöhoitajan raporteilla ja päiväraporteilla myös ennen iltaraporttien alkua henkilökunnan kesken tapahtui sosiaalista kanssakäymistä. Raportti aloitettiin heti kun yövuoroon tulleet hoitajat olivat saapuneet ja iltavuoron hoitajat olivat valmiita antamaan raportin. Ennen raportin aloittamista raportin antaja tiedusteli kuulijoilta, koska he edellisen kerran olivat olleet työvuorossa. Usein raportti alkoi muutamaa minuuttia ennen yövuoron virallista alkamisaikaa. Yleensä raportin antaja luki tiedot paperisista potilasasiakirjoista ja tarvittaessa tarkensi tietoja tietokoneelta. Iltaraportointitilaisuuksia häiritsi muita raporteja useammin puhelut ja muut kansliassa samaan aikaan tehtävien toimintojen aiheuttamat äänet. Raporttien kesto vaihteli 11 ja 17 minuutin välillä, niin että raportin kesto oli keskimäärin 14,25 minuuttia. Potilaiden hoitoon liittyviä ilmaisuja kertyi yhteensä 438. Minimissään ilmaisuja oli potilasta kohden viisi ja maksimissaan 17. Raportointitilaisuuksiin osallistui keskimäärin 3 hoitajaa ja suulliseen raporttiin osallistuminen kulutti havainnoiduissa raportointitilaisuuksissa työaikaa keskimäärin 42,8 minuuttia.

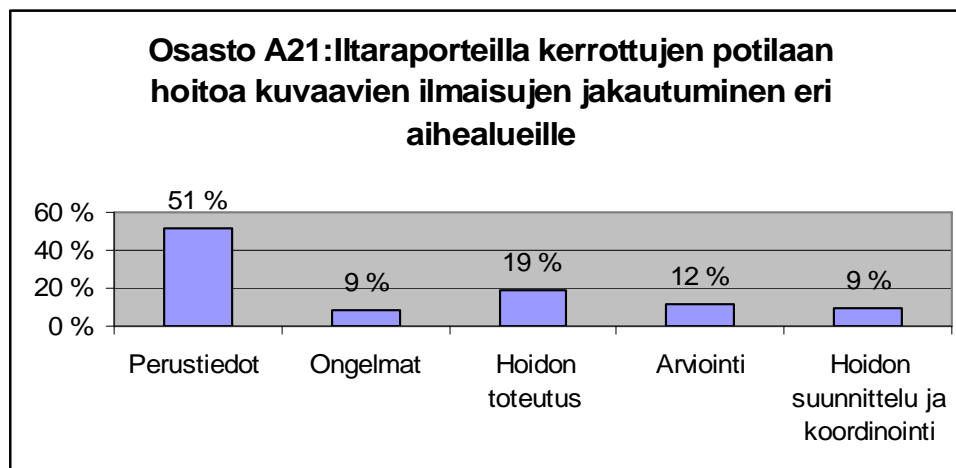
**Suullisten raporttien sisältö.** Iltaraportilla kaikista potilaista kerrottiin huone ja vuodepaikka sekä nimi ja lähes kaikista sairaalaan tulon syy. Näiden jälkeen ker-

rottiin, mitä potilaille oli tehty ja kuinka mones postoperatiivinen päivä oli kyseessä ja mikä oli sairaalaan tulon syy. Iltaraporteille oli tyypillistä, että seuraavaan työvuoroon tulleille hoitajille kerrottiin potilaalle annetut säännöllisesti listalla iltaisin menevät lääkkeet sekä mahdollisesti muut annetut kipu- ja unilääkkeet. Asia ilmaistiin yleensä seuraavasti: ” sai yöksi listalääkkeet, joissa oli Bura-na ja Panadol, lisäksi annettiin Imovane ja Oxynorm 10 mg lihakseen ”. Yöhoitajille kerrottiin myös, jos potilaalla oli kestopatruuna tai leikkausalueen laskuputki. Aikaisemmat sairaudet kerrottiin, mikäli niillä arveltiin olevan merkitystä potilaan hoidon toteuttamiseen. Tämän jälkeen kuvailtiin alkavaa työvuoroa koskevia tutkimus- tai hoitosuunnitelmia, kuten mahdollisen päivystysleikkauksen takia ravinnotta olo tai erityisten, normaaleista käytännöistä poikkeavien tutkimuslääkkeiden annostelun ajankohta. Erityisesti mainittiin, jos potilas oli tullut osastolle edeltävien työvuorojen aikana päivystyksenä. Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen sisältö, ilmaisujen lukumäärät sekä niiden määrät suhteessa raportoitujen potilaiden lukumäärään havainnollistetaan taulukossa 8.

Taulukko 8. Iltaraporttien sisältö ja potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen esiintyvyys raportoituja potilaita kohden osastolla A21.

Iltaraportit (n=4), mitä raporteilla kerrottiin potilaista (n=44) osastolla A21	Ilmaisut / potilaat (n)	Ilmaisut / potilaat (%)
1. Perustiedot: Nimi	44	100
2. Perustiedot: Huone / paikka	43	98
3. Perustiedot: Ikä / synt.vuosi	39	89
4. Perustiedot: Mitä tmp tehty / päivien lkm,	31	70
5. Perustiedot: Tulosity=hoidontarve sairaalaan tullessa	29	66
6. Ravitseminen ja lääkehoito: Säännöllisen lääkehoidon toteuttaminen, Klexane pistetty, listalääkk. annettu	19	43
7. Ravitseminen ja lääkehoito: Tarvittaessa annettavan lääkehoidon toteuttaminen, kipulääkitys, unilääke	17	39
8. Hygienia ja erityistoiminta Ongelmat / avuntarve erittämässä, kk, ilmavaivoja	17	39
9. Perustiedot: Aikaisemmat sairaudet,	15	34
10. Hoidon suunnittelu ja koordinointi: Alkavaa työvuoroa koskevat hoito-/tutkimussuunnitelmat, varalta rttä, tutk ohjelman toteuttaminen, heräämössä	15	34
11. Erityistä huomioitavaa (eristys, allergia, tms), tuli päivystyksenä,	12	27
12. Hygienia ja erityistoiminta: Hoidon toteutus; annettu apu, tehdyt toiminnot, siteet vaihdettu	11	25
13. Hygienia ja erityistoiminta: Arviointi; ongelmat parantuneet/ennallaan/vähentyneet/poistuneet, virtsa veristä, vm ok,	11	25
14. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Liikkumisen arviointi; huonontunut/ennallaan/parantunut/omatoiminen, p-tuolilla liikkunut, 3piste tuen kanssa liikkunut vähinsä	11	25
15. Heng, verenkierto, sair. oir: Arviointi; potilaan oireet pahentuneet/ennallaan/helpottaneet, vointi hyvä, leik jälk vointi ok	10	23
16. Ravitseminen ja lääkehoito Säännöllisesti listalla menevät lääkkeet, kipulääkkeet, antibiootit po. Insuliinit	9	20
17. Ravitseminen ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevä iv-lääkehoito, iv ab	9	20
18. Hoidon suunnittelu ja koordinointi: Seuraavaa päivää koskevat hoito-/tutkimussuunnitelmat, hu kot?, oper?	8	18
19. Ravitseminen ja lääkehoito: Syömiseen ja juomiseen/ muuhun ravitsemukseen annettu apu, iv-infuusio, syötetty	8	18
20. Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oir: Toteutet mittaukset/havainnointi; poikkeavat tulokset, haava erittää, haava vuotoa	7	16
21. Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oir: Toteutet mittaukset/havainnointi, normaalit tulokset, siteet siistit, tunto palaamassa, vs ok	6	14
22. Ravitseminen ja lääkehoito: Arviointi; ongelmat pahentuneet/ennallaan/vähentyneet/poistuneet, syönyt hyvin	6	14
23. Heng, verenkierto, sair oir: ongelmat jollain ko osa-alueella, käsipuuduksissa	5	11
24. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo Ongelmat / avuntarve liikkumisessa, p-tuoli lupa, vuodepotilas	5	11
25. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo Hoidon toteutus, potilaan avustaminen liikkumisessa,	5	11
26. Hoidon suunnittelu ja koordinointi Määrysten /suunnitelmien toteuttaminen (mm. tutk. tilaaminen, näytteiden ottaminen), rtg kuva pyydetty	4	9
27. Hoidon suunnittelu ja koordinointi Pidemmän aikavälin hoito-/tutkimus- /toimenpidesuunnitelmat, ens vk oper	4	9

Perustietojen lisäksi iltaraporteilla kuvattiin potilaiden hoitoon tai vointiin liittyviä ongelmia, hoidon toteutusta, voinnin ja hoidon arviointia sekä hoidon suunnittelua koordinointia. Eniten (19 %) havaintoja kertyi hoidon toteutusta kuvaavista ilmaisuista, toiseksi (12 %) eniten iltaraporteilla kuvattiin potilaan voinnin ja hoidon arviointia. Vähiten iltaraporteilla kuvattiin potilaan ongelmiin (9 %) sekä hoidon suunnitteluun ja koordinointiin (9 %) liittyneitä asioita. Ilmaisujen jakautumista eri aihealueille havainnollistetaan kuviossa 5.



Kuvio 5. Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen jakautuminen aihealueittain iltaraporteilla.

**Potilaiden lukumäärän ja raportilla käytettyjen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen yhteys iltaraportin keston.** Iltaraporteilla raportoitujen potilaiden lukumäärän ja raporteilla käytettyjen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärän välillä vallitsi vahva, tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,036$ ) positiivinen korrelaatio ( $r=0,93$ ). Sen sijaan raportoitujen potilaiden lukumäärällä ( $p=0,090$ ) tai raportilla kerrottujen ilmaisujen lukumäärällä ( $p=0,058$ ) ei ollut tilastollista merkitsevää yhteyttä iltaraportin keston (taulukko 9).

Taulukko 9. Raportoitujen potilaiden lukumäärän, raportin keston sekä raporteilla käytettyjen potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet osaston A21 iltaraporteilla. Tilastollisesti merkitsevät ( $p<0,05$ ) tulokset on havainnollistettu punaisella.

Potilaiden lukumäärän, raportin keston sekä raporteilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärän väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet osaston A21 iltaraporteilla	Iltaraportti A21
Otoskoko	4
<b>Potilaiden lkm ja raportin kesto</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerroin	0,82
p-arvo (1-suuntainen)	0,090
<b>Potilaiden lkm ja ilmaisujen lkm</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerroin	0,93
p-arvo (1-suuntainen)	0,036
<b>Raportin kesto ja ilmaisujen lkm</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerroin	0,88
p-arvo (1-suuntainen)	0,06

**Yhteenveto osaston A21 raportointitilaisuuksista.** Osastolla A21 havainnoidut raportointitilaisuudet (n=13) sisälsivät yhteensä 24 suullista raporttia, joista kertyi yhteensä 2382 merkintää potilaan hoitoa kuvaavista ilmaisuista. Havainnointien yhteydessä kuultiin suulliset raportit yhteensä 303 potilaasta. Raportit antoi aina sairaanhoitaja ja raporteilla tieto välitettiin käytössä olleista virallisista dokumenteista - joko hoitosuunnitelmista tai hoitotaulukosta tai yhdistelemällä niiden tietojaja. Kaikissa havainnoituissa raportointitilaisuuksissa raportin kuulijat tekivät muistiinpanoja kuulemansa perusteella – osa käytti blankopaperia ja osa potilaan nimen sisältävää tietokonetulostetta.

Ennen yöhoitajan raportin, päiväraportin tai iltaraportin alkua henkilökunnan kesken käytiin vapaata keskustelua yleensä yksityiselämään tai vapaa-aikaan liittyvistä asioista. Tämän lisäksi keskusteltiin myös aiemman työvuoron sujuvuudesta ja koetusta kiireen tunteesta. Koska aamuraportti alkoi heti yöhoitajan raportin päättyttyä, ei henkilökunta enää ennen aamuraportin alkua käynyt keskustelua em. asioista.

Havainnoituissa raportointitilaisuuksissa tapahtui yksi suullisen raportin antamiseen liittyvä opiskelijaohjaustilanne, kun sairaanhoitajaopiskelija antoi sairaanhoitajan valvomana suullisen raportin muutamasta hoitamastaan potilaasta. Sen sijaan erityisiä perehdyttämiseksi tulkittavia toimintoja ei havainnoituissa raportointitilaisuuksissa tapahtunut.

Havainnoitujen raportointitilaisuuksien yhteydessä ei myöskään erityisesti käsitelty tai pohdittu vaikeita työhön tai potilaiden hoitoon liittyviä asioita, joita voisi tulkita vertaistuen antamisena. Joidenkin traumapotilaiden kohdalla tosin saatettiin keskustella pidempään potilaan tilaan johtaneesta tapahtumasta ja tilanteen vaikutuksesta potilaan lähipiiriin.

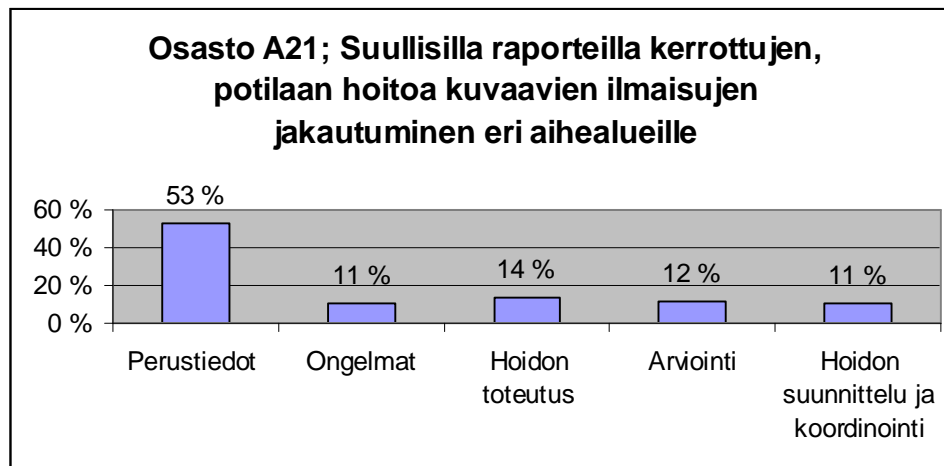
Vähimmillään potilaan hoitoa kuvattiin yhdellä ilmaisulla (aamuraportti), enimmillään 25:lla (päiväraportti) ja keskimäärin kahdeksalla. Raporttien kesto vaihteli neljän (yöhoitajan raportti) ja 29 minuutin (päiväraportti) välillä niin, että keskimäärin raportit kestivät 12 minuuttia. Tulosten mukaan yöhoitajan raportit olivat keskimäärin lyhyempiä kuin aamu-, päivä- tai iltaraportit. Eniten aikaa potilasta

kohden käytettiin päiväraporteilla (noin 2 minuuttia) kun taas yöhoitajan raporteilla aikaa käytettiin vain 21 sekuntia potilasta kohden. Tarkemmin raportteihin liittyvät tunnusluvut esitetään taulukossa 10.

Taulukko 10. Yhteenveto suullisista raportointitilaisuuksista osastolla A21.

<b>Yhteenveto osaston A21 raportointitilaisuuksista</b>	<b>Yöhoitajan raportit (n=4)</b>	<b>Aamuraportit (n=7)</b>	<b>Päiväraportit (n=9)</b>	<b>Iltaraportit (n=4)</b>	<b>Yhteensä / keskimäärin</b>
Havainnointujen raportointitilaisuuksien lukumäärä	4	7	9	4	24
Raportoitujujen potilaiden lukumäärä	96	99	64	44	303
Hoitajan ääneen lausumien, potilaan vointia tai hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärä	399	774	771	438	2382
Hoitajien ääneen lausumien, potilaan vointia tai hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärä potilasta kohden (vähimmääärä)	2	1	3	5	1
Hoitajien ääneen lausumien, potilaan vointia tai hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärä potilasta kohden (enimmääärä)	14	13	25	17	13
Raportin kesto, lyhin aika minuutteina	5	4	5	11	4
Raportin kesto, enin aika minuutteina	12	15	29	17	29
Vähin potilasta kohden käytetty raportointiaika sekunteina	13	22	60	72	13
Enin potilasta kohden käytetty raportointiaika sekunteina	27	69	217	93	217.5
Potilasta kohden käytetty raportointiaika keskimäärin sekunteina	21	45	116	78	65
Raportteille osallistuneiden hoitajien (raportin antaja ja kuulijat) lukumäärä yhteensä	37	32	57	12	138
Raportteille osallistuneiden hoitajien lukumäärä keskimäärin	9.3	4.6	6.3	3.0	5.8

**Yhteenveto osaston A21 suullisten raporttien sisällöstä.** Yli puolet (53 %) suullisissa raportointitilaisuuksissa käytetyistä ilmaisuista käsitteli potilaan perustietoja. Raporteilla kuvattiin myös potilaiden hoitoon tai vointiin liittyviä ongelmia, hoidon toteutusta, voinnin ja hoidon arviointia sekä hoidon suunnittelua koordinoitua. Perustietojen jälkeen eniten (14 %) havaintoja kertyi hoidon toteutusta kuvaavista ilmaisuista. Toiseksi eniten (12 %) suullisilla raporteilla käytettiin potilaan voinnin ja hoidon arviointia kuvaavia ilmaisuja. Sen sijaan 11 % potilaan vointia kuvaavista ilmaisuista liittyi potilaiden ongelmien sekä suunnitellun hoidon kuvaamiseen. Ilmaisujen jakautumista eri aihealueille havainnollistetaan kuviossa 6.



Kuvio 6. Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen jakautuminen aihealueittain osaston A21 koko tutkimusaineistossa.

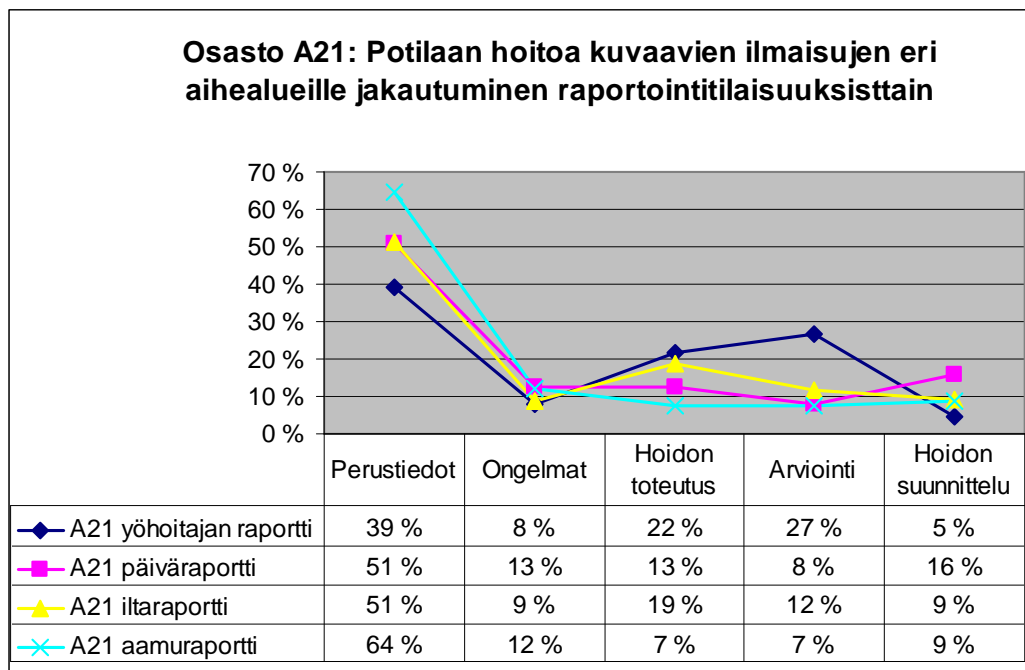
Suullisilla raporteilla kerrotut perustiedot sisälsivät potilaan nimen (89,4 %), potilaan huoneen ja vuodepaikan (87,5 %) sekä iän (64,7 %). Lisäksi raporteilla kerrottiin millainen toimenpide potilaalle oli tehty ja kuinka mones toimenpiteen jälkeinen päivä (postoperatiivisten päivien lukumäärä) oli kyseessä (52,1 %). Lähes puolesta potilaista (48,5 %) kerrottiin sairaalaan tulon syy. Aikaisemmat sairaudet (34,3 %) kerrottiin, jos niillä ajateltiin olevan merkitystä nykyisen hoitojakson aikana annettavaan hoitoon. Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen sisältö, ilmaisujen lukumäärät sekä niiden määrät suhteessa raportoitujen potilaiden lukumäärään koko havainnointitutkimusaineistossa esitetään taulukossa 11.



Taulukko 11. Hoitotyön suullisten raporttien sisältö ja potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen esiintyvyys raportoituja potilaita kohden osastolla A21.

Raportin antajan kertomien, potilaiden (n=303) hoitoon tai vointiin liittyvien ilmaisujen (n=2382) sisällöt osaston A21 suullisilla raporteilla	Ilmaisut / potilaat (n)	Ilmaisut / potilaat (%)
1. Perustiedot: Nimi	275	91
2. Perustiedot: Huone / paikka	261	86
3. Perustiedot: Ikä / synt.vuosi	243	80
4. Perustiedot: Mitä tmp tehty / päivien lkm, heräämistä haetuista potilaista	188	62
5. Perustiedot: Tulosyy=hoidontarve säraalaan tullessa,kerrottiin päiv potilaista	165	54
6. Perustiedot: Aikaisemmat sairaudet	119	39
7. Hygienia ja erityistoiminta: Ongelmat / avuntarve erittämissä, leikk. haavan vuoto (heräämössä), katetri tukossa	86	28
8. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Arviointi:väsnynt/virkeä/ei ongelmia/potilas nukkunut, nukkunut huonosti, nukkunut	83	27
9. Hoidon suunnittelu ja koordinointi: Alkavaa työvuorota koskevat hoito-/tutkimussuunnitelmat, onko virts?, tuli kotilomalta, neuvottu rtg, varalta rttä	77	25
10. Ravitsemus ja lääkehoito: Tarvittaessa annettavan lääkehoidon toteuttaminen, kipulääkitys, unilääkkeet	67	22
11. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Ongelmat / avuntarve liikkumisessa	57	19
12. Hygienia ja erityistoiminta: Hoidon toteutus; annettu apu,tehdyt toiminnot, sidettä löyhdytetty, dreeni tyhj, autettu ämpänille, katetri vaihdettu	52	17
13. Hygienia ja erityistoiminta: Arviointi: ongelmat parantuneet/ennallaan/vähentyneet/poistuneet, virtsannut	48	16
14. Ravitsemus ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevät lääkkeet, kipulääkkeet	47	16
15. Perustiedot Eritystä huomiotaavaa (eristys, allergia, tms), viety suihkuhuoneeseen nukkumaan, tullut päiv.allergiat, työtaturma	44	15
16. Heng, verenkierto, sair oir: ongelmat jollain ko osa-alueella,kipu, lämmön tunnetta, virtsa veristä	39	13
17. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Liikkumisen arviointi; huonontunut/ennallaan/parantunut/omatoiminen, omatoimisesti Evalla WC:ssä, omatoimisesti saavoilla,itse vaihtanut asentoa	37	12
18. Heng, verenkierto, sair oir: Arviointi; potilaan oireet pahentuneet/ennallaan/helppotaneet, ei vuotoa, kipua liikkussa, ei kipua	34	11
19. Hoidon suunnittelu ja koordinointi: Lääkärin määräykset, kivun hoito, seuranta, päiv potilaista tai jos päiv lääk käynyt kts	34	11
20. Ravitsemus ja lääkehoito: Syömiseen ja juomiseen/ muuhun ravitsemukseen annettu apu, iv-infuusiota jaikettu,iv-infuusio menee, ruokaa viety	33	11
21. Ravitsemus ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevä iv-lääkehoito, iv ab (päiv potilaista / heräämistä haetuista)	30	10
22. Hoidon suunnittelu ja koordinointi: Määrysten /suunnitelmien toteuttaminen(mm. tutk. tilaaminen, näytteiden ottaminen), kontr rtg pyyd	27	9
23. Heng, verenkierto, sair oir: Toteutet mittaukset/havainnointi,normaalit tulokset,haavat siistit, vs ok, lpo mitattu ok	26	9
24. Heng, verenkierto, sair oir: Toteutet mittaukset,havainnointi; poikkeavat tulokset,haava vuotanut	25	8

**Osaston A21 eri raportointitilaisuuksien suullisten raporttien sisällön vertailu.** Kun suullisilla raporteilla kerrottujen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen aihealueittaista jakautumista tarkasteltiin raportointitilaisuuksittain, havaittiin, että jakautuminen noudatti samoja linjoja niin aamu-, päivä- kuin iltaraporteillakin. Muista raportointitilaisuuksista poiketen yöhoitajan raporteilla hoitoa kuitenkin arvioitiin suhteellisesti enemmän sekä hoidon suunnittelua kuvaavia ilmaisuja käytettiin suhteellisesti vähemmän kuin muissa raportointitilaisuuksissa (kuvio 7).



Kuvio 7. Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen jakautuminen aihealueittain eri raportointitilaisuuksissa osastolla A21.

**Potilaiden lukumäärän, raportin keston ja ilmaisujen lukumäärän väliset yhteydet eri raportointitilaisuuksissa osastolla A21.** Kaikissa havainnoituissa eri raportointitilaisuuksissa potilaiden lukumäärän ja raportilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärän välillä vallitsi tilastollisesti merkitsevä positiivinen yhteys. Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärällä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys raportin keston ainoastaan päiväraporteilla. Sen sijaan raportoitujen potilaiden lukumäärällä ei ollut missään havainnoitussa raportointitilaisuusryhmässä suoraa, tilastollisesti merkitsevää yhteyttä raportin keston.

Kun eri raportointitilaisuuksien havainnointiaineistot yhdistettiin, todettiin raportoitujen potilaiden lukumäärän ja raportilla kerrottujen ilmaisujen lukumäärän välillä tilastollisesti merkittävä ( $p=0,001$ ) yhteys ( $r=0,6$ ). Aineistojen yhdistämisen jälkeen myös raporttien keston ja raporteilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärän välinen yhteys ( $r=0,56$ ) todettiin tilastollisesti merkitseväksi ( $p=0,002$ ). Muuttujien välisten korrelaatioiden tilastollista merkitsevyyttä havainnollistetaan taulukossa 12.

Taulukko 12. Muuttujien väliset korrelaatiot ja niiden tilastolliset merkitsevyydet osaston A21 eri raportointitilaisuuksissa. Tilastollisesti merkitsevät ( $p < 0,05$ ) tulokset on havainnollistettu punaisella.

	Yöhoitajan raportti A21	Aamuraportti A21	Päiväraportti A21	Iltaraportti A21	Kaikki raportit
Otoskoko	4	7	9	4	24
<b>Potilaiden lkm ja raportin kesto</b>					
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,84	0,35	0,48	0,82	-0,10
p-arvo (1-suuntainen)	0,080	0,220	0,094	0,090	0,318
<b>Potilaiden lkm ja ilmaisujen lkm</b>					
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,93	0,94	0,861	0,93	0,60
p-arvo (1-suuntainen)	0,035	0,001	0,001	0,036	0,001
<b>Raportin kesto ja ilmaisujen lkm</b>					
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,88	0,61	0,82	0,88	0,56
p-arvo (1-suuntainen)	0,061	0,074	0,003	0,06	0,002

### 5.3.2 Raportointitilaisuudet osastolla A31

**Yöhoitajan raportit.** Yöhoitajien antamat raportointitilaisuudet pidettiin osaston kansliassa. Ennen raportin alkua henkilökunta ei keskustellut yksityiselämään tai työasioihin liittyvistä kysymyksistä, sillä yöhoitajat antoivat raportin aamuvuoron hoitajille heti, kun moduulien työparit saapuivat paikalle. Havainnoiduilla raporteilla raporttien antajat ei käyttäneet tietolähteenä potilaiden hoitokertomustietoja, vaan potilaan hoitoa koskeva tieto pohjautui potilaan hoitotaulukkoon tai kirjalliseen raportoinnin apulomakkeeseen. Havainnoidut raportointitilaisuudet ( $n=3$ ) alkoivat, kun moduulin työparit olivat paikalla. Kahdessa havainnointitilanteessa raportti oli ohi ennen virallista työajan alkua. Yöhoitajan raporteilla suullisen raportin kesto vaihteli 5 minuutin ja 15 minuutin välillä, niin että ne kestivät keskimäärin 8 minuuttia. Raporteilla potilasta kohden käytettiin keskimäärin aikaa 44 sekuntia. Havainnoiduilla raporteilla suullinen raportti annettiin yhteensä 31 potilaasta. Potilaiden yön aikaista vointia, toteutetun hoidon ja seurannan tuloksia kuvattiin yhteensä 94 ilmaisulla. Ilmaisujen lukumäärä potilasta kohden vaihteli kahden (2) ja yhdeksän (9) ilmaisun välillä. Havainnoituihin moduulikohtaisiin raportointitilaisuuksiin osallistui keskimäärin kolme (3) hoitajaa, jolloin suulliseen raporttiin kului työaikaa havainnoituissa raportointitilaisuuksissa yhteensä 24 minuuttia.

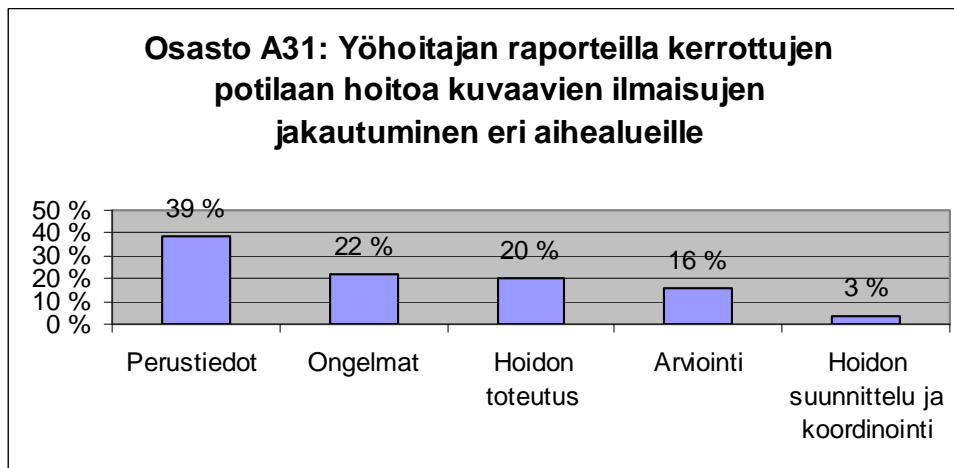
**Suullisten raporttien sisältö.** Yöhoitajan raporteilla potilaiden yön aikaista vointia kuvattiin lyhimmillään ilmaisulla ”nukkunut”. Osastolle päivystyksenä saapu-

neiden potilaiden vointia ja hoitoa kuvattiin sen sijaan laajemmin. Raporteilla mainittiin kaikkien (100 %) potilaiden nimet, potilaiden mahdolliset ongelmat (32 %) hengityksessä ja eritystoiminnassa sekä arvioitiin potilaiden lepoa ja nukkumista (32 %). Yöhoitajat kertoivat raporteilla myös yön aikana tapahtuneen lääkehoidon toteutuksen. Erityisesti mainittiin potilaalle tarvittaessa annetut lääkkeet (23 %) sekä säännöllisesti listalla menneet laskimonsisäiset mikrobilääkkeet (16 %). Lisäksi kuulijoille kerrottiin yön aikana hengityksen ja verenkierron seuraimiseksi toteutettujen mittausten normaaleja ja poikkeavia tuloksia (23 %). Potilaan hoitoa kuvaavien kahdentoista yleisimmän ilmaisun sisältö, ilmaisujen lukumäärät sekä niiden määrät suhteessa raportoitujen potilaiden lukumäärään havainnollistetaan taulukossa 13.

Taulukko 13. Yöhoitajan raporttien sisältö ja potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen esiintyvyys raportoituja potilaita kohden osastolla A31.

<b>Yöhoitajan raportit (n=3), mitä raporteilla kerrottiin potilaista (n=31) osastolla A31</b>	<b>Ilmaisut / potilas (n)</b>	<b>Ilmaisut / potilas (%)</b>
1. Perustiedot: Nimi	31	100
2. Hengitys, verenkierto, sair.oireet: ongelmat ko osa-alueella	10	35
3. Aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Arviointi; väsynyt/virkeä/ei ongelmia/potilas nukkunut	10	32
4. Ravitseminen ja lääkehoito: Tarvittaessa annettavan lääkehoidon toteuttaminen	7	23
5. Ravitseminen ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevä iv-lääkehoito	5	16
6. Hygienia ja eritystoiminta: Ongelmat / avuntarve erittämisessä, kestokateetri	5	16
7. Hengitys, verenkierto, sair. oireet: Toteutetut mittaukset, havainnointi; poikkeavat tulokset	4	13
8. Hengitys, verenkierto, sair. oireet: Toteutetut mittaukset/havainnoinnit; normaalit tulokset	3	10
9. Hengitys, verenkierto, sair. oir.: Potilaalla ei hengityksen/verenkierron ongelmia, vointi OK	3	10
10. Ravitseminen ja lääkehoito: Ongelmat/tarpeet lääkehoitoon liittyen (mm. lääketuot)	2	6
11. Ravitseminen ja lääkehoito: Säännöllisen lääkehoidon toteuttaminen	2	6
12. Perustiedot: Aikaisemmat sairaudet	1	3

Perustietojen lisäksi yöhoitajan raporteilla kuvattiin potilaan hoitoon liittyviä ongelmia, hoidon toteutusta, potilaan voinnin ja hoidon arviointia sekä hoidon suunnittelua ja koordinoitua. Eniten havaintoja (39 %) kertyi perustiedoista. Toiseksi eniten kuvattiin potilaan ongelmia (22 %) ja kolmanneksi eniten toteutettua hoitoa (20 %). Yöhoitajan raporteilla potilaan vointia ja hoidon arviointia (16 %) sekä hoidon suunnittelua ja koordinoitua (3 %) kuvailtiin vähiten. Ilmaisujen jakautumista eri aihealueille havainnollistetaan kuviossa 8.



Kuvio 8. Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen jakautuminen aihealueittain yöhoitajan raporteilla.

**Potilaiden lukumäärän ja raportilla käytettyjen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen yhteys yöhoitajan raportin keston.** Osaston A31 yöhoitajan raporttien keston ja raporteilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärän välillä oli erittäin vahva ( $r=1,0$ ) tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,008$ ) yhteys. Sen sijaan raportoitujen potilaiden lukumäärällä ei todettu olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä yöhoitajan antamien raporttien keston tai raporteilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärään. Tarkemmin muuttujien väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet esitetään taulukossa 14.

Taulukko 14. Raportoitujen potilaiden lukumäärän, raportin keston sekä raporteilla käytettyjen potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet osaston A31 yöhoitajan raporteilla. Tilastollisesti merkitsevät ( $p<0,05$ ) tulokset on havainnollistettu punaisella.

<b>Potilaiden lukumäärän, raportin keston sekä raporteilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärän väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet osaston A31 yöhoitajan raporteilla</b>	
<b>Otoskoko</b>	3
<b>Potilaiden lkm ja raportin kesto</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,91
p-arvo (1-suuntainen)	0,132
<b>Potilaiden lkm ja ilmaisujen lkm</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,90
p-arvo (1-suuntainen)	0,140
<b>Raportin kesto ja ilmaisujen lkm</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	1,00
p-arvo (1-suuntainen)	<b>0,008</b>

**Päiväraportit.** Päiväraportointitilaisuudet pidettiin moduuleittain joko osaston päiväsalissa tai vapaana olleissa toimenpidehuoneissa. Henkilökunta keskusteli ennen raportin alkua päättyvän työvuoron sujuvuudesta, mahdollisista ongelmista sekä myös henkilökohtaisista asioistaan. Päiväraporteillakaan raportin antaja ei käyttänyt tietolähteenä potilaiden täydellisiä hoitokertomustietoja, vaan potilaan hoitoa koskeva tieto pohjautui potilaan hoitotaulukkoon tai kirjalliseen raportointilomakkeeseen. Lisäksi havainnoitujen päiväraportointitilaisuuksien yhteydessä hoitajat keskustelivat erityisesti osastolla hoidossa olleiden syöpäpotilaiden tilanteesta sekä hengitysapuvälineiden kanssa kotiutuvien potilaiden ohjaukseen liittyvistä asioista.

Moduulikohtaisiin raportointitilaisuuksiin osallistui keskimäärin kolme hoitajaa ja havainnoidut raportointitilaisuudet (n=4) alkoivat, heti kun moduulin työparit olivat saapuneet paikalle. Päiväraporttien kesto vaihteli 11 ja 29 minuutin välillä, niin että raportit kestivät keskimäärin 20,25 minuuttia. Raporteilla käytettiin potilaan hoitoon liittyvien asioiden kertomiseen aikaa keskimäärin kolme minuuttia potilasta kohden. Päiväraporttien havainnoinneissa huomio kiinnittyi siihen, että raporteilla suullisesti kerrotut, potilaan hoitoon liittyvät ilmaisut sisälsivät samoja asioita, kuin mitä raportointitilaisuuteen osallistujille jaettu kirjallinen raportointilomake sisälsi.

**Suullisten raporttien sisältö.** Päiväraportilla potilaiden hoitoa kuvattiin yhteensä 284 ilmaisulla. Vähimmillään potilaan hoitoa kuvattiin neljällä ilmaisulla ja enimmillään 15 ilmaisulla. Keskimäärin potilaan hoitoon liittyvien asioiden kuvaamiseen käytettiin yhtätoista ilmaisua. Päiväraporteilla kuulijoille kerrottiin jokaisen (100 %) raportoitavan potilaan nimi sekä usein (62 %) myös potilaan huone ja vuodepaikka. Lähes kaikista potilaista kerrottiin hoidon tarve sairaalaan tullessa (85 %) sekä seuraavaa päivää koskevat tutkimus- ja hoitosuunnitelmat (69 %). Aikaisemmat sairaudet (42 %) mainittiin, mikäli niillä ajateltiin olevan erityistä merkitystä hoidon toteutuksen kannalta. Kuulijoille kuvailtiin säännöllisen lääkehoidon toteuttamista (42 %), kerrottiin toteutetut mittaukset ja havainnoinnit (35 %) sekä arvioitiin sairauden oireiden tilaa tai muuttumista (35 %). Potilaan

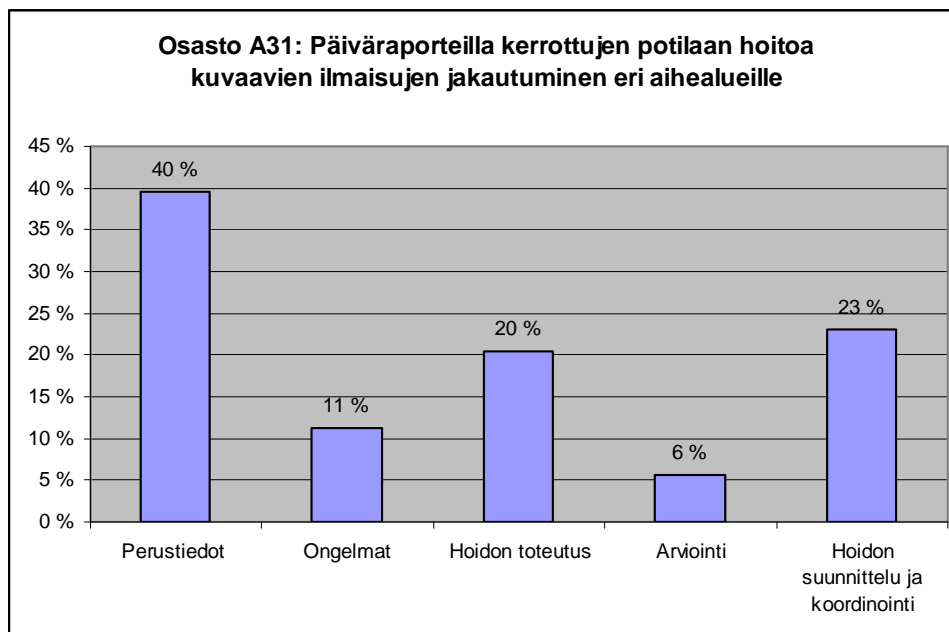
hoitoa kuvaavien ilmaisujen sisällöt, ilmaisujen lukumäärät sekä määrät suhteessa raportoitujen potilaiden lukumäärään esitetään taulukossa 15.

Taulukko 15. Päiväraporttien sisältö ja potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen esiintyvyys raportoituja potilaita kohden osastolla A31.

<b>Päiväraportit (n=4), mitä raporteilla kerrottiin potilaista (n=26) osastolla A31</b>	<b>Ilmaisut / potilas (n)</b>	<b>Ilmaisut / potilas (%)</b>
1. Perustiedot:Nimi	26	100
2. Perustiedot: Tulosity=hoidontarve sairaalaan tullessa	22	85
3. Hoidon suunnitelu ja koordinointi: Seuraavaa päivää koskevat hoito-/tutkimussuunnitelmat,	18	69
4. Perustiedot: Huone / paikka	16	62
5. Perustiedot: Aikaisemmat sairaudet	11	42
6. Ravitseminen ja lääkehoito:Säännöllisen lääkehoidon toteuttaminen	11	42
7. Heng, verenkierto, sair.oir.:Toteutettavat mittaukset ja seurannat	9	35
8. Heng, verenkierto, sair.oir.:Toteutetut mittaukset/havainnointit,normaalit tulokset,	9	35
9. Heng, verenkierto, sair.oir.:Arviointi; potilaan oireet pahentuneet/ennallaan/helpottaneet,	9	35
10. Heng, verenkierto, sair.oir: ongelmat jollain ko osa-alueella	8	31
11. Ravitseminen ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevä iv-lääkehoito,	8	31
12. Hygienia ja erityistoiminta: Potilas omatoiminen,	8	31
13. Hoidon suunnitelu ja koordinointi: Pidemmän aikavälin hoito-/tutkimus- /toimenpidesuunnitelmat,	7	27
14. Heng, verenkierto, sair.oir.:Toteutetut mittaukset,havainnointi; poikkeavat tulokset,	7	27
15. Ravitseminen ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevät lääkkeet,	7	27
16. Perustiedot: Ikä / synt.vuosi	6	23
17. Hoidon suunnitelu ja koordinointi: Lääkärin määräykset	6	23
18. Hoidon suunnitelu ja koordinointi: Määrysten /suunnitelmien toteuttaminen(mm. tutk. tilaaminen, näytteiden ottaminen),	6	23
19. Hoidon suunnitelu ja koordinointi: Muiden ammattiryhmien/erityistyöntekijöiden konsultointi,	6	23
20. Perustiedot: Mitä tnp tehty / päivien lkm	5	19
21. Hoidon suunnitelu ja koordinointi: Keskenkäisyydet / kysyttävät asiat,	5	19
22. Ravitseminen ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevät hengitettävät lääkkeet /silmatipat	5	19
23. Ravitseminen ja lääkehoito: Tarvittaessa annettavat lääkkeet	5	19
24. Hygienia ja erityistoiminta: Ongelmat / avuntarve erittämissä, KK,	5	19
25. Ravitseminen ja lääkehoito: Ongelmat ravitsemuksessa/nestetasapainossa,	4	15

Perustietojen lisäksi päiväraporteilla kuvattiin potilaiden hoitoon tai vointiin liittyviä ongelmia, hoidon toteutusta, voinnin ja hoidon arviointia sekä hoidon suunnittelua ja koordinointia. Eniten (23 %) havaintoja kertyi hoidon suunnittelua ja koordinointia kuvaavista ilmaisuista ja toiseksi eniten (20 %) hoidon toteutusta kuvaavista ilmaisuista. Päiväraporteilla kuvattiin sen sijaan vähemmän potilaan

ongelmia (11 %) sekä potilaan hoidon ja voinnin arviointia (6 %). Ilmaisujen jakautumista eri aihealueille havainnollistetaan kuviossa 9.



Kuvio 9. Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen jakautuminen aihealueittain päiväraporteilla.

**Potilaiden lukumäärän ja raportilla käytettyjen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen yhteys päiväraportin keston.** Päiväraporteilla raportoitujen potilaiden lukumäärän ja päiväraportin keston välinen yhteys oli vahvasti positiivinen ( $r=0,92$ ) ja muuttujien myös välistä riippuvuutta voitiin pitää tilastollisesti merkitsevänä ( $p=0,039$ ). Myös potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärän ja päiväraportin keston välillä vallitsi tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,010$ ) vahva yhteys ( $r=1,0$ ). Sen sijaan raportoitujen potilaiden lukumäärän ja raporteilla käytettyjen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen välinen yhteys ei päiväraporteilla ollut tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,054$ ). Tarkemmin muuttujien väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet esitetään taulukossa 16.



Taulukko 16. Raportoitujen potilaiden lukumäärän, raportin keston sekä raporteilla käytettyjen potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet osaston A31 päiväraporteilla. Tilastollisesti merkitsevät ( $p < 0,05$ ) tulokset on havainnollistettu punaisella.

Potilaiden lukumäärän, raportin keston sekä raporteilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärän väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet osaston A31 päiväraporteilla	Päiväraportti A31
<b>Otoskoko</b>	4
<b>Potilaiden lkm ja raportin kesto</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,92
p-arvo (1-suuntainen)	0,039
<b>Potilaiden lkm ja ilmaisujen lkm</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,89
p-arvo (1-suuntainen)	0,054
<b>Raportin kesto ja ilmaisujen lkm</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	1,00
p-arvo (1-suuntainen)	0,002

**Iltaraportit.** Iltaraportointitilaisuudet pidettiin osastonsihteerin kansliassa ja raportti aloitettiin heti kun yövuoroon tulleet hoitajat olivat saapuneet, joten aikaa yhteiseen keskusteluun ei ollut. Iltaraporteilla moduulien ryhmänjohtajina toimineet sairaanhoitajat antoivat kukin vuorollaan moduulistaan yövuoroon tulleille hoitajille suullisen raportin. Iltaraporttien kesto vaihteli viiden (5) ja 15 minuutin välillä niin, että raportin kesto oli keskimäärin 9,3 minuuttia, jolloin yhden potilaan hoitoon liittyvien asioiden raportointi kesti keskimäärin 1,6 minuuttia.

Osaston A31 iltaraporteilla raportointitilaisuuksien järjestämistapa poikkesi muista osaston muista raportointitilaisuuksista, sillä iltaraportilla seuraavan työvuoron hoitajille annettiin kaikkia osaston potilaita käsittelevä suullinen raportti. Iltaraporteilla ei käytetty tietolähteenä potilaiden täydellisiä hoitokertomustietoja, joten potilaan hoitoa koskeva tieto pohjautui lähes kokonaan kirjalliseen raportointiin apulomakkeeseen. Toisinaan raportin antaja saattoi kuitenkin tarkentaa kertomaan tietoja potilaan hoitotaulukosta ns. "kuumekurva -lehdeltä".

**Suullisten raporttien sisältö.** Havainnoiduilla iltaraporteilla ( $n=12$ ) potilaiden hoitoon liittyviä ilmaisuja kertyi yhteensä 621. Vähimmillään potilaan hoitoa kuvattiin viidellä (5) ja enimmillään kolmellatoista (13) ilmaisulla. Iltaraporteilla

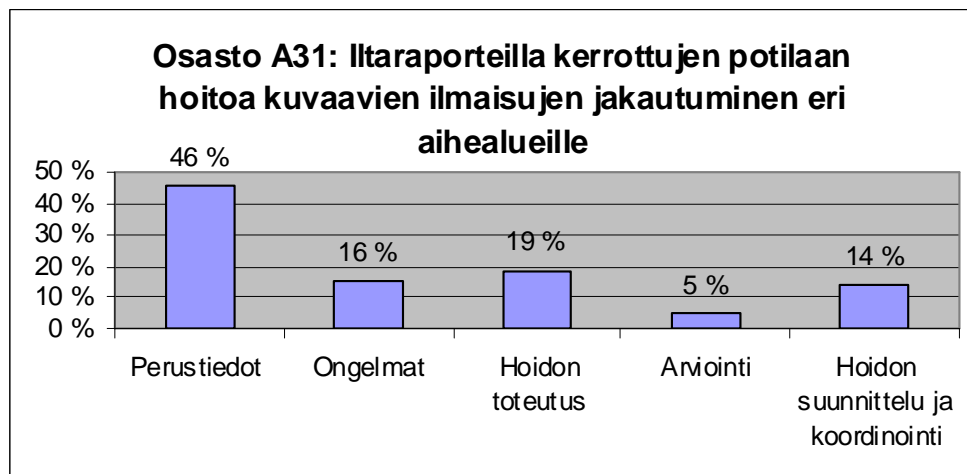
potilaan hoitoon liittyvien tietojen välittämiseen käytettiin keskimäärin yhdeksää (9) potilaan hoitoa kuvaavaa ilmaisua.

Kuten päiväraporteilla myös iltaraporteilla kuulijoille kerrottiin jokaisen (100 %) raportoitavan potilaan nimi sekä joskus (59 %) myös potilaan huone ja vuodepaikka. Lisäksi lähes kaikista potilaista kerrottiin sairaalaan tulon syy (75 %) sekä seuraavaa päivää koskevat tutkimus- ja hoitosuunnitelmat (54 %). Tyypillisesti yöhoitajille kerrottiin myös potilaan hengitykseen liittyneet ongelmat (48 %) sekä aikaisemmat, potilaan sen hetkiseen hoitoon vaikuttaneet sairaudet (41 %). Suullisissa iltaraporteissa hoitotyön toteutuksen aihealueelta kuvattiin eniten potilaan iltavuoron aikana toteutettua lääkehoitoa (37 %), yövuoron aikaan toteutettavaksi suunniteltua laskimonsisäinen lääkehoitoa (31 %) sekä yön aikana tarvittaessa toteutettavaa lääkehoitoa (30 %). Lisäksi yöhoitajille lueteltiin ne hengitys- ja verenkiertoelimistön toiminnan tarkkailemiseksi tehtävät mittaukset, jotka yön aikana tuli toteuttaa (27 %). Iltaraporteilla kerrottujen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen sisällöt, ilmaisujen lukumäärät sekä ilmaisujen määrät suhteessa raportoitujen potilaiden lukumäärään esitetään taulukossa 17.

Taulukko 17. Iltaraporttien sisältö ja potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen esiintyvyys raportoituja potilaita kohden osastolla A31.

<b>Iltaraportit (n=12), mitä raporteilla kerrottiin potilaista (n=71) osastolla A31</b>	<b>Ilmaisut / potilas (n)</b>	<b>Ilmaisut / potilas (%)</b>
1. Perustiedot: Nimi	71	100
2. Perustiedot: Tulossy=hoidontarve sairaalaan tullessa	53	75
3. Perustiedot: Huone / paikka	42	59
4. Hoidon suunnitelu ja koordinointi: Seuraavaa päivää koskevat hoito-/tutkimussuunnitelmat	38	54
5. Heng, verenkierto sair. oir: Ongelmat jollain ko osa-alueella	34	48
6. Perustiedot: Aikaisemmat sairaudet	29	41
7. Ravitsemus ja lääkehoito: Säännöllisen lääkehoidon toteuttaminen	26	37
8. Ravitsemus ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevä iv-lääkehoito	22	31
9. Hygienia ja erityistoiminta: Potilas omatoiminen	22	31
10. Ravitsemus ja lääkehoito: Tarvittaessa annettavat lääkkeet	21	30
11. Heng, verenkierto sair. oir: Toteutettavat mittaukset ja seurannat	19	27
12. Perustiedot: Ikä / synt.vuosi	17	24
13. Hygienia ja erityistoiminta: Ongelmat / avuntarve erittämissä	17	24
14. Heng, verenkierto sair. oir: Toteutet mittaukset,havainnointi; poikkeavat tulokset	16	23
15. Ravitsemus ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevät lääkkeet	16	23
16. Hoidon suunnitelu ja koordinointi: Tulovaiheen hoitosuunnitelmat	15	21
17. Ravitsemus ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevät hengitettävät lääkkeet /silmätipat	15	21
18. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Ongelmat / avuntarve liikkumisessa	13	18
19. Heng, verenkierto sair. oir: Toteutet mittaukset/havainnoinnit,normaalit tulokset	12	17
20. Hoidon suunnitelu ja koordinointi: Alkavaa työvuoroa koskevat hoito-/tutkimussuunnitelmat	10	14
21. Heng, verenkierto sair. oir Arviointi; potilaan oireet pahentuneet/ennallaan/helpottaneet	10	14
22. Ravitsemus ja lääkehoito: Ongelmat/tarpeet lääkehoitoon liittyen (mm lääketauot)	10	14
23. Perustiedot: Mitä tmp tehty / päivien lkm	9	13
24. Hoidon suunnitelu ja koordinointi: Pidemmän aikavälin hoito-/tutkimus- /toimenpidesuunnitelmat	8	11
25. Hoidon suunnitelu ja koordinointi: Lääkärin määräykset	6	8
26. Ravitsemus ja lääkehoito: Ongelmat ravitsemuksessa/nestetasapainossa	6	8
27. Hygienia ja erityistoiminta: Hoidon toteutus; annettu apu,tehdyt toiminnot	6	8

Iltaraporteilla kerrottiin perustietojen jälkeen useimmin (19 %) potilaan hoidon toteutukseen liittyneitä tietoja. Raporteilla välitetyt tiedot sisälsivät kohtalaisesti myös potilaan ongelmia (16 %) sekä hoidon suunnittelua (14 %) kuvaavia ilmaisuja. Sen sijaan hoidon arviointia tapahtui suullisten iltaraporttien yhteydessä harvemmin (5 %). Ilmaisujen jakautumista eri aihealueille havainnollistetaan kuviossa 10.



Kuvio 10. Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen jakautuminen aihealueittain iltaraporteilla osastolla A31.

**Potilaiden lukumäärän ja raportilla käytettyjen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen yhteys iltaraportin keston.** Osastolla A31 iltaraportin keston näyttö olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys sekä raportoitujen potilaiden lukumäärällä ( $p=0,020$ ) että raporteilla käytettyjen, potilaiden hoitoa kuvaavien ilmaisujen määrällä ( $p=0,017$ ). Lisäksi raportoitujen potilaiden lukumäärä vaikutti tilastollisesti merkittävästi raportilla käytettyjen potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen määrään. Tarkemmin muuttujien väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet esitetään taulukossa 18.

Taulukko 18. Raportoitujen potilaiden lukumäärän, raportin keston sekä raporteilla käytettyjen potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet osaston A31 iltaraporteilla. Tilastollisesti merkitsevät ( $p<0,05$ ) tulokset on havainnollistettu punaisella.

Potilaiden lukumäärän, raportin keston sekä raporteilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärän väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet osaston A31 iltaraporteilla.	
Otoskoko	12
<b>Potilaiden lkm ja raportin kesto</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,60
p-arvo (1-suuntainen)	0,020
<b>Potilaiden lkm ja ilmaisujen lkm</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,67
p-arvo (1-suuntainen)	0,008
<b>Raportin kesto ja ilmaisujen lkm</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,61
p-arvo (1-suuntainen)	0,017

**Yhteenveto osaston A31 suullisista raportointitilaisuuksista.** Osastolla A31 havainnoitiin yhteensä 19 raportointitilaisuutta, joista kertyi yhteensä 999 merkin-tää potilaan hoitoa kuvaavista ilmaisuista. Havainnointien yhteydessä kuultiin suulliset raportit yhteensä 128 potilaasta. Raportit antoi päivä- ja iltaraporteilla sairaanhoitaja, yöhoitajan raportin saattoi antaa myös lähi- tai perushoitaja. Ra-porteilla tieto välitettiin pääsääntöisesti osastolla käytössä olleesta kirjallisesta raportoinnin apulomakkeesta. Kaikissa havainnoituissa raportointitilaisuuksissa raportin kuulijat täydensivät tarvittaessa kirjallista raportoinnin apulomaketta kuu-lemansa perusteella.

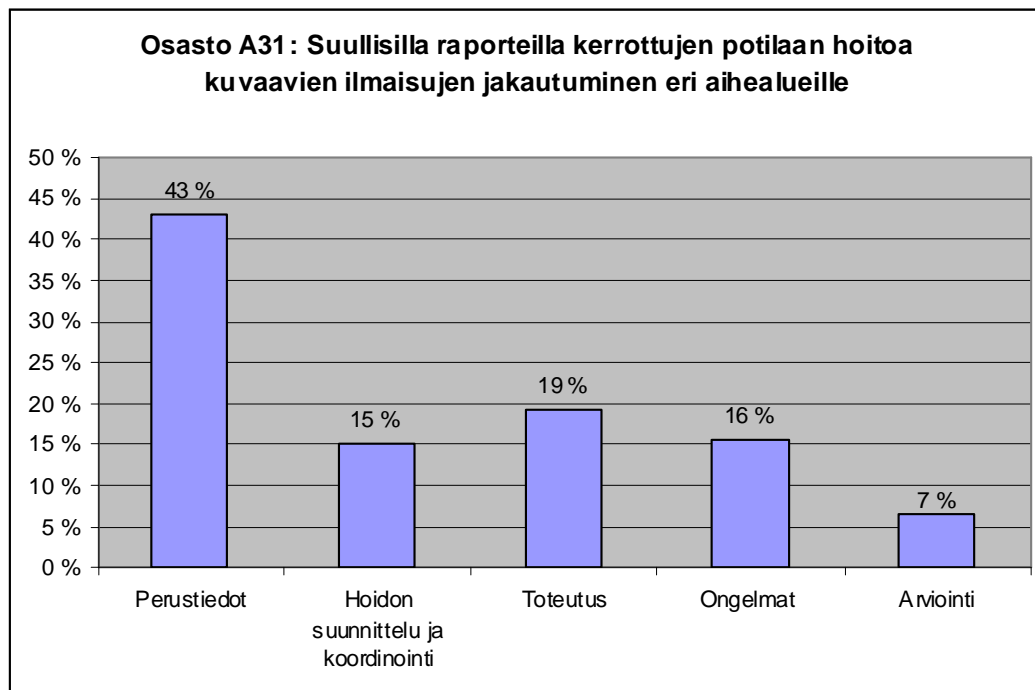
Henkilökunta keskusteli ennen päiväraporttien alkua yksityiselämään sekä edelli-sen työvuoron sujuvuuteen liittyneistä asioista. Yöhoitajan raporteilla ja iltarapor-teilla suulliset raportit aloitettiin heti, kun moduulin hoitajat olivat saapuneet pai-kalle, joten aikaa yleiseen keskusteluun ei ollut.

Vähimmillään ilmaisuja oli potilasta kohden kaksi (2) (yöhoitajan raportti), enimmillään 15 (päiväraportti). Raporttien kesto vaihteli neljän (4) (yöhoitajan raportti) ja 29 minuutin (päiväraportti) välillä. Tulosten mukaan yöhoitajan rapor-tit olivat osastolla A31 keskimäärin lyhyempiä kuin aamu-, päivä- tai iltaraportit. Eniten aikaa potilaan hoitoon liittyvien asioiden kertomiseen käytettiin potilasta kohden päiväraporteilla (noin 3 minuuttia) ja vähiten yöhoitajan raporteilla (noin 44 sekuntia). Tarkemmin raporteihin liittyvät tunnusluvut esitetään taulukossa 19.

Taulukko 19. Yhteenveto suullisista raportointitilaisuuksista osastolla A31.

Yhteenveto osaston A31 raportointitilaisuuksista	Yöhoitajan raportit (n=3)	Päiväraportit (n=4)	Iltaraportit (n=12)	Yhteensä / keskimäärin
Havainnoitujen raportointitilaisuuksien lukumäärä	3	4	12	19
Raportoitujen potilaiden lukumäärä	31	26	71	128
Hoitajan ääneen lausumien potilaan vointia tai hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärä	94	284	621	999
Hoitajan ääneen lausumien, potilaiden vointia tai hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärä potilasta kohden (vähin määrä)	2	4	5	11
Hoitajan ääneen lausumien, potilaiden vointia tai hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärä potilasta kohden (enin määrä)	9	15	13	37
Raportin kesto, lyhin aika minuutteina	4	11	5	6
Raportin kesto, enin aika minuutteina	15	29	15	20
Vähin potilasta kohden käytetty aika raportointiaika sekunteina	24	100	50	58
Enin potilasta kohden käytetty aika raportointiaika sekunteina	75	249	129	151
Potilasta kohden käytetty raportointiaika keskimäärin sekunteina	44.1	187	94	108.4
Raportille osallistuneiden hoitajien ( raportin antaja + kuulijat) lukumäärä yhteensä	9.0	12	36	19
Raportille osallistuneiden hoitajien lkm (iltavuorolaiset + raportin antaja) yhteensä	3	3	3	3

**Yhteenveto osaston A31 suullisten raporttien sisällöstä.** Lähes puolet (43 %) suullisissa raportointitilaisuuksissa käytetyistä ilmaisuista käsitteli potilaan perustietoja. Raporteilla kuvattiin myös potilaiden hoitoon tai vointiin liittyviä ongelmia, hoidon toteutusta, voinnin ja hoidon arviointia sekä hoidon suunnittelua ja koordinoitua. Perustietojen jälkeen eniten havaintoja kertyi hoidon toteutusta (19 %), potilaan ongelmia (16 %) sekä hoidon suunnittelua koskevista ilmaisuista. Vähiten (7 %) kerrottiin potilaan voinnin ja hoidon arviointiin liittyneitä asioita. Ilmaisujen jakautumista eri aihealueille havainnollistetaan kuviossa 11.



Kuvio 11. Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen jakautuminen aihealueittain osaston A31 koko tutkimusaineistossa.

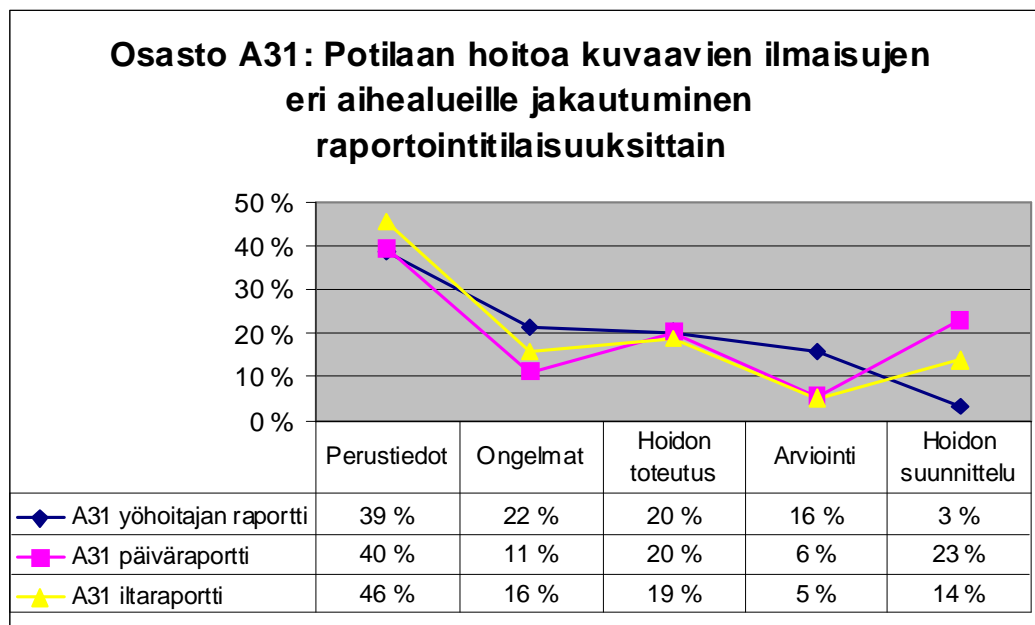
Suullisissa raportointitilaisuuksissa kuulijoille kerrottiin useimmin potilaan nimi (100 %), sairaalaan tulon syy (59 %), huone ja potilas paikka (45 %) sekä seuraavaa päivää koskevat hoitosuunnitelmat (44 %). Aikaisemmat sairaudet (32 %) kerrottiin, jos niillä ajateltiin olevan merkitystä nykyisen hoitojakson aikana annettavaan hoitoon. Huomion arvoisena havaintona pidettiin sitä, että suulliset raportit sisälsivät samoja potilaan hoitoon liittyneitä asioita, kuin mitkä löytyi raporteille osallistujille jaettavasta kirjallisesta raportoinnin apulomakkeesta. Raporteilla kerrottujen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen sisällöt, ilmaisujen lukumäärät sekä niiden määrät suhteessa raportoitujen potilaiden lukumäärään esitetään taulukossa 20.

Taulukko 20. Hoitotyön suullisten raporttien sisältö ja potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen esiintyvyys raportoituja potilaita kohden osastolla A31.

Raportin antajan kertomien, potilaiden (n=128) hoitoon tai vointiin liittyvien ilmaisujen (n=999) sisällöt osaston A31 suullisilla raporteilla	Ilmaisut / potilas (n)	Ilmaisut / Potilas (%)
1. Perustiedot: Nimi	128	100
2. Perustiedot: Tulossyy=hoidontarve sairaalaan tullessa	75	59
3. Perustiedot: Huone / paikka	58	45
4. Hoidon suunnittelu ja koord. Seuraavaa päivää koskevat hoito-/tutkimussuunnitelmat	56	44
5. Heng, verenkierto sair. oir: Ongelmat jollain ko osa-alueella	52	41
6. Perustiedot: Aikaisemmat sairaudet	41	32
7. Ravitseminen ja lääkehoito: Säännöllisen lääkehoidon toteuttaminen	39	30
8. Ravitseminen ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevä iv-lääkehoito	35	27
9. Hygienia ja erityistoiminta: Potilas omatoiminen	30	23
10. Heng, verenkierto sair.oir: Toteutettavat mittaukset ja seurannat	28	22
11. Heng, verenkierto sair.oir: Toteutetut mittaukset,havainnointi; poikkeavat tulokset	27	21
12. Hygienia ja erityistoiminta: Ongelmat / avuntarve erittämässä	27	21
13. Ravitseminen ja lääkehoito: Tarvittaessa annettavat lääkkeet	26	20
14. Heng, verenkierto sair. oir Toteutetut mittaukset/havainnoinnit,normaalit tulokset	24	19
15. Perustiedot: Ikä / synt.vuosi	23	18
16. Ravitseminen ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevät lääkkeet	23	18
17. Ravitseminen ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevät hengittävät lääkkeet /silmätipat	21	16
18. Heng, verenkierto sair. oir Arviointi; potilaan oireet pahentuneet/ennallaan/helpottaneet	20	16
19. Hoidon suunnittelu ja koord. Tulovaiheen hoitosuunnitelmat	17	13
20. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Ongelmat / avuntarve liikkumisessa	17	13
21. Ravitseminen ja lääkehoito: Ongelmat/tarpeet lääkehoitoon liittyen (mm lääketuot)	16	13
22. Perustiedot: Mitä tmp tehty / päivien lkm	15	12
23. Hoidon suunnittelu ja koord. Pidemmän aikavälin hoito-/tutkimus-/toimenpidesuunnitelmat	15	12
24. Hoidon suunnittelu ja koord. Alkavaa työvuorota koskevat hoito-/tutkimussuunnitelmat	14	11
25. Ravitseminen ja lääkehoito: Tarvittaessa annettavan lääkehoidon toteuttaminen	14	11
26. Hoidon suunnittelu ja koord. Lääkärin määräykset	13	10
27. Hygienia ja erityistoiminta: Hoidon toteutus; annettu apu,tehdyt toiminnot	11	9

**Osaston A31 eri raportointitilaisuuksien suullisten raporttien sisällön vertailu.** Kun osaston A31 suullisilla raporteilla kerrottujen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen aihealueittaista jakautumista tarkasteltiin raportointitilaisuuksittain, havaittiin, että jakautuminen noudatti samoja linjoja päivä- ja iltaraporteilla. Muista raportointitilaisuuksista poiketen yöhoitajan raporteilla hoitoa kuitenkin arvioitiin suhteellisesti enemmän sekä hoidon suunnittelua kuvaavia ilmaisuja käytettiin suhteellisesti vähemmän kuin muissa raportointitilaisuuksissa (kuvio 12).





Kuvio 12. Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen jakautuminen aihealueittain eri raportointitilaisuuksissa.

**Potilaiden lukumäärän, raportin keston ja ilmaisujen lukumäärän väliset yhteydet eri raportointitilaisuuksissa osastolla A31.** Osastolla A31 kaikissa havainnoituissa eri raportointitilaisuuksissa raportilla käytettyjen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisuilla oli tilastollisesti merkitsevä positiivinen yhteys raportin keston. Myös raportoitujen potilaiden lukumäärä näytti vaikuttavan tilastollisesti merkitsevästi raportin keston niin päivä- kuin iltaraporteillakin. Lisäksi iltaraporteilla raportoitujen potilaiden lukumäärällä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys raportilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärään. Kun eri raportointitilaisuuksien havainnointiaineistot yhdistettiin, ainoastaan raporttien keston ja raporteilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärän välillä todettiin vallitsevan tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,000$ ) positiivinen korrelaatio ( $r=0,84$ ). Osaston A31 raportointitilaisuuksien muuttujien väliset riippuvuudet ja niiden tilastolliset merkittävyydet havainnollistetaan taulukossa 21.

Taulukko 21. Osasto A31 muuttujien väliset korrelaatiot ja niiden tilastolliset merkittävyydet eri raporteilla (tilastollisesti merkittävät ( $p < 0,05$ ) tulokset on havainnollistettu punaisella).

A31 muuttujien väliset korrelaatiot ja niiden tilastolliset merkittävyydet eri raporteilla, tilastollisesti merkittävät ( $p < 0,05$ ) tulokset on havainnollistettu punaisella				
	Yöhoitajan raportti	Päiväraportti	Iltaraportti	Kaikki raportit
Otoskoko	3	4	12	19
<b>Potilaiden lkm ja raportin kesto</b>				
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0.91	0.92	0.60	0.12
p-arvo (1-suuntainen)	0.132	0.039	0.020	0.318
<b>Potilaiden lkm ja ilmaisujen lkm</b>				
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0.90	0.89	0.67	-0.23
p-arvo (1-suuntainen)	0.140	0.054	0.008	0.169
<b>Raportin kesto ja ilmaisujen lkm</b>				
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	1.00	1.00	0.61	0.84
p-arvo (1-suuntainen)	0.008	0.002	0.017	0.000

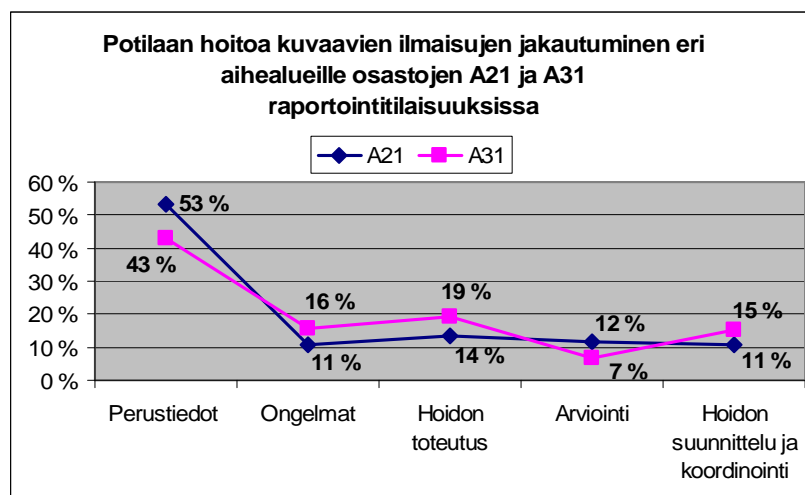
### 5.3.3 Osastokohtaisten aineistojen vertailu

Tämän tutkimuksen mukaan sekä osastolla A21 että osastolla A31 potilaan hoitoa koskevan tiedon välittämiseen käytettiin työvuorojen vaihtuessa pidettäviä hoitotyön suullisia raportointitilaisuuksia. Sen sijaan raportointitilaisuuksien järjestämistapa vaihteli. Osastolla A31 oli käytössä moduulikohtainen raportointimalli, jossa työvuoronsa aloittaneet hoitajat saivat suullisen raportin vain niistä potilaista, joita tulivat työvuoronsa aikana hoitamaan. Osastolla A21 taas vallitsi kollektiivinen raportointimalli, jossa työvuoronsa aloittaneet hoitajat saivat raportin osaston kaikista potilaista. Osastolla A21 pidettiin neljä raportointitilaisuutta (yöhoitajan raportti, aamuraportti, päiväraportti ja iltaraportti) päivässä, mutta osastolla A31 vain kolme (yöhoitajan raportti, päiväraportti ja iltaraportti).

Osastolla A31 suullisilla raporteilla välitetty tieto perustui pääsääntöisesti osastolla käytössä olleeseen, erilliseen kirjalliseen suullisen raportoinnin apulomakkeeseen. Työvuoronsa päättävät hoitajat kirjasivat kyseiseen lomakkeeseen potilaan hoidon kannalta oleelliset asiat ja työvuoronsa aloittaneet hoitajat täydensivät tulostettuun lomakkeeseen tietoja kuulemansa suullisen raportin perusteella. Osastolla A21 vastaavaa lomaketta ei käytössä. Suulliset raportit pidettiin potilaiden hoitokertomustietoihin perustuen, jolloin työvuoronsa aloittaneet hoitajat tekivät kuulemansa perusteella muistiinpanoja joko blanko paperille tai potilaan nimen ja huonepaikan sisältävälle, potilastietojärjestelmästä tulostettavalle lomakkeelle.

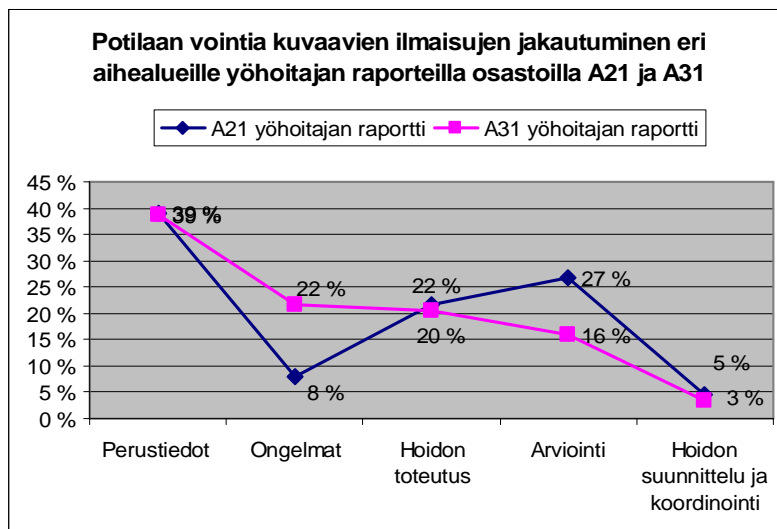
Tutkimustulosten mukaan yöhoitajan raportti oli molemmilla osastoilla lyhin ja päiväraportti pisin. Yöhoitajien raporttien kesto vaihteli neljän minuutin (osasto A31) ja 15 minuutin (osasto A31) välillä ja päiväraporttien kesto 5 minuutin (osasto A21) ja 29 minuutin (osasto A21 sekä osasto A31) välillä.

**Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen jakautuminen eri aihealueille.** Osastolla A21 yli puolet (53 %) suullisissa raportointitilaisuuksissa käytetyistä ilmaisuista käsitteli potilaan perustietoja. Sen sijaan osastolla A31 perustietoja kuvattiin vähemmän (43 %). Vaikka potilaiden hoitoa kuvaavien ilmaisujen prosentuaalisten osuuksien jakautumisessa eri aihealueille oli osastojen välisiä eroja, molemmilla osastoilla ilmaisujen esiintyvyyksissä ilmeni samankaltaisia suuntauksia (kuvio 13).



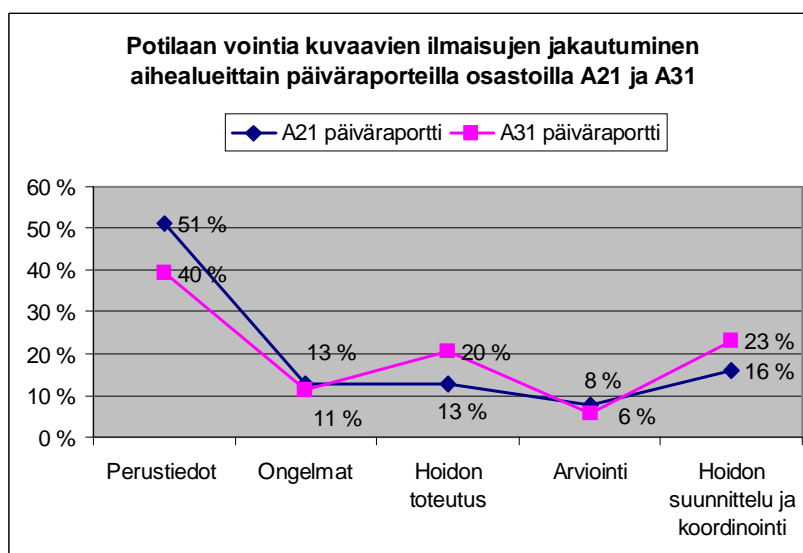
Kuvio 13. Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen jakautuminen aihealueittain osastojen A21 ja A31 raportointitilaisuuksissa.

**Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen jakautuminen eri aihealueille osastojen A21 ja A31 eri raportointitilaisuuksissa.** Potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen aihealuekohtaisissa jakautumisissa eri raportointitilaisuuksissa ilmeni osastojen välisiä eroja. Yöhoitajan raportilla perustietoja, hoidon toteutusta sekä hoidon suunnittelua kuvattiin samassa suhteessa, mutta potilaan ongelmia ja hoidon arviointia kuvaavien ilmaisujen jakautumisen väliset erot olivat havaittavissa selvemmin (kuvio 14).



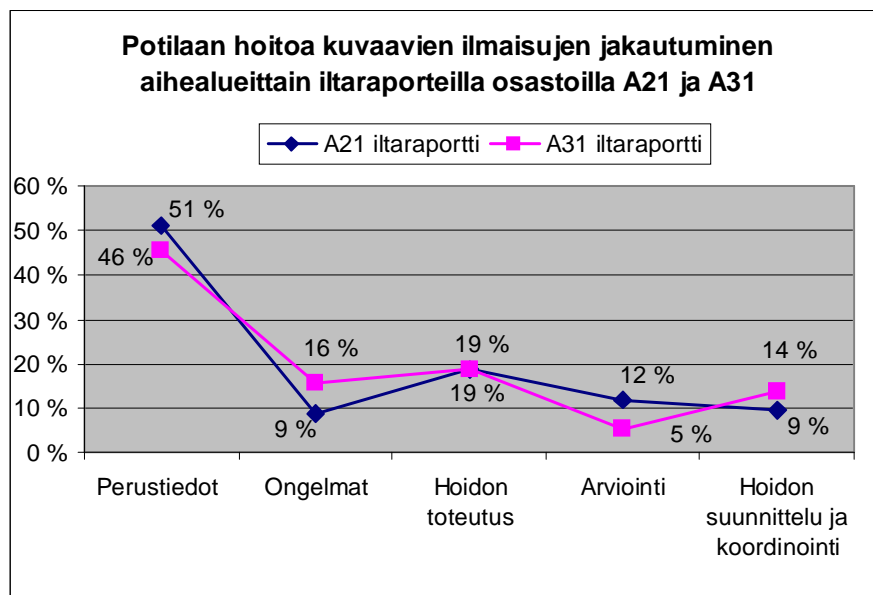
Kuvio 14. Potilaan vointia kuvaavien ilmaisujen jakautuminen aihealueittain yöhoitajan raporteilla osastoilla A21 ja A31.

Päiväraporteilla erot ilmaisujen aihealueille jakautumisessa eivät olleet niin huomattavia kuin yöhoitajan raporteilla. Hoitotyöhön liittyneitä ongelmia ja arviointia kuvattiin molemmilla osastoilla samassa suhteessa, mutta osastolla A31 hoidon toteutusta ja hoidon suunnittelua kuvattiin hieman enemmän kuin osastolla A21 (kuvio 15).



Kuvio 15. Potilaan vointia kuvaavien ilmaisujen jakautuminen aihealueittain päiväraporteilla osastoilla A21 ja A31.

Kuten yöhoitajan raporteilla, myös iltaraporteilla hoidon toteutusta kuvattiin monemmilla osastoilla samassa suhteessa. Osastolla A31 ongelmia ja hoidon suunnitteluun liittyviä asioita raportoitiin useammin ja arviointiin liittyviä asioita vähemmän kuin osastolla A21 (kuvio 16).



Kuvio 16. Potilaan vointia kuvaavien ilmaisujen jakautuminen aihealueittain iltaraporteilla osastoilla A21 ja A31.

**Suullisilla raporteilla kerrottujen potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen sisällöt osastoilla A21 ja A31.** Vaikka raporteilla kerrottujen ilmaisujen aihealueittaisessa jakautumisessa oli osastoilla samankaltaisuuksia, eri osastoilla raporteilla kerrottujen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen yksityiskohtaisempi tarkastelu osoitti suullisten raporttien sisältöjen painottumisen vaihtelevan (taulukko 22).

Taulukko 22. Yleisimpien suullisilla raporteilla kerrottujen potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen sisällöt osastoilla A21 ja A31.

Raportin antajan kertomien, potilaan hoitoon tai voitiin liittyvien yleisimpien ilmaisujen sisällöt osastolla A21	Raportin antajan kertomien, potilaan hoitoon tai voitiin liittyvien yleisimpien ilmaisujen sisällöt osastolla A31
1. Perustiedot: Nimi	1. Perustiedot: Nimi
2. Perustiedot: Huone / paikka	2. Perustiedot: Tulosy=hoidontarve sairaalaan tullessa
3. Perustiedot: Ikä / synt.vuosi	3. Perustiedot: Huone / paikka
4. Perustiedot: Mitä tmp tehty / päivien lkm,	4. Hoidon suunnittelu ja koordinoiti: Seuraavaa päivää koskevat hoito-/tutkimussuunnitelmat,
5. Perustiedot: Tulosy=hoidontarve sairaalaan tullessa	5. Heng. verenkierto, sair.oir: ongelmat jollain ko osa-alueella
6. Perustiedot: Aikaisemmat sairaudet	6. Perustiedot: Aikaisemmat sairaudet
7. Hygieniä ja erityistoiminta: Ongelmat / avuntarve erittämisessä	7. Ravitsemus ja lääkehoito: Säännöllisen lääkehoidon toteuttaminen
8. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Arviointi;väsynyt/virkeä/ei ongelmia/potilas nukkunut, nukkunut huonosti	8. Ravitsemus ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevä iv-lääkehoito,
9. Hoidon suunnittelu ja koordinoiti: Alkavaa työvuoroa koskevat hoito-/tutkimussuunnitelmat	9. Hygieniä ja erityistoiminta: arviointi, potilas omatoiminen
10. Ravitsemus ja lääkehoito: Tarvittaessa annettavan lääkehoidon toteuttaminen	10. Heng. verenkierto, sair.oir:Toteutettavat mittaukset ja seurannat
11. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Ongelmat / avuntarve liikkumisessa	11. Heng. verenkierto, sair.oir:Toteutet mittaukset,havainnointi; poikkeavat tulokset,
12. Hygieniä ja erityistoiminta: Hoidon toteutus; annettu apu,tehdyt toiminnot	12. Hygieniä ja erityistoiminta: Ongelmat / avuntarve erittämisessä, KK,
13. Hygieniä ja erityistoiminta: Arviointi; ongelmat parantuneet/ennallaan/vähentyneet/poistuneet	13. Ravitsemus ja lääkehoito: Tarvittaessa annettavat lääkkeet
14. Ravitsemus ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevät lääkkeet, kipulääkkeet	14. Heng. verenkierto, sair.oir:Toteutet mittaukset/havainnointi,normaalit tulokset,
15. Perustiedot Erityistä huomioitavaa (eristys, allergia, tms)	15. Perustiedot: Ikä / synt.vuosi
16. Heng. verenkierto, sair.oir: ongelmat jollain ko osa-alueella	16. Ravitsemus ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevät lääkkeet,
17. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Liikkumisen arviointi; huonontunut/ennallaan/parantunut/omatoiminen	17. Ravitsemus ja lääkehoito: Säännöllisesti listalla menevät hengitettävät lääkkeet /silmätipat
18. Heng. verenkierto, sair.oir: Arviointi; potilaan oireet pahentuneet/ennallaan/helppotaneet	18. Heng. verenkierto, sair.oir:Arviointi; potilaan oireet pahentuneet/ennallaan/helppotaneet,
19. Hoidon suunnittelu ja koordinoiti: Lääkärin määräykset	19. Perustiedot: tulovaiheen hoitosuunnitelmat
20. Ravitsemus ja lääkehoito: Syömiseen ja juomiseen/ muuhun ravitsemukseen annettu apu	20. Aktiiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo: Ongelmat / avuntarve liikkumisessa,

**Potilasmäärän, raportin keston ja ilmaisujen lukumäärän väliset korrelaatiot raportointitilaisuuksittain.** Tulosten mukaan potilasmäärän, raportin keston ja raportilla kerrottujen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärän väliset tilastollisesti merkitsevät korrelaatiot vaihtelivat raportointitilaisuudesta ja osastosta riippuen. Taulukossa 23 esitetään muuttujien väliset korrelaatiot sekä tilastolliset merkittävyydet osastojen A21 ja A31 eri raportointitilaisuuksissa.

Taulukko 23. Potilaiden lukumäärän, raportin keston sekä raporteilla käytettyjen ilmaisujen määrien väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkittävyydet raportointitilaisuuksittain osastoilla A21 ja A31.

Potilaiden lukumäärän, raportin keston sekä raporteilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärän väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkittävyydet raportointitilaisuuksittain osastoilla A21 ja A31	Yöhoitajan raportti A21	Yöhoitajan raportti A31	Päiväraportti osasto A21	Päiväraportti A31	Iltaraportti A21	Iltaraportti A31
Otoskoko	4	3	9	4	4	12
<b>Potilaiden lkm ja raportin kesto</b>						
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,84	0,91	0,48	0,92	0,82	0,60
p-arvo (1-suuntainen)	0,080	0,132	0,094	0,039	0,090	0,020
<b>Potilaiden lkm ja ilmaisujen lkm</b>						
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,93	0,90	0,861	0,89	0,93	0,67
p-arvo (1-suuntainen)	0,035	0,140	0,001	0,054	0,036	0,008
<b>Raportin kesto ja ilmaisujen lkm</b>						
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,88	1,00	0,82	1,00	0,88	0,61
p-arvo (1-suuntainen)	0,061	0,008	0,003	0,002	0,06	0,017

Potilaiden lukumäärän ja potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärän välillä vallitsi tilastollisesti merkitsevä yhteys kaikissa osaston A21 raportointitilaisuuksissa sekä osaston A31 iltaraporteilla. Potilasmäärällä oli tilastollisesti merkitsevä lineaarinen yhteys raportin keston vain osaston A31 päivä- ( $p=0,039$ ) ja iltaraporteilla ( $p=0,020$ ). Tarkasteltaessa raportin keston ja potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärän välistä korrelaatiota, todettiin näiden muuttujien välisen yhteyden olevan tilastollisesti merkitsevä osaston A31 kaikissa raportointitilaisuuksissa sekä osaston A21 päiväraporteilla.

**Potilaiden lukumäärien ja raporteilla kerrottujen ilmaisujen yhteys yöhoitajan-, päivä- sekä iltaraporttien keston osastojen A21 ja A31 yhdistetyssä havainnointiaineistossa.** Tuloksia analysoitaessa aineistosta jätettiin huomiotta osaston A21 aamuraportit, sillä osaston A31 aineisto ei sisältänyt aamuraporttiaineistoa. Tulosten mukaan potilasmäärän, raportin keston ja raportilla kerrottujen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärän väliset tilastollisesti merkitsevät lineaariset yhteydet vaihtelivat raportointitilaisuuksittain. Iltaraporteilla näiden kaikkien muuttujien välillä vallitsi tilastollisesti erittäin merkitsevät ( $p=0,000$ ) keskinäiset riippuvuudet, kun yöhoitajan raporteilla tilastollisesti merkitseviä tuloksia ( $p=0,001$ ) saatiin ainoastaan raportoitujen potilaiden lukumäärän ja raporteilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärän välisen riippuvuuden suhteen.

Päiväraporteilla raportoitujen potilaiden lukumäärän ja käytettyjen ilmaisujen lukumäärän välillä vallitsi tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p=0,000$ ) yhteys sekä

raporttien keston ja käytettyjen ilmaisujen välillä tilastollisesti merkittävä ( $p=0,001$ ) yhteys. Potilaiden lukumäärän, raportin keston ja ilmaisujen lukumäärän väliset korrelaatiot sekä tilastolliset merkitsevyydet eri raportointitilaisuuksissa esitetään tarkemmin taulukossa 24.

Taulukko 24. Muuttujien väliset korrelaatiot ja niiden tilastolliset merkitsevyydet raportointitilaisuuksittain koko aineistossa.

Potilaiden lukumäärän, raportin keston ja ilmaisujen lukumäärän väliset korrelaatiot osastojen A21 ja A31 raporteilla. Tilastollisesti merkittävät tulokset on havainnollistettu punaisella värillä.	Yöhoitajan raportit	Päiväraportit	Ilta raportit
<b>Otoskoko</b>	7	13	16
<b>Potilaiden lkm ja raportin kesto</b>			
Otoksesta laskettu korrelaatiokerrion	0,29	0,37	0,77
p-arvo (1-suuntainen)	0,268	0,106	<b>0,000</b>
<b>Potilaiden lkm ja ilmaisujen lkm</b>			
Otoksesta laskettu korrelaatiokerrion	0,95	0,85	0,95
p-arvo (1-suuntainen)	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
<b>Raportin kesto ja ilmaisujen lkm</b>			
Otoksesta laskettu korrelaatiokerrion	0,42	0,63	0,75
p-arvo (1-suuntainen)	0,171	<b>0,010</b>	<b>0,000</b>

Kun yhdistettyyn raportointitilaisuuskohtaiseen aineistoon lisättiin osaston A21 aamuraportteja koskeva aineisto, todettiin raportoitujen potilaiden lukumäärän sekä raporteilla käytettyjen potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärän välillä tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p=0,000$ ) yhteys ( $r=0,65$ ). Osasto- ja raportointitilaisuuskohtaisten aineistojen yhdistämisen jälkeen myös raporteilla käytettyjen ilmaisujen yhteys raportin keston todettiin tilastollisesti merkitseväksi ( $p=0,001$ ). Taulukossa 25 esitetään muuttujien väliset korrelaatiot ja tilastolliset merkitsevyydet osasto- ja raportointitilaisuuskohtaisten aineistojen yhdistämisen jälkeen.



Taulukko 25. Muuttujien väliset korrelaatiot ja niiden tilastolliset merkitsevyydet yhdistetyssä osasto- ja raportointitilaisuuskohtaisten aineistojen yhdistämisen jälkeen.

<b>Muuttujien väliset korrelaatiot ja niiden tilastolliset merkitsevyydet yhdistetyssä osastojen A21 ja A31 havainnointitutkimusaineistossa. Tilastollisesti merkitsevät (p&lt;0,05) tulokset on havainnollistettu punaisella</b>	
<b>Otoskoko</b>	43
<b>Potilaiden lkm ja raportin kesto</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	-0,03
p-arvo (1-suuntainen)	0,433
<b>Potilaiden lkm ja ilmaisujen lkm</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,65
p-arvo (1-suuntainen)	<b>0,000</b>
<b>Raportin kesto ja ilmaisujen lkm</b>	
Otoksesta laskettu Pearsonin korrelaatiokerrion	0,47
p-arvo (1-suuntainen)	<b>0,001</b>

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

**Lähdemateriaalien luotettavuus.** Luotettavuuden parantamiseksi aiemman kirjallisuuden ja tutkimusten suhteen tulee olla kriittinen. Lähdemateriaalia arvioitaessa tulee kiinnittää huomiota lähteen ikään. Tuoreita lähteitä tulee suosia, koska katsotaan, että niihin on kiteytynyt aiempien tutkimusten tieto. Myös alkuperäisten lähteiden käyttöä tulisi suosia, sillä tieto on saattanut moninkertaisessa lainaus- ja tulkintaketjussa muuttua. Lähteen uskottavuutta ja luotettavuutta parantaa myös kirjoittajan ja julkaisijan arvovalta ja tunnettuus. Tutkimusta tehdessä olisi-kin syytä käyttää mahdollisimman tuoretta, tunnettujen tieteellisten julkaisujen artikkeliaineistoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 99 - 100.) Opinnäytetyön teoriaosuudessa käytettiin luotettavuuden lisäämiseksi lähteinä mahdollisimman tuoretta aineistoa ja alkuperäiset artikkelit ja julkaisut hankittiin, mikäli ne olivat saatavissa. Luotettavuuteen saattaa osaltaan vaikuttaa runsas englanninkielisten lähteiden määrä – vaikka niihin perehdyttiin huolellisesti, ei ole taattua, että tutkijat olisivat ymmärtäneet ja tulkinneet kaiken lukemansa niin, kuin kirjoittaja oli tarkoittanut.

**Mittarin validiteetti** tarkoittaa sitä, että mittari mittaa juuri sitä, mitä sen tulisi mitata. Mittarin validiteetin arvioinnissa esitutkimuksella on tärkeä osa, sillä esitutkimuksen avulla tutkija voi varmistaa mittarin loogisuuden, ymmärrettävyyden ja helppokäyttöisyyden. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006, 207.) Kyselytutkimuksessa käytetyn lomakkeen sisällön validiteettia arvioi opinnäytetyön ohjaaja ja lomakkeeseen tehtiin tarkennuksia saadun palautteen perusteella.

**Mittarin reliabiliteetti** tarkoittaa sitä, kuinka tarkasti mittari mittaa kiinnostuksen kohdetta. Mittarin reliabiliteettia voidaan parantaa esitestauksella ja aineistojen kerääjien kouluttamisella niin, että he toimivat havainnointitilanteissa mahdollisimman samantyyppisesti. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006, 210.) Havainnointilomaketta esitestattiin ja myös sitä uudistettiin havaittujen puutteiden perusteella mittarin reliabiliteetin parantamiseksi (kts sivu 24). Lisäksi havainnointia ja havainnointilomakkeen käyttöä harjoiteltiin (kts sivu 24), jotta havain-

nointi sujui kaikissa havainnoituissa raportointitilaisuuksissa mahdollisimman samankaltaisesti.

**Havainnointien luotettavuus.** Havainnoimalla kerätyn aineiston luotettavuuteen vaikuttaa tutkijan perehtyneisyys havainnoinnin kohteeseen sekä tutkijan ja havainnoitavien välille syntynyt suhde (Nieminen 2006, 217 – 218). Havainnointitutkimus toteutettiin niin, että toinen tutkijoista havainnoi osaston A21 suulliset raportointitilaisuudet ja toinen tutkija vastaavasti osaston A31 raportointitilaisuudet. Näin havainnoinnin kohteena olleen yksikön henkilökunnan ja tutkijan välille syntyi luottamuksellinen suhde, eikä tutkijan läsnäolo esimerkiksi näyttänyt vaikuttavan raportin antajan raportointitapoihin. Se, että tutkijat olivat henkilöinä tuttuja havainnoinnin kohteena oleville henkilöille, saattoi vähentää heidän havainnointia kohtaan mahdollisesti tuntemaa jännitystä eli vähentää tutkijavaikutusta ja näin lisätä tulosten luotettavuutta (vrt. Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006, 211 – 212).

Havainnointitutkimuksen aineiston luotettavuuden kannalta on oleellista myös havainnointiin käytetty aika. Ajan katsotaan olevan riittävä, kun ilmiöstä ei enää tule uutta esiin (Nieminen 2006, 217 – 218). Osaston A21 havainnoitujen yöhoitajien ja iltaraportin osalta tulosten luotettavuutta saattaa madaltaa se, että havainnoitujen raporttien määrä oli pienempi kuin aamu- ja päiväraporttien määrä.

Havainnointitutkimuksessa havainnoinnin kohteena olevan yhteisön tuttuus tutkijalle saattaa olla etu, mutta siitä saattaa aiheutua myös ongelmia tutkijan etukäteisasenteiden vuoksi. Tutkijan tulee olla tietoinen omista ennakkokäsityksistään ja pyrkiä objektiivisuuteen havainnoissaan. (Nieminen 2006, 218.) Se, että havainnoinnit toteutettiin strukturoidun lomakkeen avulla, vähensi tutkijoiden tutkimustulosten subjektiivista tulkinnan mahdollisuutta.

Havainnoista tulee myös tehdä muistiinpanoja, mutta tutkijan ei tule muistiinpanoissaan esittää tulkintoja tapahtuneesta, vaan asiat tulee esittää sellaisina, kuin hän ne havaitsi (Nieminen 2006, 218). Raportointitilaisuuksien yhteydessä tehtiin muistiinpanoja raportointitilaisuuksiin liittyneistä käytännöistä sekä ilmaisuista, joiden pääluokka jäi havainnoinnin yhteydessä epäselväksi. Epäselvät ilmaisut

käytiin läpi yhdessä ja siirrettiin havainnointilomakkeeseen, jotta ne eivät väärässä luokassa sijaitessaan vääristäisi tuloksia. Raportointitilaisuuksiin liittyvät muut asiat kuvattiin tutkimustuloksissa sellaisina, kuin ne todellisuudessa ilmenivät.

**Tutkimustulosten luotettavuus.** Tutkimustulosten luotettavuutta lisää käytettyjen menetelmien kuvaus niin yksityiskohtaisesti, että lukija pystyy arvioimaan menetelmien avulla saadun aineiston asianmukaisuutta ja luotettavuutta. Lukijan tulisi myös tarvittaessa menetelmäkuvauksen perusteella kyetä suorittamaan tutkimus uudelleen. (Hirsjärvi ym. 2000, 241, 251.) Työssä on luku tutkimusten toteuttamisen eri vaiheista. Siinä on pyritty kuvaamaan toteuttamista, niin, että lukija pystyy arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta ja analyysin onnistuneisuutta sekä tarvittaessa kykenee suorittamaan ne uudelleen.

Kvantitatiivisen tutkimuksen tulosten luotettavuuden kannalta oleellista on tutkimuksen tutkimustulosten yleistettävyys ja tutkimusotoksen edustavuus (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006, 211). Koska tässä tutkimuksessa otokset ( $n=9$ ,  $n=24$  ja  $n=19$ ) olivat pienet, ei tulosten perusteella voi tehdä yleispäteviä johtopäätöksiä, vaan tulosten avulla voidaan ainoastaan kuvailla kohdeorganisaatioiden raportointitilaisuuksia ilmiöinä. Koska Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Seinäjoen keskussairaalan kirurgian osastoilla on käytössä keskenään samankaltaiset raportointikäytännöt, voidaan ajatella, että osaston A21 raportointikäytäntöjä kuvaavat tutkimustulokset antavat suuntaa myös muilla kirurgisilla vuodeosastoilla vallitsevista raportointikäytännöistä. Koska myös kahden eri vuodeosaston välisissä tuloksissa oli tiettyjä yhdenmukaisuuksia, voidaan tulosten ajatella suullisten raporttien sisältöjen eri aihealueille jakautumisen osalta olevan samankaltaisia myös muilla vuodeosastoilla.

Tulosten luotettavuuden kannalta on myös tärkeää, että tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tuloksen ja aineiston välillä, ja että tutkimuksen uskottavuus voidaan todistaa tutkimustulosten todellisuutta vastaavuudella (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 37; Janhonen & Latvala 2003, 198). Tässä tutkimuksessa luotettavuutta kuvastaa sekä kyselytutkimuksen että havainnointitutkimuksen tulosten samankaltaisuus lähdeaineiston raportointitilaisuuksien merkityksiä ja raporttien sisältöjä kuvaavien tutkimusten tulosten kanssa.

Tutkimuksen luotettavuutta voi parantaa myös face-validiteetti. Siinä tutkimuksen tulokset esitetään niille henkilöille, joita aineistot koskevat, tai jotka ovat muutoin tuttuja tutkittavan ilmiön kanssa. Heitä myös pyydetään arvioimaan, vastaako tulokset tutkittua. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 139.) Sekä kyselytutkimuksen että havainnointitutkimuksen tulokset esiteltiin tutkimuksen kohteena olleiden yksiköiden henkilökunnalle ja tulokset vastasivat heidän mielestään vallitsevia raportointikäytäntöjä.

**Eettiset kysymykset** tulevat mietittäviksi tutkimusaiheen valinnassa, tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohtelussa sekä epärehellisyyden välttämässä työn kaikissa vaiheissa. Epärehellisyyden välttäminen tarkoittaa sitä, että toisten tekstiä ei plagioida, toisten tutkijoiden osuutta ei vähätellä eikä tutkimustuloksia vääristellä. (Hirsjärvi ym. 2000, 26 - 28.) Aiheen eettiseen pohdintaan kuuluu se, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan, ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Ihmisoikeudet taas muodostavat ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan. Tutkittavien suojaan kuuluu muun muassa tutkittavien osallistumisen vapaaehtoisuus ja tutkimustietojen luottamuksellisuus. Kaikkien osallistujien on myös jäätävä nimettömiksi, elleivät he ole antaneet lupaa identiteettinsä luovuttamiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 126, 128 - 129.)

Tutkimuksen eettisyys näkyy jo aiheen valinnassa; aihe on valittu yksiköiden toiminnan kehittämiseksi. Lainatessamme aineistoon kuuluneita lähteitä, olemme käyttäneet asiaan kuuluvia lähdemerkintöjä. Kirjallisuuteen ja tutkimuksiin perehtyessämme olemme sekä pyrkineet huomioimaan kaikki tiedot tasapuolisesti, että välttämään tietojen virheellistä tulkintaa.

Osastonhoitajille suunnatussa kyselylomakkeessa korostettiin vastausten luottamuksellista käsittelyä. Lomakkeissa ei kysytty vastaajien nimiä ja lisäksi tulokset pyrittiin käsittelemään niin, että vastaajien identiteetti ei pienen otoksen tutkimuksessa paljastuisi. Koska tutkijat ovat sairaanhoitopiirin palveluksessa ollessaan vaitiolovelvollisia ja tutkimus on osa sairaanhoitopiirin hallinnoimaa tutkimus- ja kehittämishanketta, ei erillistä tutkimuslupaa raportointitilaisuuksien havainnoiteja varten tarvittu vaan tutkimuksen toteuttamiseen riitti kyseisten toimintalueiden ylihoitajien suullinen lupa. Raportointitilaisuuksien havainnoinneissa ei

käytetty potilaiden tunnistetietoja eikä raportin antajia identifioitu. Esimerkiksi kaikkien iltaraporttien tiedot yhdistettiin, niistä poistettiin päivämäärät ja tulokset esitettiin niin, että raportin antajaa ei voisi tunnistaa. Tutkimuksen päätyttyä sekä osastonhoitajien vastauksia sisältävät kyselylomakkeet että raportointitilaisuuksissa käytetyt havainnointilomakkeet tuhotaan asianmukaisesti.

## 6.2 Tulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa konservatiivisten sekä operatiivisten vuodeosastojen tämän hetken raportointikäytännöt sekä kuvata tarkemmin keuhkosairauksien sekä yleiskirurgian ja traumatologian vuodeosastojen suullisiin raportointitilaisuuksiin liittyviä käytäntöjä ja suullisten raporttien tietosisältöjä. Tämän tutkimuksen mukaan sekä konservatiivisilla että operatiivisilla vuodeosastoilla potilaan hoitoa koskevan tiedon välittämiseen käytettiin työvuorojen vaihtuessa pidettäviä hoitotyön suullisia raportointitilaisuuksia. Sen sijaan raportointitilaisuuksien järjestämistavat ja -käytännöt vaihtelivat eri yksiköiden välillä – konservatiivisilla vuodeosastoilla raportointitilaisuudet pidettiin moduulikohtaisina raporteina kun taas operatiivisilla vuodeosastoilla oli käytössä kollektiivinen raportointitapa. Konservatiivisilla osastoilla käytettiin suullisen raportoinnin apuna kirjallista raportoinnin apulomaketta, kun taas operatiivisilla vuodeosastoilla vastaavaa lomaketta ei ollut käytössä. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa ilmenee, että terveydenhuollon organisaatioissa potilaan hoidon jatkuvuuden varmistamiseen käytetään työvuorojen vaihtuessa pidettäviä raportointitilaisuuksia ja näissä tilaisuuksissa tiedon välittämiseen käytetään erilaisia raportointitapoja (Isola & Laitinen 1995, 251; Lamond 2000, 794; Elovaara 2005, 81; Hays & Weinert 2006, 254; Benson ym. 2007, 80 – 84).

Osastonhoitajien kyselytutkimukseen antamista vastauksista ilmeni, että yli puolet (56 %) vastaajista arvioi raportointiin käytettävän aikaa sopivasti, viidennes (22 %) koki raportointiin käytettävän aikaa paljon ja vain 11 % näki ajankäytön liiallisena. Osastonhoitajien näkemysten mukaan suurin (79 %) raportin kestoon vaikuttava tekijä oli raportoitavien potilaiden määrä. Lisäksi raportin antajan persoonallisilla raportointitavoilla (7 %) sekä työvuoron aikana päivystyksenä saapuneiden potilaiden määrällä (7 %) arvioitiin olevan vaikutusta raportin kestoon. Myös Cur-

rien (2000, 19) ja Turulan (2000, 97, 101 - 102, 104, 111) tutkimuksissa raportin keston vaikutti potilasmäärä sekä raportin sisältö, jonka voidaan tulkita tarkoittavan potilaan hoitoa kuvaavia ilmaisuja, sekä niiden lukumäärää.

Havainnointitutkimuksen tulokset osoittivat raporttien keston tilastollisesti merkitsevästi vaikuttavien tekijöiden vaihtelevan sekä osastoittain että raportointitilaisuuksittain. Osasto- ja raportointitilaisuuskohtaisten aineistojen yhdistämisen jälkeen tulokset osoittivat potilaiden lukumäärän vaikuttavan raporteilla kerrottavien, potilaiden hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärään ja näiden ilmaisujen lukumäärän edelleen vaikuttavan raportin keston. Vaikka potilasmäärä ei tämän tutkimuksen mukaan suoranaisesti vaikuttanut raportin keston, raportoitujen potilaiden lukumäärä vaikuttanee raportin keston välillisesti ilmaisujen lisääntymisen kautta – mitä useammasta potilaasta raportti annetaan, sitä useampaa ilmaisua käytetään ja sitä kauemmin raportti kestää.

Tähän tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä yöhoitajan raportti oli lyhin ja päiväraportti pisin. Vastaavia tuloksia on saatu myös muissa tutkimuksissa, joissa lyhin raportointitilaisuus pidettiin yö- ja aamuvuoron vaihtuessa ja pisin aamu- ja iltavuoron vaihtuessa (Liukkonen 1993, 1097; Sherlock 1995 33 – 36; Lamond 2000, 798; Marjamäki-Eilola 2008, 22, 30 - 32, 34, 41 - 42, 52 ).

Kuten ei Kerrin (2002, 125 – 134) tutkimuksessa, raportointitilaisuuksiin ei tässäkään tutkimuksessa liittynyt suoranaista uusien työntekijöiden tai opiskelijoiden ohjausta kuin ainoastaan yhden opiskelijan antaman suullisen raportin osalta. Sen sijaan suullisilla raporteilla kerrottujen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen voitiin olettaa edesauttavan opiskelijoita ja uusia työntekijöitä omaksumaan yksikössä vallitsevia hoitokäytäntöjä sekä suullisen raportin antamiseen liittyviä tapoja.

Aikaisemmat tutkimukset (Kilpeläinen 1992, 45, 47 – 48; Tuomi 1994, 53 – 54, 59 – 62; Lally 1999, 29 – 36; Payne ym. 2000, 277 – 284; Hopkinsson 2002, 168; Kerr 2002, 125 – 134) osoittivat, että ennen ja jälkeen raportointitilaisuuden käydyt keskustelut edesauttoivat henkilökuntaa keskinäisten sosiaalisten suhteiden muodostamisessa ja ylläpidossa. Lisäksi se, että henkilökunta yhdessä keskusteli työhön ja potilaiden hoitoon liittyvistä hankalista asioista, voitiin tulkita vertaistu-

en antamisena. Myös tässä tutkimuksessa raportointitilaisuuksien alussa tapahtunut henkilökunnan keskinäinen sosiaalinen kanssakäyminen edusti sosiaalisten suhteiden ylläpitoa ja muodostamista edesauttavaa toimintaa. Vertaistuen antamista ja hakemista sen sijaan edusti yleiskirurgian ja traumatologian vuodeosastolla A21 joidenkin traumapotilaiden kohdalla käydyt keskustelut, joissa yhdessä pohdittiin potilaan tilanteen vaikutuksia potilaan elämään ja lähipiiriin. Keuhkosairauksien vuodeosastolla A31 hoitajien välinen vertaistuki ilmeni erityisesti syöpäpotilaiden tilanteeseen liittyneissä keskusteluissa.

Kuten aiemmissakin tutkimuksissa (Lamond 2000, 800, 803; Marjamäki-Eilola 2008, 22, 30 - 32, 34, 41 - 42, 52), myös tämän tutkimuksen tulokset osoittivat varsinaisen suullisen raportin etenevän tietystä järjestyksessä. Vuodeosastolla A21 ensimmäisenä kerrottiin potilaan nimi, huone ja potilaspaikka sekä ikä. Näiden tietojen jälkeen raporteilla kerrottiin, mikä toimenpide potilaalle oli tehty ja monettako toimenpiteen jälkeistä päivää elettiin. Keuhkosairauksien osastolla A31 potilaan nimen jälkeen kerrottiin yleensä potilaan sairaalaan tulon syy, seuraavaa päivää koskevat hoitosuunnitelmat sekä potilaan hengittämiseen liittyneet ongelmat. Osastojen välisiin eroihin vaikuttaa osastojen toiminnan erilainen luonne. Osasto A21 on operatiivinen osasto, joten potilaalle suunnitellun tai hänelle tehdyn leikkauksen sekä leikkauksen jälkeisten postoperatiivisten päivien lukumäärän kertomisen avulla hoitajat esimerkiksi suhteuttavat aikaisempiin kokemuksiinsa perustuen potilaan toipumisen edistymistä tai hoidon toteuttamisessa huomioon otettavia asioita. Keuhkosairauksien vuodeosastolla potilaan hengittämiseen liittyvien ongelmien kertominen on puolestaan keskeistä.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että suullisissa raportointitilaisuuksissa käsiteltiin usein erilaisten hoitotyön toimintojen toteuttamisen, potilaan fyysisten ongelmien sekä hoidon suunnittelun kuvaamista. Toisaalta tutkimustuloksista ilmeni, että suullisten raporttien yhteydessä tapahtui myös potilaan voinnin ja hoidon arviointia. (vrt. Liukkonen 1993, 1095 – 1100; Wallum 1995, 24 – 26; Payne ym. 2000, 281; Currie 2000, 19; Fenton 2006, 32 – 36; Marjamäki-Eilola 2008, 22, 30 - 32, 34, 41 - 42, 52.)



Tutkimus osoitti, että vaikka raportointitilaisuuksien havainnoinnit toteutettiin eri havainnoijien toimesta toimintafilosofialtaan ja -tavoiltaan erilaisissa ympäristöissä (keuhkosairauksien vuodeosasto vs. yleiskirurgian ja traumatologian vuodeosasto), suullisten raporttien sisältöjen aihealueittaiset jakautumisen noudattelivat molemmilla osastoilla samoja linjoja – potilaan perustietojen kertomisen jälkeen molemmilla osastoilla kuvattiin lähes yhtä usein potilaan hoidon toteutusta, ongelmia, hoidon suunnittelua sekä arviointia. Potilaan perustietoja kuvaavien ilmaisujen painottumiseen liittyviä eroja saattaa osaltaan selittää osastolla A31 käytössä ollut kirjallinen suullisen raportoinnin apulomake, sillä siihen oli valmiiksi kirjattu esimerkiksi potilaan perustiedot, jolloin kyseisiä asioita ei raportilla enää välttämättä erikseen mainittu. Toisaalta perustietojen osuuden olisi olettanut olevan osastolla A31 pienempi, sillä perustietoihin sisältyneet asiat löytyivät valmiiksi kirjattuna raportointitilaisuuksissa jaetuista kirjallisista raportointilomakkeista. Osastolla A21 perustiedot sen sijaan kerrottiin kuulijoille suullisesti lähes aina ja kaikista potilaista.

Keuhkosairauksien osaston A31 tutkimustulokset osoittivat, että osaston suullisilla raporteilla ei käytetty potilaiden hoitosuunnitelmia tietolähteenä, joten potilaan vointia ja hoidon toteutusta kuvailtiin lähinnä suullisen raportoinnin apulomakkeesta sekä muistinvaraisesti (vrt. Wallum 1995, 24 – 26; Kennedy 1999, 391 – 394; Currie 2000, 19; Sexton ym. 2004, 37 – 42; Elovaara 2005, 79 - 81, 83). Lisäksi osastoa A31 koskevissa tutkimustuloksissa ilmeni, että suurin osa raportointitilaisuuksissa suullisesti välitetyistä tiedoista löytyi kirjallisesta raportoinnin apuna käytetystä lomakkeesta, joka jaettiin jokaiselle raportointitilaisuuteen osallistuvalla hoitajalle. Kirurgian vuodeosastolla A21 raportointitilaisuuksissa välitetty tieto sen sijaan pohjautui potilaiden hoitokertomustietoihin.

### **6.3 Johtopäätökset**

Tutkimustulokset antavat näyttöön perustuvaa tietoa tutkimuksen kohteena olleiden vuodeosastojen raportointikäytännöistä. Tulosten avulla henkilökunnan voi olla helpompi tarkastella osastoilla vallitsevia raportointikäytäntöjä kriittisemmin kuin pelkkään ”musta tuntuu” -tietoon perustuen.

Tutkimustulosten avulla saatiin näkemys tutkimuksen kohteena olleiden osastojen suullisiin raportointitilaisuuksiin liittyneistä käytännöistä ja tavoista, suullisten raporttien sisällöistä sekä suullisten raporttien keston vaikuttaneista tekijöistä. Tutkimuksessa kävi ilmi raportointitilaisuuksien tiedonvälitykseen, työntekijöiden välisiin sosiaalisten suhteiden muodostamiseen ja ylläpitoon, vertaistukeen sekä opiskelijoiden ohjaukseen ja uusien työntekijöiden perehdyttämiseen liittyneet merkitykset.

Vaikka tutkimustulokset osoittivat suullisiin raportointitilaisuuksiin liittyneiden käytäntöjen vaihtelevan eri osastojen välillä, tulosten mukaan suullisten raporttien sisältöjen eri aihealueille jakautuminen noudatti molemmilla osastoilla samoja linjoja. Tämä saattaa kertoa siitä, että hoitajat eri toimintaympäristöstä huolimatta tarvitsevat samantyyppisiä tietoja voidakseen hoitaa potilasta. Toisaalta tulokset saattavat kuvastaa suullisten raportointikäytäntöihin liittyviä perinteitä sekä niiden siirtymistä henkilökunnan ja opiskelijoiden välityksellä osastolta toiselle. Koska kahden eri vuodeosaston välisissä tuloksissa oli tiettyjä yhdenmukaisuuksia, voidaan tulosten ajatella suullisten raporttien sisältöjen eri aihealueille jakautumisen osalta olevan samankaltaisia myös muilla vuodeosastoilla. Etenkin yhdenmukaisuuksien voisi olettaa vallitsevan keuhkosairauksien vuodeosaston ja muiden konservatiivisten vuodeosastojen välillä kuin myös yleiskirurgian ja traumatologian vuodeosaston sekä muiden operatiivisten vuodeosastojen välillä.

Tutkimustulosten mukaan suullisten raportointitilaisuuksien keston oli tilastollisesti merkitsevää ( $p=0,001$ ) vaikutusta suullisissa raporteissa käytettyjen, potilaan hoitoa kuvaavien ilmaisujen lukumäärällä. Vastaavasti raportoitujen potilaiden lukumäärän todettiin vaikuttavan tilastollisesti erittäin merkitsevästi ( $p=0,000$ ) suullisilla raporteilla käytettyjen ilmaisujen lukumäärään. Vaikka potilaiden lukumäärällä ei tässä tutkimuksessa osoitettu olevan tilastollisesti merkitsevää lineaarista yhteyttä raportin keston, raportoitujen potilaiden lukumäärän kasvu pidentänee raportin kestoja välillisesti raportilla kerrottujen ilmaisujen lukumäärän lisääntymisen myötä. Näin ollen sillä, millaista tietoa suullisilla raporteilla välitetään ja miten potilaan hoitoa raporteilla kuvaillaan, on merkitystä raportointitilaisuuden keston.

#### 6.4 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen tulokset esiteltiin vuodeosaston A21 henkilökunnalle osastopalaverin yhteydessä. Henkilökunta koki tulokset mielenkiintoisina ja piti niitä käytäntöä totuudenmukaisesti kuvaavina. Henkilökunnan mukaan tulosten avulla oli mahdollista myös tarkastella omia raportointiin liittyviä toimintatapoja ja -käytäntöjä kriittisesti. Lisäksi keskusteltiin myös siitä, miten suullista raportointia voitaisiin osastolla kehittää. Keskustelun myötä kävi ilmeiseksi, että vaikka suulliseen raportointiin kului kohtuullisen paljon työaika, käytännöstä ei haluttu luopua. Sen sijaan henkilökunta ilmasi halukkuutensa kehittää suullisia raportteja niiden sisällön kirjallisella ohjeistamisella, jotta suulliset raportit olisivat nykyistä tiiviimpiä, tasalaatuisempia ja ne sisältäisivät erityisesti kuulijoiden kannalta oleellisia asioita.

Esiteltäessä tutkimustuloksia osaston A31 henkilökunnalle, kävi ilmi, että henkilökunta ei halunnut luopua käytössä olleen kirjallisen raportointilomakkeen käytöstä eikä myöskään täysin suullisista raportointitilaisuuksista. Myös osaston A31 henkilökunta ilmasi halukkuutensa kehittää suullisten raporttien sisältöä nykyistä tiiviimmiksi, tasalaatuisemmiksi ja oleellista tietoa sisältäviksi. Lisäksi toivottiin kirjallisen raportointilomakkeen käytön tehostamista ja nykyistä parempaa hyödyntämistä niin, että lomakkeen sisältämiä tietoja toistettaisiin suullisilla raporteilla mahdollisimman vähän. Lisäksi henkilökunta toivoi kirjallista ohjeistusta suullisen raportin sisällöstä ja antamisesta.

Jatkossa tulisikin yhdessä henkilökunnan kanssa pohtia, mikä on osastoilla järjestettävien raportointitilaisuuksien keskeinen tehtävä. Onko raporttien tarkoituksena välittää potilaan hoidon kannalta oleellista tietoa seuraavan työvuoron henkilökunnalle, vai onko suullisilla raporteilla lueteltujen, toteutettujen hoitotyön toimintojen tarkoitus todistaa kuulijoille työvuoronsa päättävien hoitajien ahkeruutta? Lisäksi tulisi pohtia millaista potilaan hoitoon liittyvää tietoa on järkevää kuulijoiden näkökulmasta tarkastellen välittää suullisesti ja mitä ei. Keskustelujen perusteella osastoille tulisi laatia ohje, josta selviäisi osastolla yhteisesti sovitut, suullisen raportin antamiseen liittyvät käytännöt kuin myös suullisten raporttien optimaaliset sisällöt. Osastojen henkilökunnan tulisi myös pohtia millaista rapor-

tointiin käytetyn työajan osuutta voidaan pitää sopivana ja miten raportoinnista mahdollisesti vapautuva työaika voitaisiin muuten hyödyntää. Suullisiin raportointitilaisuuksiin kohdistuneiden kehittämistoimenpiteiden jälkeen tätä tutkimusta varten laadittua havainnointilomaketta voidaan käyttää raportointitilaisuuksien uudelleen havainnoinnissa ja tapahtuneen mahdollisen muutoksen arvioinnissa.

Koska raportointitilaisuuksien havainnointilomake laadittiin organisaatiossa käytössä olleen hoitoisuusluokitusmittarin hoitotyön osa-alueiden pääluokkien mukaisesti, tämän tutkimuksen aineisto voitaisiin analysoida myös kyseisten osa-alueiden perusteella. Näin saataisiin selville, jakautuvatko suullisilla raporteilla kerrotut, potilaan hoitoa kuvaavat ilmaisut kyseisille osa-alueille samansuuntaisesti kuin osaston hoitotyön toteutus hoitoisuusluokitusmittausten mukaan jakautuu. Mahdolliset yhteneväisyydet antaisivat tietoa hoitoisuusluokitusmittarin käytön luotettavuudesta, sillä hoitoisuusluokitusmittarilla tulisi arvioida toteutettua hoitoa ja suullisilla raporteilla usein kuvaillaan juuri hoidon toteutusta.

## LÄHDELUETTELO

Anttila, Kyllikki – Kaila-Mattila, Tuulikki – Kan, Suvi – Puska, Eeva-Liisa & Vihunen Riitta 2001. Hoitamalla hyvää oloa. Porvoo: WSOY.

Benson, Ember – Rippin-Sisler, Catherine – Jabusch, Kimberly & Keast, Shelley 2007. Improving Nursing Shift-to-Shift Report. *Journal of Nursing Care Quality*. Vol 22, nro 1, 80-84.

Burke, Thomas A – McKee, Jerry R–Wilson, Helen C – Donahue, Rafe M.J – Batenhorst, Alice S & Pathak, Dev S 2000. A Comparison of Time-and-Motion and Self-Reporting Methods of Work Measurement. *Journal of Nursing Administration*. Vol 30, nro 3, 118 – 125.

Cardona, Providencia – Tappen, Ruth M. – Terril, Mildred – Acosta, Mildred & Eusbe, Maria 1997. Nursing Staff Allocation in Long-Term Care: A Work Sampling Study. *Journal of Nursing Administration*. Vol 27, nro 2, 28 – 36.

Currie, Jane 2000. Audit of nursing handover. *Nursing Times*. Vol 96, nro 42, 19.

Davies, Stephanie & Priestley, Michael J 2006. A Reflective evaluation of patient handover practices. *Nursing Standard*. Vol 20, nro 20, 49-52.

Dowding, Dawn 2001. Examining the effects that manipulating information given in the change of shift reports has on nurses' care planning ability. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 33, nro 6, 836 – 846.

Eloranta, Pia 2007. Hoitohenkilökunnan työn sisältö ja työajan käyttö vanhainkodissa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Elovaara, Airi 2005. Raportointikäytännön kehittäminen. Esimerkkinä Oulun yliopistollisen sairaalan sisätautien tulosityksikkö. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos.

Fagerström, Lisbeth & Rauhala, Auvo 2003. Finnhoitoisuus – hoitotyön benchmarking. Projektin loppuraportti 2000 – 2002. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Fenton, Wendy 2006. Nursing older people. Vol 18, nro 11, 32 – 36.

Finnilä, Maija 2000. Tarve, tuotanto ja kustannukset. Julkaisematon lähde.

Finnish Consulting Group 2008. RAFAELA [online]. [Viitattu 11.1.2009]. Saatavilla www-muodossa: >URL:<http://www.efeko.fi/fin/mittarit/rafaela/>

Fitzgerald, Mary – Pearson, Alan – Walsh, Ken – Long, Lesley & Heinrich, Naomi 2003. Patterns of nursing: a review of nursing in a large metropolitan hospital. Journal of Clinical Nursing. Vol 13, nro 3, 326 – 332.

Gran-Moravec, Marilyn B. & Hughes, Christina M 2005. Nursing time allocation and other considerations for staffing. Nursing and Health Sciences. Vol 7, nro 2, 126 – 133.

Hakes, Brian & Whittington John 2008. Assessing the Impact of an Electronic Medical Record on Nurse Dokumentation Time. CIN: Computers, Informatics, Nursing. Vol 26, nro 4, 234 – 241.

Harrison, Lynne & Nixon, Gillian 2002. Nursing Activity in general intensive care. Journal of Clinical Nursing. Vol 11, 158-167.

Hartikainen, Tuija 2008. Sairaanhoidajien kokemuksia sähköisen potilastietojärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Hays, Mary M. & Weinert Clarann 2006. A Dramaturgical Analysis of Shift Report Patterns with Cost Implications: A Case Study. Nursing Economics. Vol 24, nro 5, 253 – 262.

Heikkilä, Tarja 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hendrich, Ann – Chow, Marilyn – Skierczynski, Boguslaw A & Lu, Zhenqiang 2008. A36 –Hospital Time and Motion Study: How Do Medical-Surgical Nurses Spend Their Time? The Permanente Journal. Vol 12, nro 3, 25–34.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2000. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tammi Oy.

Hopkinsson, Jane B 2001. The hidden benefit: the supportive function of the nursing handover for qualified nurses caring for dying people in hospital. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 11, nro 2, 326 – 332.

Isola, Arja & Laitinen, Pirjo 1995. Hoitotyön sisältö ja hoitohenkilöstön työajankäyttö geriatriisella osastolla. *Hoitotiede*. Vol 7, nro 5, 249 -255

Kennedy, Joan 1999. An evaluation of non-verbal handover. *Professional Nurse*. Vol 14, nro 6, 391-394.

Kerr, Micky P 2002. A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 37, nro 2, 125 – 134.

Kilpeläinen, Lea 1992. Työvuorojen vaihtuessa pidettävien suullisten tiedotustilaisuuksien tehtävät terveyskeskuksen vuodeosastolla. Opinnäytetutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos.

Korst, Lisa M – Eusebio-Angeja, Alea, C – Chamorro, Terry – Aydin Carolyn E. & Gregory, Kimberly D 2003. Nursing Documentation Time During Implementation of an Electronic Medical Record. *Journal of Nursing Administration*. Vol 33, nro 1, 24 – 30.

Kyngäs, Helvi - Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3 - 12.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.

Lally, S 1999. An investigation into functions of nurses' communication at the inter-shift handover. *Journal of Nursing Management*. Vol 7, 29-36.

Lamond, Dawn 2000. The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 31, nro 4, 794 - 804.

Latvala, Eila & Vanhanen-Nuutinen, Liisa 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, Sirpa - Nikkonen, Merja (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

Lauri, Sirkka 1997. Toimintatutkimus. Teoksessa: Paunonen, Marita. & Vehviläinen-Julkunen, Katri. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Lee, Ting-Ting – Mills, Mary Etta & Lu, Ming-Huei 2008. Impact of Nursing Information System on Practice Patterns in Taiwan. CIN: Computers, Informatics, Nursing. Vol 26, nro 4, 207 – 214.

Leino-Kilpi, Helena 2006. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen? Teoksessa: Paunonen, Marita. & Vehviläinen-Julkunen, Katri. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Liukkonen, Arja 1993. The content of nurses' oral shift reports in homes for elderly people. Journal of Advanced Nursing. Vol 18, nro 7, 1095 – 1100.

Louet-Lehtoniemi, Tuulikki 2003. Neurokirurgisen hoitotyön toimintoluokitus. Oulu-hoitotisuusluokituksen osa-alueisiin ryhmitelty luokitus valvontahuoneen hoidollisen päätöksenteon ja dokumentoinnin tueksi. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnonlaitos.

Lundgren Solveig & Segesten Kerstin 2001. Nurses' use of time in a medical-surgical ward with all-RN staffing. Journal of Nursing Management. Vol 9, nro 1, 13-20.

Marasovic, Caroline – Kenney, Christopher – Elliot, Doug & Sindhusake, Doungkamol 1997. A Comparison of Nursing Activities Associated with Manual and Automated Documentation in an Australian Intensive care Unit. Computers in Nursing. Vol 15, nro 4, 205-211.

Marjamäki-Eilola, Oili 2008. Raportointinäkömän suunnittelu Esko-potilastietojärjestelmään tukemaan hoitotyön raportointia. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Luonnontieteellinen tiedekunta. Tietojenkäsittelytieteiden laitos.



Meissner, Anne – Hasselhorn, Hans-Martin – Estry-Behar, Madeleine – Nèzet, Olivier – Pokorski, Janusz & Gould Dinah 2007. Nurses' perception of shift handovers in Europe – results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 57, nro 5, 535 – 542.

Nieminen, Heli 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, Marita. & Vehviläinen-Julkunen, Katri. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY.

Partanen, Pirjo 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja.

Payne, Sheila – Hardey, Michael & Coleman, Peter 2000. Interactions between nurses during handovers in elderly care. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 32, nro 2, 277 – 285.

Potilasvahinkolaki 1986/585.

Porri, Päivi 2001. Hoidon jatkuvuus kotihoidon yöpartiopalvelussa. Pro gradu - tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos, terveydenhuollon koulutusohjelma, hallinnon suuntautumisvaihtoehto. Tampereen yliopisto.

Puumalainen, Anne – Långstedt, Karin & Eriksson, Elina 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedon välitykseen. *Tutkiva hoitotyö*. Vol 1, nro 1, 4 – 9.

Qualisan 2005. RAFAELA™ hoitoisuusluokitusjärjestelmän ohjeisto OPCq. Versio 1.1 – 052005. Julkaisematon lähde.

Schroeder, Sarah Jane 2006. Picking up the PACE: A new template for shift report. *Nursing* 2006. Vol 36, nro 10, 22 – 23.

Sexton, Amanda – Chan, Connie – Elliot, Malcom – Stuart, John – Jayasuria, Rohan & Crookes, Patrick 2004. Nursing handovers: do we really need them? *Journal of Nursing Management*. Vol 12, nro 1, 37 – 42.

Sherlock, Caroline 1995. The patient handover: a study of its form, function and efficiency. *Nursing Standard*. Vol 9, nro 52, 20 – 26.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2001. Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. *Oppaita* 2001:3. [online]. [Viitattu 27.11.2008]. Saatavilla www-muodossa:

>URL:<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/potilasopas/opas.htm#2><

Taanila, Aki 2009. Korrelaatio. [online]. [Viitattu 22.3.2009]. Saatavilla www-muodossa: >URL: <http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/k/korre.htm><

Telaranta, Sirkka 1997. *Hoitotyön hallinto*. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Tuomi, Paula 1994. *Hoitajien käsityksiä vuodeosastojen raporttitilaisuuksista*. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Helsinki: Tammi.

Turula, Anne 2000. `Mitä ei ole dokumentoitu ei myöskään ole tehty. Tietokoneavusteiseen ja manuaaliseen hoitosuunnitelmaan perustuvan, kirjallisen ja suullisen tiedonvälityksen vertailututkimus Oulu -hoitoisuusluokitusta apuna käyttäen. Pro Gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Upenieks, Valda V. – Akhavan, Jaleh – Kotlerman, Jenny – Esser Jennifer & Ngo, Myha J 2007. Value-Added Care: A New Way of Assessing Nursing Staffing ratios and Workload Variability. *The Journal Of Nursing Administration*. Vol 37, nro 5, 243 – 252.

Upenieks, Valda V 1998. Work Sampling; Assessing Nursing Efficiency. *Nursing Management*. Vol 29, nro 4, 27 -29.

Urden, Linda D & Roode, Jeanne L 1997. Work Sampling: A Decision-Making Tool for Determining Resources and Work Redesign. *Journal of Nursing Administration*. Vol 27, nro 9, 34 – 41.

Vehviläinen-Julkunen, Katri & Paunonen Marita 2006. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, Marita. & Vehviläinen-Julkunen, Katri. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY.

Wallum, Ray 1995. Using care plans to replace the handover. *Nursing Standard*. Vol 9, nro 32, 24 – 26.

Williams, Alison Jane 1998. Managing change in the nursing handover. *Nursing Standard*. Vol 12, nro 18, 39 – 42.

Wilson, Mary Jane 2007. A Template for Safe and Concise Handovers. *Medsurg Nursing*. Vol 16, nro 3, 201 – 206.

## **LIITELUETTELO**

Liite 1. Hoitohenkilöstön työajankäyttöä koskevat tutkimukset.

Liite 2. Hoitotyön suullista raportointia kuvaavat tutkimukset.

Liite 3. Kyselylomake osastonhoitajille.

Liite 4. Suullisten raportointitilaisuuksien havainnointilomake.

Liite 5. Osastolla A31 käytössä oleva kirjallinen raportoinnin apulomake