



Vuoteenvierusraportoinnilla voi edistää potilasturvallisuutta ja potilaan osallisuutta: kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Johanna Salmivuori

2021 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Vuoteenvierusraportoinnilla voi edistää potilasturvallisuutta
ja potilaan osallisuutta: kuvaileva kirjallisuuskatsaus**

Johanna Salmivuori
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Huhtikuu 2021

Johanna Salmivuori

Vuoteenvierusraportoinnilla voi edistää potilasturvallisuutta ja potilaan osallisuutta: kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Vuosi

2021

Sivumäärä

97

Vuoteenvierusraportoinnilla tarkoitetaan hoitajien vuoronvaihtoraportin tapahtumista potilaan vuoteen äärellä niin, että potilaan on tarkoitus olla aktiivisena osallistujana osana raporttia. Tämä raportointimalli mahdollistaa oikein käytettynä potilaan osallisuutta, itsemääräämisoikeuden käyttöä sekä vastaa potilaan tiedonsaannin oikeuteen.

Työn tavoitteena oli koota tietoa vuoteenvierusraportoinnin käytön vaikutuksista yleensä, ja erityisesti vanhuspsykiatrian puolella, sekä siitä, miten potilaan osallisuutta voidaan sen yhteydessä edistää. Tarkoitus on tutkitun tiedon avulla implementoida vuoteenvierusraporttimalli tilaajan yksikköön, jotta potilaan ääni pääsee paremmin kuuluville.

Aineistonkeruu toteutettiin pääasiassa CINAHL-, Medline-, APA PsycArticles-, ProQuest Central- ja Pubmed-tietokantoihin, jonka lisäksi aineistoa kerättiin manuaalisella haulilla. Aineisto analysoitiin käyttämällä aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Vanhuspsykiatrian puolelta ei ole tehty vielä riittävästi tutkimusta vuoteenvierusraportin käytöstä, mutta näyttäisi siltä, että psykiatrian puolella vuoteenvierusraportoinnin käytössä esiintyy kuitenkin omia erityispiirteitä. Tutkimuksessa todettiin, että vuoteenvierusraportin käytöllä on huomattavasti enemmän positiivisia kuin negatiivisia vaikutuksia potilaaseen. Negatiiviset vaikutukset ovat kuitenkin ehkäistävissä asianmukaisella toiminnalla. Lisäksi tunnistettiin potilaan osallisuuden edistäjiä sekä esteitä, mistä suurin osa liittyy hoitajan toimintaan. Tärkeimpiä toimenpiteitä, millä potilaan osallisuutta voi edistää ja esteitä poistaa, on hoitajien ymmärryksen lisääminen ja hyvä henkilöstökoulutus.

Tässä työssä käytettiin enimmäkseen hyvälaatuisia tutkimuksia ja niiden tulokset olivat melko yhteneväisiä, minkä vuoksi tulokset ovat pienellä varauksella yleistettävissä. Tulevaisuudessa tarvitaan kuitenkin lisää tutkimusta vuoteenvierusraportin käytöstä, varsinkin psykiatristen ja muiden haavoittuvien potilaiden parissa.

Asiasanat: vuoteenvierusraportointi, potilasturvallisuus, osallisuus, itsemääräämisoikeus, potilaskeskeisyys, yksityisyys

Johanna Salmivuori

Bedside shift report can enhance patient safety and participation: a descriptive literature review

Year 2021

Pages

97

Bedside shift report means a form of nursing handover that takes place next to a patient's bedside, and in which the patient is supposed to act as an active participant. Appropriately used, this form of nursing handover can enable patient participation, involvement and self-determination, and work as a way for the patients to receive information about their conditions, as is their right.

The aim of this research was to gather researched information about the effects of the use of bedside shift report, especially with elderly psychiatric patients, and to gain information about how patient's participation and involvement can be enhanced in this context. The purpose is to implement bedside shift report into the unit that has ordered this research.

The data for this thesis was collected mainly by executing searches from CINAHL, Medline, APA PsycArticles, ProQuest Central and Pubmed databases. Some of the data was also collected by a manual search. The data was analysed with a data-driven content analysis.

Insufficient research has been made about the use of bedside shift report with elderly psychiatric patients. However, it appears that there are some special features in the use of the bedside shift report with psychiatric patients. In this thesis it was discovered that there are notably more positive than negative effects on the patient when using bedside shift report. The negative effects, however, can be avoided if the report is used appropriately. In addition, various factors were recognised in enhancing and preventing patient participation and involvement, most of which are connected to how the nurses act. The most important measures with which the patient participation can be advanced, is to add to the understanding of the nurses by educating them.

Mostly researches of a good quality were used in this thesis. Furthermore, the results of the researches were also quite similar, which makes the results generalisable with some reservation. In the future, more research is needed about the use of bedside shift report, especially with psychiatric and other vulnerable patient groups.

Keywords: bedside shift report, patient-centered care, patient safety, participation, involvement, privacy

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen viitekehys	6
2.1	Työn tilaajan toimintaympäristön kuvaus	6
2.2	Vuoteenvierusraportointi	7
2.3	Ikääntyneet	8
2.4	Psykiatrinen hoitotyö	8
2.4.1	Vanhuspsykiatrian erityispiirteitä	10
2.5	Lainsäädäntö hoitotyössä	10
2.6	Eettisyys hoitotyössä	12
3	Menetelmät	13
3.1	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	13
3.2	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	14
3.3	Aineistonkeruu.....	15
3.3.1	Mukaanotto- ja poissulkukriteerit	16
3.3.2	Aineistonkeruun kulku	17
3.4	Aineiston analyysi	19
3.4.1	Analyysin tekeminen	21
4	Tulokset	22
4.1	Aineiston kuvailu	22
4.2	Vuoteenvierusraportointi vanhuspsykiatriassa	25
4.3	Vuoteenvierusraportoinnin vaikutukset potilaaseen	26
4.3.1	Vuoteenvierusraportoinnin positiiviset vaikutukset potilaaseen.....	27
4.3.2	Vuoteenvierusraportoinnin negatiiviset vaikutukset potilaaseen	29
4.4	Potilaan osallisuuden tukeminen vuoteenvierusraportoinnissa	30
4.4.1	Potilaan osallisuuden edistäminen	31
4.4.2	Potilaan osallisuuden esteet	33
5	Pohdinta	34
5.1	Tulosten arviointi ja hyödynnettävyys	34
5.1.1	Tutkimuksen tulosten pohdintaa teoreettiseen viitekehykseen peilaten...	37
5.2	Johtopäätökset	38
5.3	Tutkimuksen eettisyys.....	39
5.4	Tutkimuksen luotettavuus	40
	Lähteet.....	42
	Kuviot	47
	Taulukot	47
	Liitteet	48

1 Johdanto

Potilaan osallisuus, itsemääräämisoikeuden toteutuminen ja tiedonsaanti ovat kaikki tärkeitä näkökulmia tämän päivän hoitotyössä (Osallisuus 2019; Potilaan oikeudet 2016, 5). Jatkuvasti pyritään kohti potilaskeskeisempää ja -turvallisempaa toimintakulttuuria. Potilaan toivotaan olevan aktiivisessa roolissa ja ottamaan vastuuta omasta hoidostaan (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009). Hoitotyössä kehitelläänkin jatkuvasti keinoja ja tapoja, millä nämä voisivat toteutua ja potilaan ääni tulla todella kuulluksi.

Vuoteenvierusraporttia on ajateltu yhdeksi tällaiseksi työkaluksi, jolla potilaan osallisuutta ja aktiivisuutta voitaisiin lisätä. Vuoteenvierusraportilla tarkoitetaan hoitajien vuoronvaihtoraporttia, joka tapahtuu perinteisesti kansliassa pidettävän raportin sijaan potilaan vuoteen vierellä (Ofori-Atta, Binienda, Chalupka 2015, 1). Hoitajien vuoronvaihtoraportti tapahtuu vuoronvaihdon yhteydessä, kun edellisen vuoron hoitaja raportoi seuraavaan vuoroon tulijalle potilaan tiedot sekä edellisen vuoron tapahtumat (Athanasakis 2013, 300). Tarkoituksena on, että vuoteenvierusraportissa potilas on aktiivisessa roolissa yhtenä raportille osallistujana. Raportin aikana potilas saa tietoa omasta tilanteestaan, mutta myös pystyy jakamaan tietoa hoitajilleen. (Rush 2012, 41-43.)

Tässä työssä kartoitetaan sitä, millaisia asioita on tutkittu vuoteenvierusraportoinnin käytöstä vanhuspsykiatriassa ja yleensä hoitotyössä, erityisesti potilaan näkökulmasta sekä millaiset asiat edistävät tai ehkäisevät potilaan osallisuutta raportille osallistuessa. Työn tavoitteena on, että tilaaja voi hyödyntää tutkimuksen tuloksia vuoteenvierusraportoinnin implementoimisessa omaan yksikköönsä.

2 Teoreettinen viitekehys

Tässä luvussa käydään ensin läpi tutkimuksen tilaajan toimintaympäristöä, jonka jälkeen tutustutaan vuoteenvierusraportointiin, ikääntyneisiin ja psykiatriseen hoitoon ilmiöinä. Lisäksi käydään hiukan läpi lainsäädäntöä, potilaan oikeuksia sekä hoitotyön näkökulmaa potilaan osallisuuteen ja yksityisyyteen.

2.1 Työn tilaajan toimintaympäristön kuvaus

Tämän työn tilaajana toimii osasto, joka on erikoistunut vanhuspsykiatriaan. Osasto on geropsykiatrinen psykoosiosasto, jossa hoidetaan ikääntyneitä psykiatrisia potilaita, joilla on diagnooseja, kuten psykoosi, akuutti masennus, mania, akuutti sekavuustila, muistisairauden pahentuva tila jne.

Osastolla on käytössä omahoitajasysteemi, mikä tarkoittaa, että jokaisella potilaalla on oma hoitoryhmä, ja hänelle on nimetty kolme omaa hoitajaa sekä oma nimetty lääkäri. Jokaisessa vuorossa pyritään siihen, että potilasta hoitaa vastuuhoitaja. Aamuvuorossa hoitajia on töissä viisi, iltavuorossa neljä ja yövuorossa kaksi.

Tällä hetkellä osastolla on käytössä perinteinen suullinen raportointi. Toiveena on kuitenkin keventää perinteistä raportointia ja saada siihen potilaan ääni paremmin kuuluviin. Tavoitteena on tässä työssä kerätyn tiedon avulla kehittää osaston raportointisysteemiä lähemmäs vuoteenvierusmallia niin, että potilas kykenee entistä paremmin vaikuttamaan omaan hoitoonsa sekä saamaan tietoa omaan tilaansa liittyen sekä oman äänensä kuuluville.

2.2 Vuoteenvierusraportointi

Vuoronvaihtoraportti on luotettavaa ja tarkkaa informaation välittämistä vuoron vaihdon yhteydessä. Se on elintärkeää, jotta terveydenhuolto pysyy korkealaatuisena. (Gordon & Findley 2011, 1082.) Hoitajien vuoronvaihtoraportit ovat jokapäiväinen kliininen hoitajien käytäntö, mikä tapahtuu aina vuoron vaihdon yhteydessä. Tarkoituksena on siirtää ammatillinen vastuu potilaan hoidosta seuraavalle. Vuoronvaihtoraporttien käytännöt vaihtelevat eri yksiköissä ja niiden muodot voivat olla erilaisia. Vuoronvaihtoraportti voi olla suullinen, nauhalle äänitetty, kirjallinen, eli hiljainen raportti, tai tapahtua potilaan vuoteen äärellä. Melkein aina raportti tapahtuu hoitajien kansliassa tai sille määrättyssä hoitajien huoneessa, mutta vuoronvaihtoraportti voi myös tapahtua potilaan vuoteen vierellä potilaan ollessa läsnä. (Athanasakis 2013, 300-301.)

Vuoteenvierusraportoinnin etuja ovat potilaan lisääntynyt tietous omasta tilastaan ja hoidostaan, potilaan ja tämän omaisten kohonnut tyytyväisyys sekä henkilökunnan lisääntynyt tiimityöskentely (Rush 2012, 41). Perinteisen hoitajien kansliassa tapahtuvan raportoinnin sijaan, potilaan vuoteen vierellä tapahtuva raportointi antaa potilaalle tunteen, että hän kuuluu joukkoon ja on osa terveydenhoitotiimiä (Ofori-Atta ym. 2015, 1). Potilaalla on oikeus saada tietoa omasta tilastaan, ja sitä vuoteenvierusraportointi tukee (Holappa, Juvonen, Kariniemi, Niskala, Kyngäs & Heikkilä 2019).

Potilaan osallistumista vuoteenvierusraportointiin voidaan tukea monella tavalla. Potilaalle kerrotaan etukäteen mahdollisuudesta osallistua vuoteenvierusraportointiin sekä siitä, kuinka raportointi tapahtuu ja mikä potilaan rooli siinä on. Tilanteessa tulee aina olla potilaan osallistumista rohkaiseva ilmapiiri, mihin vaikuttaa esimerkiksi ammattisanaston käyttämisen sekä potilaasta kolmannessa persoonassa puhumisen välttäminen ja vastavuoroinen puhuminen, missä potilasta kuunnellaan. Lisäksi kaikkea potilaaseen liittyvää tietoa tulee käsitellä hienovaraisesti ja ammattimaisesti, huolehtien potilaan yksityisyyden säilymisestä. Vuoteenvierusraportointi tulee myös suunnitella aina potilaan tilanteeseen sopivaksi. (Holappa ym. 2019.)

2.3 Ikääntyneet

Ikääntymiseen kuuluu fysiologisia muutoksia, jotka ovat yksilöllisiä ja palautumattomia, etenevät hitaasti sekä vähentävät elimistön kapasiteettia. Vanhenemismuutokset voivat esiintyä samanlaisessa asussa kuin sairaus, joten näiden toisistaan erottaminen on tärkeää, jotta ikääntynyt välttyy ylidiagnosoinnilta, ylihoitamiselta, autonomian menetykseltä ja elämänlaadun heikkenemiseltä. (Tilvis 2016, 20.) Fysiologisten muutosten lisäksi ihmisen kognitiiviset toiminnot heikkenevät ikääntyessä, alkaen jo keski-ikässä (Vuoksimaa 2019, 1075).

Kognitiivisilla toiminnoilla tarkoitetaan tiedonkäsittelyssä tarvittavia toimintoja, kuten havaintotoimintoja, psykomotoriikkaa, tarkkaavaisuutta, ajan ja tilan hahmottamista, kielellisiä toimintoja, toiminnanohjausta, muistamista ja oppimista (Suutama 2004, 76). Kognitiivinen ikääntyminen on aina yksilöllistä (Vuoksimaa 2019, 1075).

Ikääntyessä lisääntyvät näkö- ja kuulo-ongelmat häiritsevät aistitoimintoja, jonka lisäksi ikääntyneiden tarkkaavaisuuden on todettu olevan heikompaa kuin nuorempien. Nämä aisti- puutokset sekä heikentynyt tarkkaavaisuus ja keskittymiskyky vaikeuttavat havaintojen tekemistä ja tiedonkäsittelyä. Ikääntyessä myös muisti heikkenee, mikä vaikuttaa myös oppimisen heikkenemiseen, sillä oppiminen on informaation prosessoimista, mikä määrittellään muistin osa-alueeksi. (Suutama 2004, 77-84.)

Ikääntyessä erilaiset sairaudet sekä iän tuoma hauraus ja raihnaus aiheuttavat erilaisia toiminnanvajeita. Toiminnanvajauksen osa-alueita voivat olla sosiaalinen, fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky sekä arjesta selviytyminen. Näistä toiminnanvajauksista voi tunnistaa erilaisia ennakoivia tunnusmerkkejä, ja niihin pitäisi tarttua jo niiden ilmaantuessa (Finne-Soveri, Haimi-Liikkanen, Rehula, Tolonen, Vähäkangas & Äijö 2019, 1092-1094.) Toiminnanvajauksista, ja varsinkin kognitiivisten kykyjen heikentymisestä riippumatta ikääntyneellä on aina oikeus määrätä omasta elämästään itsenäisesti. Niin kauan kuin ikääntynyt kykenee päättämään omista asioistaan, hänen päätöksilleen on annettava etusija. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2016, 399.)

2.4 Psykiatrinen hoitotyö

Psykiatria on lääketieteen erikoisala, jonka tarkoituksena on tutkia ja hoitaa mielenterveyden häiriöitä. Mielenterveyden häiriöillä tarkoitetaan oireyhtymiä, jotka muodostuvat erilaisista kliinisesti merkitsevistä psyykkisistä oireista, jotka aiheuttavat ihmiselle psyykkistä kärsimystä sekä toimintakyvyn haittaa. Kaikkinainen tietopohja psykiatialle koostuu tieteistä, jotka tutkivat ihmisen kehitystä, aivojen ja mielen rakentumista sekä käyttäytymistä. Käytännössä psykiatria nojaa käyttäytymis- ja sosiaalitieteisiin sekä aivotutkimukseen. (Lönngqvist & Lehtonen 2014, 18-19.)

Psykiatriset diagnoosiluokitukset löytyvät ICD-luokituksesta. Tällaisia häiriöitä voivat olla erilaiset hermoston kehitykseen liittyvät mielenterveyden häiriöt, kuten älyllisen kehityksen tai kommunikaation häiriöt, autismikirjon häiriöt, aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriöt, sekä skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt, joissa todellisuuden taju häiriintyy. Häiriöitä voi esiintyä myös mielialassa masentuneisuutena tai yliaktiivisuutena, käytöksessä tai persoonallisuudessa. Erilaisia persoonallisuushäiriöitä voivat olla esimerkiksi narsistinen, riippuvainen, eristäytyvä sekä epävakaa persoonallisuushäiriö. Myös erilaiset ahdistuneisuushäiriöt, trauma-peräiset häiriöt, pakko-oireiset häiriöt, dissosiaatiohäiriöt, syömis- ja unihäiriöt, seksuaaliset toimintahäiriöt sekä päihdehäiriöt lasketaan psykiatristen häiriöiden alle. (Lönqvist 2014a, 59-80.)

Psykiatrisen potilaan hoito on aina kokonaisuus, ja se koostuu useista hoitomuodoista. Yleensä hoito koostuu psykososiaalisista hoidoista sekä biologisista hoidoista (Lönqvist 2014b, 762). Biologisia hoitomuotoja voivat olla lääkehoito, jolloin käytetään antipsykoottisia lääkkeitä, depressiolääkkeitä, mielialan tasaajia, anksiolyyttejä, unilääkkeitä ja muita lääkkeitä, aivojen sähköhoito, aivojen valohoidot, aivojen magneettihoito sekä uniestot (Partanen, Lönqvist & Syvälahti 2014, 827-831). Psykososiaalista hoitoa on psykoterapia, mutta myös sitä paljon laajemmat hoitotoimenpiteet, jotka perustuvat psykologisten ja sosiaalisten keinojen vuorovaikutukselliseen hyödyntämiseen. Tavoitteena on auttaa potilasta selviytymään tuen, opastuksen, valmennuksen ja harjoittelun keinoin. Tuki kohdistuu usein arkipäivässä selviytymiseen, kuten omasta itsestä huolehtimiseen. Erilaisia psykoterapioiden muotoja voivat olla esimerkiksi kognitiivinen, ratkaisukeskeinen, humanistinen ja systeeminen. Myös muun muassa draamatyö, kirjallisuusterapia, kuvataideterapia ja musiikkiterapia voivat voimia erilaisina terapian muotoina. Kaikessa terapiassa korostuvat hoitosuhde sekä uusien ja korjaavien kokemusten edistäminen hoidossa. (Lönqvist 2014b, 762-765.)

Hyvä hoitosuhde perustuu luottamukseen ja yhteistyöhön. Jotta tämä luottamus syntyisi ja pysyisi yllä, tarvitaan yhteistyön jatkuvuutta, avoimuutta ja selkeyttä. Kokemukset epäluottavuudesta tai yksilöllisen kohtelun puuttumisesta voivat murentaa luottamusta. (Arvonen 2019, 116-117.) Avoimuus taas lisää potilaan luottamusta hoitavia henkilöitä sekä hoitoa kohtaan (Lönqvist & Lehtonen 2014, 23). Potilaalla pitää myös olla tunne siitä, että hänellä on vapaus valita miten ja millaisissa tilanteissa hän jakaa arkoja asioitaan. Myös hoitohenkilökunnan välinen keskinäinen luottamus toisiinsa edesauttaa sitä, että potilas kokee tulevansa kohdatuksi ihmisenä, eikä vain oireidensa kantajana. (Arvonen 2019, 116-117.)

Jatkuvasti siirrytään kohti sitä, että potilaan vastuu omasta hoidostaan lisääntyy. Jotta tämä onnistuisi, potilaan täytyy kyetä selviytymään riittävän itsenäisesti ja hänen tulee saada luotettavaa ja selkeää asiantuntija-apua. Potilaan vastuun vahvistuminen toimiikin hyvin itsenäisesti tai läheisten avulla niin kauan, kun hän kykenee kantamaan vastuuta. Ikä tai etenevä

sairaus vievät potilaan yleensä uuteen vaiheeseen, kun hänen voimansa itsenäiseen hoitoon heikkenevät samalla kun epävarmuus ja tuen tarve kasvavat. (Arvonen 2019, 119.)

2.4.1 Vanhuspsykiatrian erityispiirteitä

Noin 16-30 % yli 65-vuotiaista kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä. Ikääntyneellä voi esiintyä samoja mielenterveyden häiriöitä kuin keski-ikäiselläkin, mutta näiden lisäksi ikääntyneillä tavataan usein myös elimellisiin sairauksiin liittyviä psykiatrisia oireita. (Koponen & Leinonen 2014, 681.) Monet yleissairaudet voivat aiheuttaa psyykkisiä oireita vanhuksilla. Psyykkisten oireiden taustalla saattaa olla sydän- ja verisuonisairauksia, syöpää, metabolisia sairauksia ja elektrolyyttihäiriöitä, sisäelinsairauksia (esim. maksa- tai munuaissairaudet), vitamiinipuutoksia tai infektioita ja niiden jälkitiloja. Esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöihin voi liittyä masennusta tai ahdistuneisuushäiriötä. (Strandberg 2019, 302-303.)

Erotuksena nuorempiin potilaisiin, ikääntyneen psyykkisen oireilun taustalla voi olla myös muistisairaus, johon oireilu liittyy. Muistisairasta psyykkisesti oireilevaa potilasta tutkittaessa täytyykin muistaa arvioida potilaan vointia ja toimintakykyä sekä niissä tapahtuneita muutoksia. Hoitoa suunniteltaessa on hyvä muun perehtymisen ohella kerätä tietoa potilaan aiemmasta persoonallisuudesta sekä hänelle ominaisista reagoitavoista, koska hoitotoimet täytyy aina soveltaa yksilöllisesti. Tutkimuksen aikana selvitetään potilaan mielialaa ja siinä tapahtuvaa vaihtelua pyrkien tunnistamaan mahdolliset psykoosiin viittaavat oireet. Lisäksi on tärkeää selvittää, onko potilaalla aiempaa mielenterveyshäiriötaustaa. (Saarela 2019, 306-307.)

Hoitamisen kannalta vanhuudessa kohdattavia psyykkisiä ongelmia pidetään usein erityisen haastavina. Tämä siksi, että oireet ovat moninaisia, diagnoosit häilyviä ja somaattiset vaivat ovat mukana oirekuvassa. (Saarenheimo 2013, 378.) Koska vanhusten psyykkisessä oireilussa on monesti vaikuttamassa monia rinnakkaisia tekijöitä, jotka voivat olla biologisia, sosiaalisia tai psykologisia, jää yhden ammattialan näkemys monesti herkästi liian kapeaksi. Tämän vuoksi vanhuksen psyykkisen kriisin hoitoon on toivottavaa vastata moniammatillisella hoidolla, jolloin jokaisen ammattialan näkökulma tulee huomioitua. (Pajunen 2004, 333.)

Kuten aiemmin kävimme läpi, ikääntymiseen liittyy paljon kognitiivisten taitojen sekä havainnoinnin rapistumista (Vuoksima 2019, 1075). Tämän vuoksi psykiatrisen vanhuspotilaan tutkimiseen ja hoitoon tulee kiinnittää erityistä huomiota, jotta ikääntynyt pystyy mahdollisimman paljon osallistumaan tilanteeseen ja omaan hoitoonsa sekä ymmärtämään, mitä tapahtuu.

2.5 Lainsäädäntö hoitotyössä

Kaikessa hoitotyön toiminnassa korostuu potilaan itsemääräämisoikeus, mikä tarkoittaa, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hoitotyössä sekä

ammattihenkilöllä että potilaalla on sekä oikeuksia että vastuita, joiden toteutumiseen koko toiminta perustuu. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Terveydenhuoltolain (1326/2010) tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta niin, että erilaisten väestöryhmien välisiä terveyseroja kavennetaan. Kaikkien palveluiden tulee olla kaikelle väestölle yhdenvertaisesti saatavilla, yhtä laadukkaita ja samalla tavalla potilasturvallisia. Lain mukaan kaiken terveydenhuollon toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Laki määrittää miten terveydenhuollon palveluita järjestetään.

Mielenterveyslaki (1116/1990) taas määrittelee ja ohjaa mielenterveystyötä. Laissa on selkeästi määritelty millä tavalla mielenterveystyö tulee järjestää. Siinä myös määritellään selkeät edellytykset, millä tavoin ja missä tilanteissa potilas voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) takaa potilaalle oikeuden hyvään sairaan- ja terveydenhuoltoon ilman syrjintää. Potilasta on kohdeltava siten, että hänen ihmisarvoaan ei loukata ja että hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Onkin tärkeää, että potilaan osallisuutta sekä tämän sitoutumista ja mahdollisuutta vaikuttaa omaan hoitoonsa korostetaan ja tuetaan kaikin tavoin.

Potilasta tulee hoitaa hänen yksityisyyttään kunnioittaen ja niin, että hänen potilastietojaan saavat käsitellä ainoastaan häneen hoitosuhteessa olevat henkilöt (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) todetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä noudattaa niihin liittyvää salassapitovelvollisuutta. Salassapitovelvollisuus säilyy ammatinharjoittamisen lopettamisen jälkeenkin. Tietosuojalaki (1050/2018) taas määrää ammattihenkilölle vaitiovelvollisuuden, mikäli tämä on saanut henkilötietojen käsittelyyn liittyviä toimenpiteitä suorittaessaan tietoonsa jotakin toiseen henkilöön liittyvistä asioista. Salassapitotai vaitiovelvollisuuden rikkominen on laissa rangaistava teko.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää sen, että potilaalla on oikeus kaikkien häneen liittyvään tietoon paitsi, jos tiedon saaminen on vastoin hänen omaa tahtoaan tai siitä aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Sama laki määrittää myös sen, että potilasta täytyy hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilaan on saatava tieto omasta sairaudestaan, hoitovaihtoehdoistaan sekä niiden mahdollisista haittavaikutuksista niin, että hän ymmärtää, mistä on kyse (Potilaan oikeudet 2016, 1). Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) mukaan potilaalla on itsemääräämisoikeus ja hän voi kieltäytyä hoitotoimenpiteistä ja hoidosta. Mikäli potilas ei esimerkiksi mielenterveydenhäiriön tai kehitysvammaisuuden vuoksi ole kykenevä päättämään omasta hoidostaan, tulee selvittää tämän lähiomaisilta, millainen päätös vastaisi parhaiten potilaan omaa tahtoa.

Kaikki potilaan hoitoon liittyvät asiat tulee merkitä asianmukaisesti potilasasiakirjoihin. Myös potilaan tai tämän omaisten kanssa käydyt keskustelut täytyy merkitä potilaan tietoihin. Potilaalla on oikeus tutustua ja lukea omat potilasasiakirjansa ja saada niissä mahdollisesti olevat virheet oikaistuksi. Lääkärin on kuitenkin mahdollista evätä potilaan pääsy omiin potilasasiakirjoihinsa, mikäli on perusteltua epäillä, että niiden lukeminen aiheuttaisi vakavaa vaaraa potilaan terveydelle tai hoidolle tai jonkun muun oikeuksille. (Potilaan oikeudet 2016, 4.)

2.6 Eettisyys hoitotyössä

Psykiatrisen hoitotyön etiikassa on ennen kaikkea aina kysymys yksilön kunnioittamisesta, yksilönvapaudesta ja itsemääräämisoikeudesta. (Lönqvist & Lehtonen 2014, 23.) Laki määrittää potilaan itsemääräämisoikeutta, mutta se on jo itsessään länsimaissa yksi keskeisimmistä ihmisen olemisen peruselementeistä. Eettisen haasteensa itsemääräämisoikeuden käyttö luo sellaisessa tilanteessa, kun potilas tekee päätöksiä, joista on haittaa hänelle itselleen tai muille henkilöille. Tällöin itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on paljon vaikeampaa kuin silloin, kun potilas tekee päätöksiä, joista henkilökunta on samaa mieltä. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja ihmisen autonomian ylläpitäminen on kuitenkin tärkeää, koska se edistää tämän kokonaisvaltaista hyvinvointia. (Välimäki 2014, 137-140.)

Yksityisyys on ihmisen perusoikeuksia ja hoitotyössä potilaan yksityisyys tulee säilyttää kaikissa hoitotyön eri asiayhteyksissä. Ihmisellä on erilaisia yksityisyyden muotoja: fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja tiedollinen yksityisyys. Fyysinen yksityisyys on fyysistä ja ruumiillista koskemattomuutta niin, että kukaan ei lähesty tai kosketa ilman lupaa. Psyykinen yksityisyys on henkistä koskemattomuutta, eli kuinka paljon ja mitä asioita hän jakaa ja kenelle, ja kuinka lähelle hän päästää henkisesti kenetkin ihmisen. Sosiaalisella yksityisyydellä tarkoitetaan sitä, että ihminen on vapaa säätämään sosiaalisten suhteidensa määrää. Tiedolliseen yksityisyyteen kuuluu potilastietojen luottamuksellisuus, eli se, että potilasta koskevaa henkilökohtaista tietoa ei paljasteta eikä salassapitovelvollisuutta rikota. (Välimäki 2014, 146-152.) Potilasta täytyy siis aina kohdella kunnioittavasti ja hänen yksityisyyttään suojellen, ja hänellä täytyy olla mahdollisuus vaikuttaa omaan yksityisyyteensä.

Osallisuudella voidaan tarkoittaa ihmiselle syntyvää tunnetta, kun hän on osallisena jossain hänelle merkityksellisenä pitämässään yhteisössä. Osallisuus ilmenee muiden antamana arvostuksena, tasavertaisuutena ja luottamuksena ja siihen kuuluu olennaisesti mahdollisuus vaikuttaa asioihin. Kun ihminen on osallinen, se edesauttaa sitoutumista itsehoitoon ja vastuun ottamiseen omasta elämästä. (Savolainen 2017, 9.) Kaikessa hoitotyössä pyritään nykypäivänä mahdollistamaan potilaan osallisuus ja aktiivinen rooli omassa hoidossaan. Laitila (2010) tutki väitöskirjassaan potilaan osallistumista ja totesi, että osallisuudessa ensisijaista potilaalle on olla osallinen omaan hoitoon ja kuntoutukseen. Kaiken osallisuuden tulee aina tukea tämän

toipumista ja hyvinvointia. On huomioitava, että potilaan vointi, voimavarat ja motivaatio vaikuttavat olennaisesti osallistumisen toteutumiseen.

Sairaanhoitajien eettisten ohjeiden (1996) mukaan sairaanhoitajan tulee kaikessa hoitotyössä pyrkiä tukemaan ja lisäämään ihmisten voimavaroja. Sairaanhoitaja myös kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon koskien omaa hoitoaan eikä paljasta potilaan antamia luottamuksellisia tietoja. Sairaanhoitaja pyrkii siis kaikessa hoitotyössä toimimaan eettisesti näiden ohjeiden mukaan tukien potilasta ja tämän läheisiä varmistaen, että hoidon laatu on mahdollisimman hyvää. Sairaanhoitajan toiminta pyrkii varmistamaan sen, että potilaan itsemääräämisoikeus ja osallisuus toteutuvat eikä hänen yksityisyytensä vaarannu.

3 Menetelmät

3.1 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata olemassa olevaa tutkittua tietoa vuoteenvierusraportoinnista potilaan näkökulmasta, erityisesti ikääntyneiden ja/tai psykiatristen potilaiden parissa sekä selvittää, minkälaiset asiat edistävät ja puolestaan ehkäisevät potilaan osallisuutta raportilla.

Tavoitteena on, että tilaaja voi vuoteenvierusraportoinnista kootun tutkitun tiedon avulla kehittää yksikön raportointisysteemiä implementoimalla vuoteenvierusraportointi osaksi vuoronvaihtoraporttia, jotta potilaan osallisuus kasvaa ja hänen äänensä omassa hoidossaan pääsee paremmin kuuluviin.

Tarkoituksen ja tavoitteen perusteella muodostettiin tutkimuskysymykset, jotka parhaiten edistäisivät näiden toteutumista. Nämä tutkimuskysymykset on esitelty kuviossa 1.



Kuvio 1 Tutkimuskysymykset

3.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

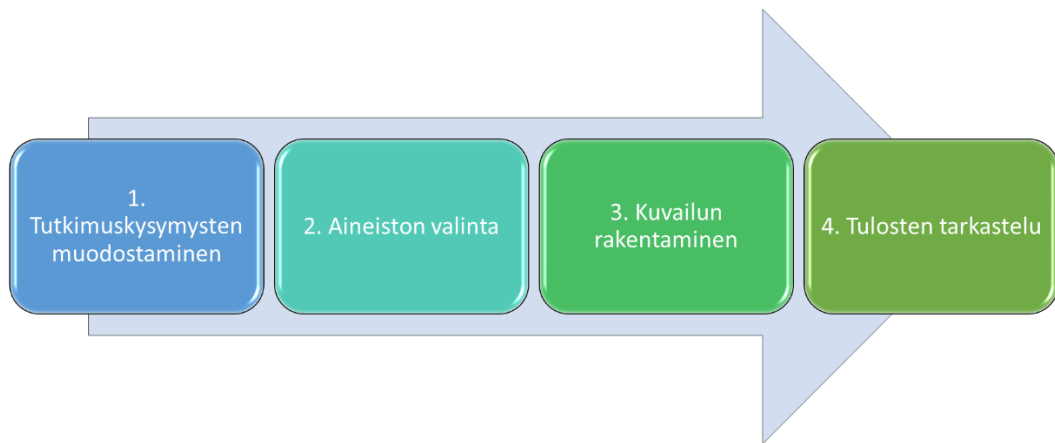
Kirjallisuuskatsauksen tekemiseen on monta perusteltua syytä, sillä sen avulla voidaan kehittää olemassa olevaa tai rakentaa uutta teoriaa, arvioida teoriaa, saada kokonaiskuva tietystä asiakokonaisuudesta, tunnistaa ongelmia ja kuvata tietyn teorian kehitystä historiallisesti (Salminen 2011, 3). Sen tärkein tehtävä on kuitenkin kehittää tutkittavan tieteenalan ymmärrystä ja käsitteistöä tai arvioida olemassa olevaa teoriaa (Suhonen, Axelin & Stolt 2015, 7).

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, joka perustuu prosessimaiseen tieteelliseen toimintaan, jossa asiaa tarkastellaan tietyn tieteenalan tutkimuskirjallisuuden näkökulmasta. Kirjallisuuskatsauksia on monenlaisia erilaisia tyyppisiä, kuten systemaattinen ja kuvaileva kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi, jotka vielä jakaantuvat erityyppisiin katsauksiin riippuen menetelmästä, tutkimusotteesta, lähestymistavasta tai prosesseista. Riippumatta siitä, minkä tyyppin kirjallisuuskatsauksen tekee, kaikki tyypit sisältävät samat tyypilliset osat, jotka ovat kirjallisuuden haku, arviointi, aineiston perusteella tehty synteesi ja analyysi. (Suhonen ym. 2015, 7-8.)

Tässä työssä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, ja tarkemmin sanottuna narratiivista kirjallisuuskatsausta, koska tavoitteena oli kuvailla tutkittua tietoa melko kapealta alalta, eli vuoteenvierusraportoinnin käytöstä vanhuspsykiatriassa. Tutkimusta ei ole tehty kovinkaan paljon näin rajatusta aiheesta, joten olennaista oli löytää se tutkittu tieto, mitä on tehty, ja kuvailla siitä saatua tietoa.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus, jossa katsaukselle ei aseteta tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Se on yksi yleisimmin käytetyistä tyypeistä. Verrattuna muihin tyypeihin, tutkimuskysymykset ovat väljempinä. (Salminen 2011, 6.) Tarkoituksena on yleensä etsiä vastausta siihen, että mitä ilmiöstä jo tiedetään tai mitkä ovat sen keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietiläinen, Jääskeläinen & Liikanen 2013).

Kangasniemi ym. (2013) jakavat kuvailevan kirjallisuuskatsauksen neljään eri vaiheeseen: tutkimuskysymyksen muodostamiseen, aineiston valintaan, kuvailun rakentamiseen ja tulosten tarkasteluun. Tämä on havainnollistettu kuviossa 2. Tutkimuskysymyksen muodostaminen ohjaa prosessia ja sen tavoitteena on saada aikaan riittävän väljä tutkimuskysymys. Aineiston valinta ohjautuu tutkimuskysymyksen mukaan. Prosessin aikana tutkijan ymmärrys aineiston sopivuudesta ja riittävydestä tarkentuu. Kun aineisto on valittu, alkaa kuvailun rakentaminen, mikä on tosin jo käynnistynyt aineiston valinnan aikana. Tavoitteena on saada esitettyyn tutkimuskysymykseen kuvaileva vastaus aineistolähteisesti yhdistämällä, vertailemalla ja syntetisoimalla sisältöä. Viimeisessä vaiheessa kootaan keskeiset tulokset yhteen ja tarkastellaan niitä suhteessa laajempaan kontekstiin sekä menetelmän ja vaiheiden eettisiin ja luotettavuuskysymyksiin.



Kuvio 2 Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet mukaillen Kangasniemi ym. 2013

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on metodisesti kevyin kirjallisuuskatsauksen muoto. Tällä tyyppillä pystytään kuitenkin antamaan laaja kuva käsiteltävästä aiheesta tai tarvittaessa kuvailemaan aiheen kehityskulkua ja historiaa. (Salminen 2011, 7.) Tyypillisesti narratiivinen kirjallisuuskatsaus tarkastelee julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia, keskittyen erityisesti vertaisarvioituihin tutkimuksiin (Suhonen ym. 2015, 9). Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen laajin toteuttamistapa on yleiskatsaus, jossa tiivistetään aiemmin tehtyjä tutkimuksia ja kuvaillaan sitä analyysivaiheessa narratiivisesti, ytimekkäästi ja johdonmukaisesti (Salminen 2011, 7).

Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen heikkous voi olla siinä, että se ei välttämättä ota kantaa valitun materiaalin luotettavuuteen tai valikoitumiseen, ja vaikka katsauksessa onkin käytetty alkuperäisen tutkimuksen laadun arviointia, tämä arviointi ei kuitenkaan useinkaan johda tutkimuksen hylkäämiseen katsauksesta. (Suhonen ym. 2015, 9.)

3.3 Aineistonkeruu

Kirjallisuuskatsauksen aineisto koostuu tutkimuksista, joten aineisto hankitaan kirjallisuushauilla ja aiheeseen sopivan kirjallisuuden valinnalla (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 25). Tutkimuskysymykset ohjaavat aina aineistonvalintaa siinä mielessä, että aineiston tulisi aina pyrkiä vastaamaan tutkimuskysymyksiin (Kangasniemi ym. 2013). Hakuprosessin systemaattisuuden taso riippuu kirjallisuuskatsauksen tyypistä niin, että meta-analyysin haku on äärimmäisen systemaattinen, mutta vähemmän systemaattinen lähestymistapa riittää, jos tutkitaan yleisesti jotakin ilmiötä tai esimerkiksi etsitään tuloksia siitä, kuinka jokin hoitomenetelmä on vaikuttanut (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 25).

Tiedonhaku lähtee liikkeelle siitä, että löytää sopivat hakusanat, koska oma tutkimusaihe tai tutkimuskysymykset eivät sovi monestikaan suoraan hakulausekkeiksi. Tällöin täytyy miettiä, mitkä käsitteet ovat haun kannalta tärkeitä ja muistaa, että hyvässä hakulausekkeessa tulisi olla korkeintaan neljä aihekokonaisuutta. (Lehtiö & Johansson 2015, 38.) Tutkija määrittelee

itse keskeiset käsitteet aiheelleen, joita hän voi käyttää hakusanoina (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 26). Ennen hakujen aloittamista, valitut käsitteet käännetään englanniksi ja niille keksitään synonyymeja. Tietokannoissa voi tehdä kokeiluhakuja oikeiden hakusanojen löytämiseksi. (Lehtiö & Johansson 2015, 38-39.) Kun hakuja tehdään, on luonnollista tehdä myös mukaanotto- ja poissulkukriteerit, jotka helpottavat asianmukaisen kirjallisuuden tunnistamista vähentäen virheellisen tai puutteellisen katsauksen mahdollisuutta (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 26).

Kun hakusanat on tehty, voidaan aloittaa tutkimusten haku tietokannoista. Kandidaattitasolla olisi hyvä käyttää ainakin tietokantoja, kuten PubMed, CINAHL, Medic ja Cochrane. Mielenterveyteen ja psykologiaan liittyvissä töissä kannattaa hakuja tehdä lisäksi PsycINFO- ja PsycArticles-tietokantoihin. (Lehtiö & Johansson 2015, 44.)

3.3.1 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

Aineistonhakuprosessi on tutkimuksen luotettavuuden kannalta kaikkein keskeisin vaihe, koska virheet aineiston haussa voivat johtaa vääristyneisiin johtopäätöksiin. Sen vuoksi on tärkeää muodostaa mukaanotto- ja poissulkukriteerit, jotka helpottavat asianmukaisen kirjallisuuden tunnistamista sekä vähentävät puutteellisen tai virheellisen katsauksen mahdollisuutta. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 25-26.)

Yleensä kirjallisuuskatsauksen aineistona toimivat alkuperäistutkimukset. Tätä puoltaa niiden läpikäymä vertaisarviointiprosessi, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Toisaalta kuitenkin, julkaisemattomien tutkimusten huomiotta jättäminen voi olla myös tutkimuksen heikkous. Myöskään kokotekstin saatavuus tai maksuttomuus ei periaatteessa saisi määrittää kirjallisuuskatsauksen kriteereitä, mutta kandidaatintutkielmassa tästä voidaan joustaa. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 25-26.)

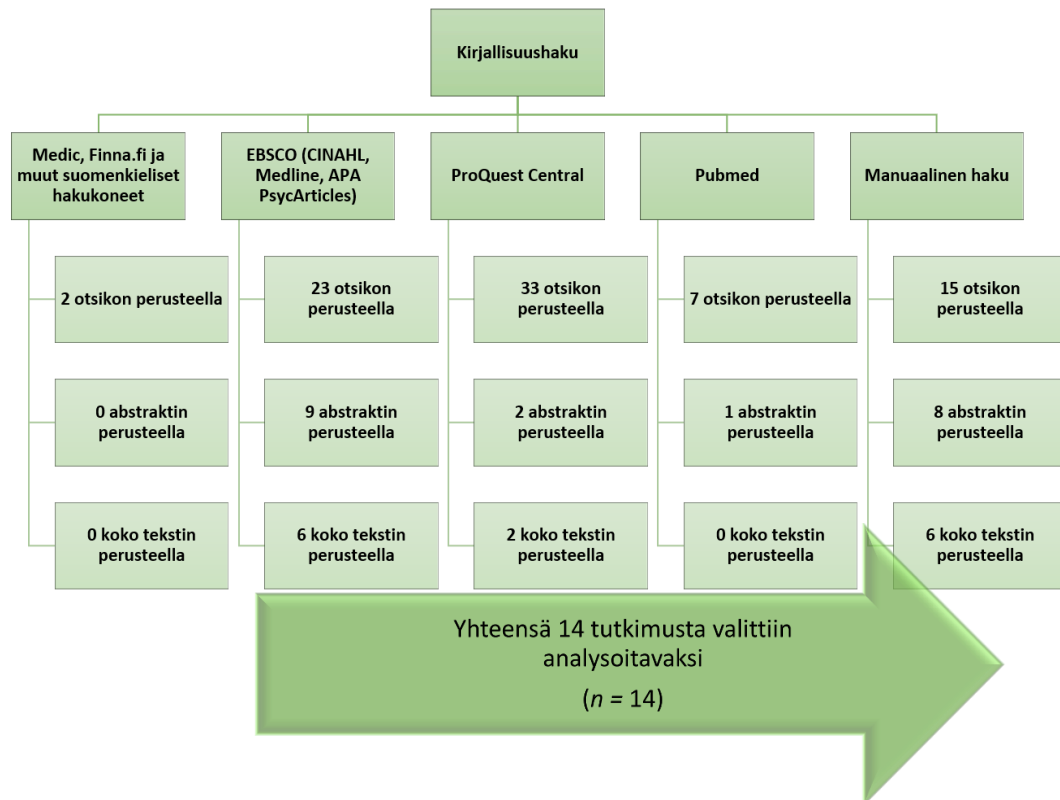
Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on mahdollista, että alussa muodostetut mukaanotto- ja poissulkukriteerit voivat prosessin aikana muuttua, kun tutkimuskysymykset kirkastuvat ja tutkijan odotukset muuttuvat (Kangasniemi ym. 2013, 298). Taulukossa 1 esitellään valitut mukaanotto- ja poissulkukriteerit, jotka ohjasivat aineiston valintaa tähän työhön. Työn luonteen vuoksi oli kuitenkin mahdollista myös poiketa kriteereistä, mikäli kriteereiden ulkopuolelta löytyy työhön olennaisesti sopiva lähde.

MUKAANOTTOKRITERIT	POISSULKUKRITERIT
<ul style="list-style-type: none"> - Tutkimukset on julkaistu vuosina 2010-2021 - Tutkimus on vertaisarvioitu ja julkaistu - Lähde on tieteellinen tutkimus, Pro Gradu-tutkimus tai väitöskirja - Lähde on empiirinen tutkimus tai kirjallisuuskatsaus - Tutkimukset ovat saatavilla - Tutkimukset löytyvät sähköisistä hakukoneista - Tutkimusten tulee olla saatavilla suomen tai englannin kielellä - Tutkimuksesta tulee olla saatavilla abstrakti - Tutkimuksessa käsitellään vuoteenvierusraportointia yhteydessä joko ikääntyneisiin ja/tai psykiatriin potilaisiin - Tutkimuksessa käsitellään vuoteenvierusraportointia potilaan näkökulmasta 	<ul style="list-style-type: none"> - Tutkimukset on julkaistu ennen vuotta 2010 - Tutkimus ei ole käynyt läpi vertaisarviointiprosessia eikä sitä ole julkaistu - Tutkimukset eivät ole luettavissa tai ovat maksullisia - Tutkimukset ovat jollain muulla kuin suomen tai englannin kielellä julkaistuja - Tutkimuksesta ei ole abstraktia saatavilla - Tutkimuksessa ei käsitellä vuoteenvierusraportointia - Tutkimuksessa on käsitelty vuoteenvierusraportointia vain hoitajien näkökulmasta

Taulukko 1 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit

3.3.2 Aineistonkeruun kulku

Aineiston kerääminen aloitettiin määrittelemällä hakusanat ja niiden lähikäsitteet sekä suomeksi että englanniksi (liite 1). Tämän jälkeen tehtiin aluksi suomenkielisiä hakuja, jotta löydettäisiin kaikki mahdollinen Suomessa tehty suomenkielinen tutkimus vuoteenvierusraportoinnista. Suomenkielisen tutkimuksen kartoittamisen jälkeen siirryttiin tekemään hakuja ulkomaisiin hakukoneisiin. Kaikkien hakujen tulokset on havainnollistettu kuviossa 3.



Kuvio 3 Kirjallisuushaun kaavio

Suomenkielinen haku tehtiin Mediciin, Finnaan ja eri yliopistojen tietokantoihin (Itä-Suomen, Helsingin ja Tampereen yliopistot). Lisäksi haettiin tutkimuksia eri tieteellisistä suomenkielisistä lehdistä, kuten *Hoitotiede*- ja *Tutkiva hoitotyö*-lehdistä, sekä kartoitettiin mm. Sosiaali- ja terveysministeriön, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Kelan mahdollisesti vuoteenvierusraportoinnista tehdyt tutkimukset. Kaikki tehdyt haut ja hakukoneet löytyvät liitteestä 2.

Suomenkielistä tutkimusta vuoteenvierusraportoinnista ei ollut löydettävissä viimeisen kymmenen vuoden ajalta, joten mikään tutkimus ei läpäissyt mukaanotto- ja poissulkukriteereitä. Pikaisen haun perusteella näyttäisikin siltä, että vuoteenvierusraportoinnista on tehty vain kolme suomenkielistä tutkimusta. Ja nämäkin kolme tutkimusta on tehty vuosina 1994-1996.

Englanninkieliset haut tehtiin pääasiassa CINAHL-, Medline-, PsycArticles-, ProQuest- ja Pubmed-tietokantoihin. Mukaanotto- ja poissulkukriteereiden mukaisesti etsittiin ulkomaisia tutkimuksia, jotka liittyivät vuoteenvierusraportoinnin käyttämiseen psykiatristen vanhuspotilaiden hoidon yhteydessä tai vähintään toisen potilasryhmän kanssa, joko psykiatrisessa tai geriatriksessa hoidossa. Tällaisia tutkimuksia ei suoraan löytynyt. Hakujen yhteydessä löytyi yksi tutkimusraportti, joka käsitteli vuoteenvierusraportoinnin implementoimista neurogeriatriselle psykiatriselle osastolle, yksi tutkimus, joka tutki psykiatristen potilaiden halukkuutta ja näkemyksiä olla osana hoitajien vuoronvaihtoraporttia sekä yksi tutkimus, jossa vuoteenvierusraporttia oli tutkittu kahdella geriatriksella osastolla. Nämä kaikki kolme tutkimusta

otettiin mukaan valittuun aineistoon, jotta saatiin kartoitettua, mitä tiedetään vuoteenvierusraportoinnin käytöstä vanhuspsykiatriassa.

Lisäksi tietokannoista etsittiin tutkimuksia, jotka käsitelivät vuoteenvierusraportointia potilaan näkökulmasta. Monissa tutkimuksissa oli tutkittu aihetta kysymällä vain sairaanhoitajien mielipiteitä. Nämä tutkimukset rajattiin tämän katsauksen ulkopuolelle, koska aihetta haluttiin tutkia nimenomaan potilaan näkökulmasta. Jos tutkimuksessa oli käsitelty vuoteenvierusraportointia yksin potilaiden tai sekä hoitajien että potilaiden näkökulmasta, tutkimukset otettiin mukaan katsaukseen. Hakujen jälkeen tehtiin lisäksi pistohakuja Google Scholariin sekä käytiin läpi muiden tutkimusten lähdeluetteloita manuaalisesti, jotta löydettäisiin vielä mahdollista aineistoa, mikä ei hakujen kautta ollut löytynyt.

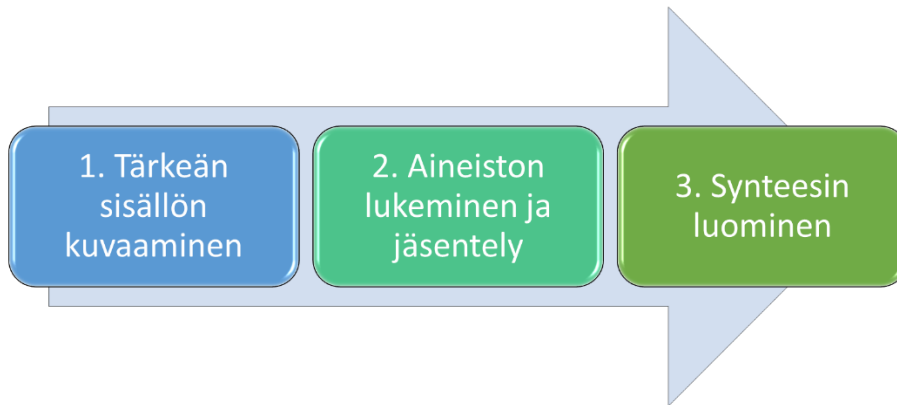
Lopulta hakujen jälkeen tutkimuksia hyväksyttiin 80 otsikon perusteella. Näistä tutkimuksista luettiin abstraktit, joiden perusteella aineistoon jäi 20 tutkimusta. Loput 20 tutkimusta luettiin kokonaan läpi, jonka jälkeen lopulliseen katsaukseen hyväksyttiin analysoitavaksi 14 tutkimusta.

3.4 Aineiston analyysi

Kirjallisuuskatsauksen analyysi- ja synteesivaiheessa on tarkoitus järjestää ja tehdä yhteenveto valittujen tutkimusten tuloksista. Analyysitapa valitaan sen mukaan, minkälainen katsauksen tyyppi tutkimukseen on valittu. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 30.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen analyysivaiheessa on tarkoitus yhdistää ja analysoida sisältöä kriittisesti sekä luoda monesta eri lähteestä peräisin oleva tiedon synteesi. Kaikesta aineistoista on tarkoitus luoda jäsentynyt kokonaisuus. Tarkoitus ei ole referoida, tiivistää, raportoida tai siteerata tietoa, vaan luoda aineiston sisäistä vertailua, analysoida olemassa olevan tiedon vahvuuksia ja heikkouksia sekä tehdä aineistosta laajempia päätelmiä. (Kangasniemi ym. 2013.)

Tässä työssä analyysimallina käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tähän työhön valittu analyysimalli koostuu kolmesta vaiheesta: tutkimuksen tärkeän sisällön kuvaamisesta, aineiston lukemisesta ja jäsentelystä sekä synteesin luomisesta (kuvio 4). Tällainen malli sopii hyvin aloitteleville katsauksen tekijöille sekä katsauksille, joissa on useita erityyppisiä alkuperäistutkimuksia. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 30.)



Kuvio 4 Aineiston analyysin malli mukailten Niela-Vilén & Kauhanen 2015

Ensimmäisessä vaiheessa kuvataan tutkimuksen tärkeä sisältö, eli kirjoittajat, julkaisuvuosi, julkaisumaa, tutkimuksen tarkoitus, aineistonkeruumenetelmät, asetelma, kohdejoukko, otos, päätulokset, vahvuudet ja heikkoudet. Tämä on hyvä tehdä esimerkiksi taulukkomuotoon, jonka tarkoituksena on antaa kokonaiskuva ja luoda aineistosta ymmärrystä. Aineistoa tulee lukea ja siihen tutustua useaan kertaan tässä vaiheessa. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 31.)

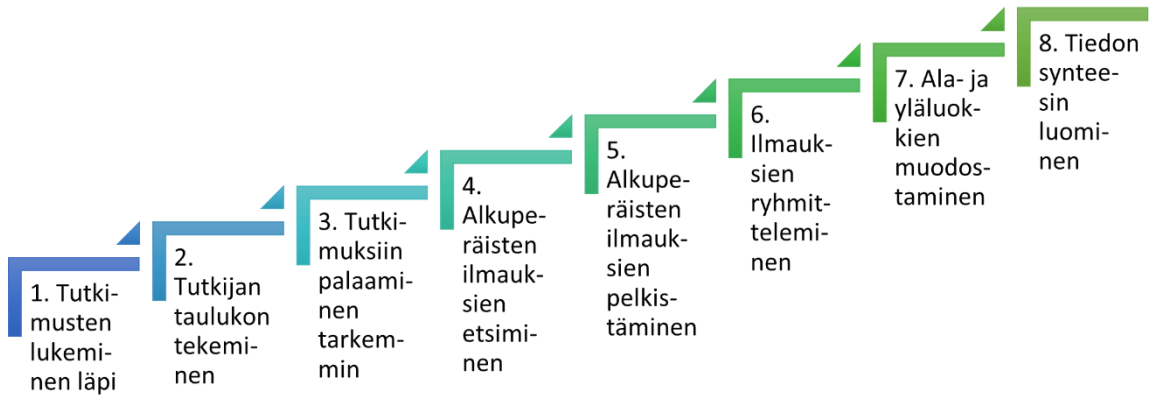
Toisessa vaiheessa aineistoa luetaan uudelleen ja tehdään siitä merkintöjä luomalla luokkia, kategorioita tai teemoja. Tämän vaiheen tarkoituksena on ryhmitellä ja vertailla tutkimuksia niin, että löydetään niistä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, joita voidaan tulkita. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 31.) On myös mahdollista kuvailevan menetelmän lisäksi käyttää määrällistä menetelmää, jolloin tutkailtaan tiettyjen teemojen tai sisältöjen esiintyvyyttä, ja näin ollen yleisyyttä ja keskeisyysjärjestystä (Kangasniemi ym. 2013).

Kolmannessa vaiheessa vertailun kautta löytyneet eroavaisuudet ja yhtäläisyydet muodostetaan järkeväksi, loogiseksi kokonaisuudeksi eli synteesiksi. Tarkoitus on muodostaa yleisempi kuva tutkimustuloksista ja esitellä myös ristiriitaiset tulokset. (Niela-Vilén & Kauhanen 2015, 31-32.) Kun synteesiä ja kuvailevaa narratiivia luodaan, on myös mahdollista, että kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on yksi tai useampi lähde, joka muodostaa rungon tai perustan ilmiön tai teorian tarkastelemiselle. Muun kirjallisuuden avulla näitä lähdeaineita voidaan kritisoida, täydentää tai täsmentää. (Kangasniemi ym. 2013.)

Tämä kolmen vaiheen analyysimalli valittiin tähän työhön siksi, että vuoteenvierusraportoinnista vanhuspsykiatrian puolelta ei ole tehty kovin paljon tutkimusta, jolloin analyysimalli antaa enemmän vapautta hyödyntää mahdollisia löytyneitä tutkimuksia.

3.4.1 Analyysin tekeminen

Tämän työn analyysin tekemisen vaiheet on havainnollistettu alla olevassa kuviossa (kuvio 5).



Kuvio 5 Tämän tutkimuksen analyysivaiheen eteneminen

Analyysin tekeminen aloitettiin lukemalla tutkimukseen valitut tutkimukset tarkasti läpi, jonka jälkeen niistä referoitiin tärkeimmät tiedot tutkijan taulukkoon (liite 3). Tutkijan taulukkoon kerättiin tiedot tutkimuksen tekijöistä, julkaisuvuodesta, julkaisumaasta, tarkoituksesta, otoksesta, menetelmästä ja analyysistä sekä referoitiin tälle tutkimukselle olennaisimmat tulokset. Tutkijan taulukon yhteydessä tehtiin myös erinäisiä huomioita, jotka listattiin Huomattavaa-sarakkeeseen.

Taulukon valmistumisen jälkeen tutkimuksiin palattiin uudelleen ja niistä haettiin alkuperäisiä ilmauksia, jotka vastaisivat tutkimuskysymyksiin. Nousevat ilmaukset pelkistettiin lyhyempään muotoon ja ne kerättiin analyysitaulukoihin. Pääluokiksi nousivat vuoteenvierusraportoinnin positiiviset vaikutukset potilaaseen, vuoteenvierusraportoinnin negatiiviset vaikutukset potilaaseen ja potilaan osallisuus. Analyysitaulukoihin koottiin pelkistetyt ilmaukset, jonka jälkeen niihin merkittiin, mistä tutkimuksista mikäkin ilmaus löytyy. Tarkemmat analyysitaulukot löytyvät liitteistä (liitteet 5-8). Taulukko alkuperäisten ilmauksien pelkistämisestä pelkistettyihin ilmauksiin ja niiden jako ala- ja yläluokkiin löytyy liitteistä (liite 4).

Analyysitaulukoista luotiin jokaiselle pääluokalle ylä- ja alaluokat ryhmittelemällä pelkistetyt ilmaukset samojen aihealueiden alle. Positiivisten vaikutusten alle löytyneet 19 pelkistettyä ilmausta ryhmiteltiin viideksi yläluokaksi ja negatiivisten vaikutusten seitsemän pelkistettyä ilmausta ryhmiteltiin kolmeksi yläluokaksi. Potilaan osallisuus taas jaettiin kahteen yläluokkaan: potilaan osallisuutta edistäviin tekijöihin ja sitä estäviin tekijöihin. Potilaan osallisuutta edistäviin tekijöihin löytyi kolme alaluokkaa 15 pelkistetyistä ilmauksesta ja osallisuutta

estäviin tekijöihin neljä alaluokkaa 12 pelkistetystä ilmauksesta. Analyysin luokittelu on havainnollistettu tarkemmin kuviossa 6.



Kuvio 6 Analyysin luokittelu

Näiden luokitteluiden avulla pystyttiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin 2 ja 3. Ensin luokituista tehtiin tarkemmat sisällönanalyysit, jotka havainnollistettiin kuvioilla. Tämän jälkeen tuloksista kirjoitettiin auki vielä sanallinen tiedon synteesi. Tuloksista käytiin vielä keskustelua pohdinnan tasolla.

Tutkimuskysymykseen 1 ei pystytty luomaan luokitteluita, koska tutkittua tietoa vuoteenvierusraportoinnin käytöstä vanhuspsykiatriassa ei ollut suoraan saatavilla. Tulokseksi luotiin kuitenkin pieni tiedon synteesi niiden kolmen tutkimuksen perusteella, joissa vuoteenvierusraportointia oli tutkittu joko psykiatristen tai geriatristen potilaiden parissa.

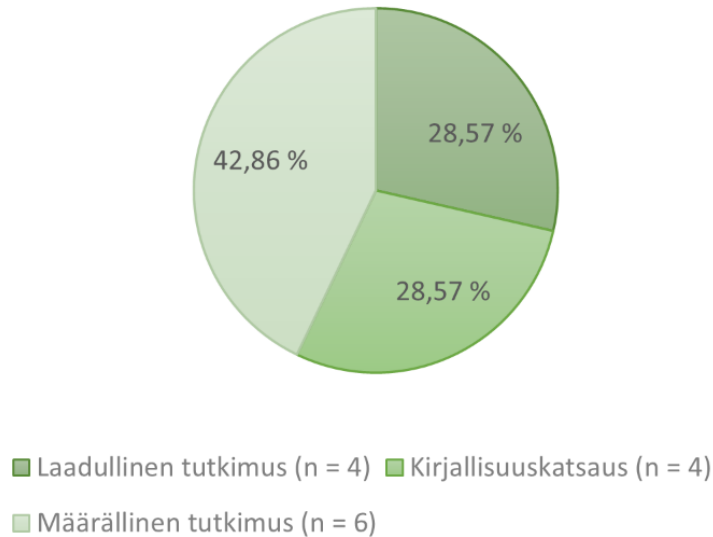
4 Tulokset

Tämä luku aloitetaan kuvailemalla valittua aineistoa, minkä jälkeen esitetään löydetyt vastaukset tutkimuskysymyksiin siitä, mitä tiedetään vuoteenvierusraportoinnin käytöstä vanhuspsykiatriassa, miten vuoteenvierusraportointi vaikuttaa potilaaseen ja tämän hoitoon sekä miten potilaan osallisuutta vuoteenvierusraportoinnissa voi tukea.

4.1 Aineiston kuvailu

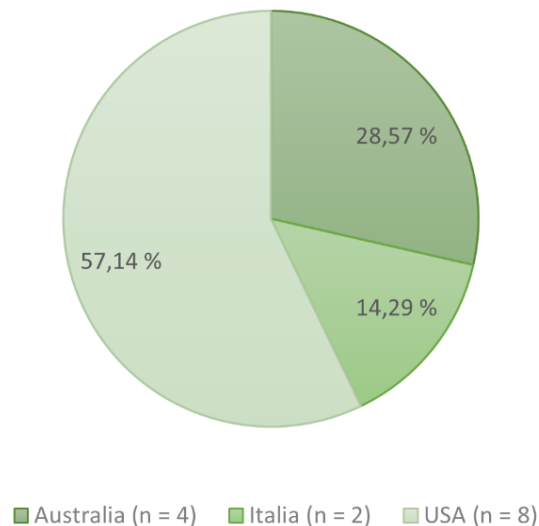
Aineistonkeruun päätteeksi tähän työhön valikoitui analysoitavaksi 14 tutkimusta. Valitut tutkimukset jakaantuivat melko tasaisesti laadullisten ja määrällisten tutkimuksien sekä kirjallisuuskatsausten kesken. Tosin määrällisiä tutkimuksia oli hiukan enemmän verrattuna

laadullisiin tutkimuksiin ja kirjallisuuskatsauksiin. Tutkimusten jakaantuminen metodien mukaan on kuvattuna kuviossa 7.



Kuvio 7 Aineiston tutkimuksissa käytetyt metodit

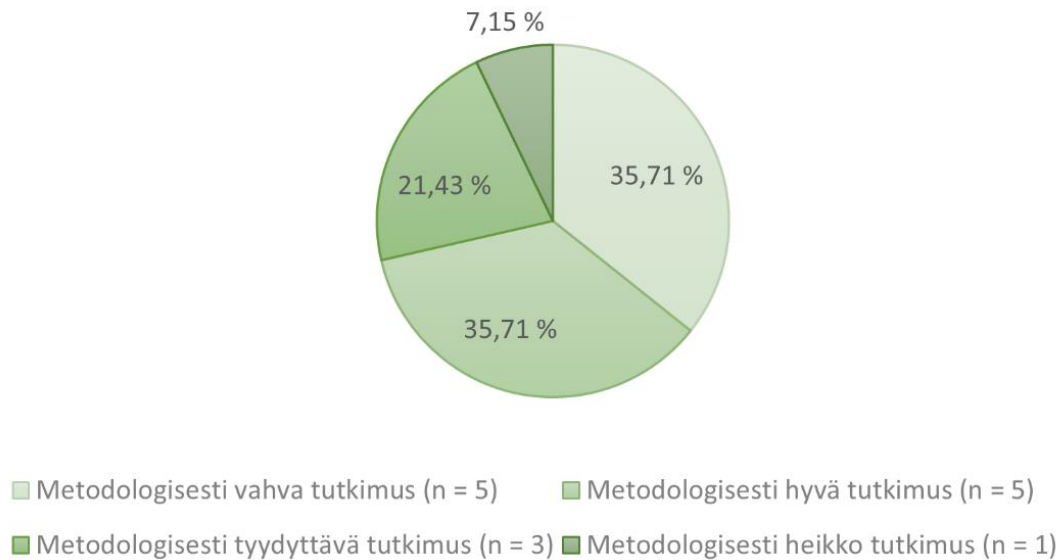
Suurin osa aineiston tutkimuksista oli julkaistu Yhdysvalloissa. Näiden tutkimusten osuus oli melkein 60 prosenttia. Toiseksi eniten tutkimuksia oli Australiasta ja kaksi kappaletta Italiasta. Tutkimusten jakaantuminen julkaisumaiden mukaan on esitelty tarkemmin kuviossa 8.



Kuvio 8 Aineiston tutkimusten julkaisumaat

Valitun aineiston metodologista vahvuutta arvioitiin osana tutkijan taulukon (liite 3) tekoa. Vahvuutta arvioitiin sen perusteella, löytyvätkö tutkimuksesta kaikki osat, joita tieteellisessä tutkimuksessa täytyy olla sekä kuinka tarkkaan ja läpinäkyvästi tutkimuksessa tuotiin esille tutkimuksen prosessi ja tuloksiin pääseminen. Mikäli tutkijat toivat esille tapoja, joilla he

pyrkivät varmistamaan tulosten luotettavuuden (esim. tutkijat tekivät samat työprosessit itsenäisesti ennen kuin yhteisesti hioivat tuloksia tai arvioivat aineistoaan jollakin laatumittarilla) se nosti tutkimuksen luotettavuuden tasoa. Tutkimusten osuudet metodologisen vahvuuden mukaan on esitelty kuviossa 9.



Kuvio 9 Aineiston tutkimukset metodologisen vahvuuden mukaan

Tähän tutkimukseen valittu aineisto oli metodologisesti melko vahvaa, sillä yli 70 prosenttia tutkimuksista arvioitiin metodologisesti vahvaksi tai hyväksi tutkimukseksi. Ainoastaan yksi valittu tutkimus oli metodologisesti heikko. Tämä tutkimus otettiin kuitenkin katsaukseen mukaan, koska se oli ainoa, joka käsitteli vuoteenvierusraportointia psykiatristen geriatrinen potilaiden parissa, ja muussa tapauksessa kyseinen näkökulma olisi jäänyt kokonaan työstä pois.

Kaikki tutkimukset toivat esille pääasiassa vain positiivisia tuloksia liittyen vuoteenvierusraportoinnin käyttöön. Lisäksi tutkimusten tulokset olivat melko samankaltaisia, riippumatta tutkimuksen metodista. Tutkimusten perusteella vuoteenvierusraportoinnilla oli paljon positiivisia vaikutuksia potilaiden hoitoon ja heidän osallisuuteensa. Potilasryhmien välillä tuntui olevan jonkin verran eroavaisuuksia toiveissa ja ajatuksissa. Esimerkiksi psykiatriset potilaat olivat paljon huolestuneempia oman yksityisyytensä säilyttämisestä vuoteenvierusraportoinnin aikana kuin somaattiset potilaat. Lisäksi monet potilaan taustaan liittyvät asiat vaikuttivat siihen, miten paljon ja millä tavalla tämä halusi toimia aktiivisena vuoteenvierusraportilla.

Melkein jokainen tutkimus tunnisti, että vuoteenvierusraportoinnista ei ollut tehty aiemmin riittävä tutkimusta ja että tarvetta lisätutkimukselle vielä oli. Aiemmat tutkimukset vuoteenvierusraportoinnista ovat olleet pitkälti laadullisia, minkä vuoksi viime vuosina on herännyt kiinnostusta pyrkiä vahvistamaan laadullisten tutkimusten tuloksia myös määrällisillä tutkimuksilla. Tähän tutkimukseen valituista tutkimuksista enemmistö olikin juuri määrällisiä

tutkimuksia, mutta vain kahdesta niistä otos oli kattavampi ($n = 401$ ja $n = 233$). Aiemmissä määrällisissä tutkimuksissa otos oli ollut korkeintaan hieman päälle sata potilasta, useimmiten runsaasti alle sata.

Vaikka tutkimusta ei ole tehty aiheesta vielä riittävästi ja tarvetta lisätutkimukselle on, tähän mennessä tehty tutkimus on kuitenkin saanut melko yhteneväisiä tuloksia.

4.2 Vuoteenvierusraportointi vanhuspsykiatriassa

Vuoteenvierusraportoinnin käyttöä vanhuspsykiatriassa ei ole tutkittu suoraan. Seuraava lyhyt synteesi on luotu yhden tutkimusraportin, jossa vuoteenvierusraportointi implementoitiin neurogeriatriselle psykiatriselle osastolle, yhden psykiatristen potilaiden vuorovaihtoraportille osallistumista koskevia kartoittavan tutkimuksen ja yhden vuoteenvierusraportoinnin käyttöä geriatrisella osastolla tutkivan tutkimuksen perusteella.

Tutkimusten perusteella vuoteenvierusraportointia on mahdollista käyttää ikääntyneiden parissa, ja he ovat kykeneväisiä siihen osallistumaan (Givens, Skully & Bromley 2016; Hada, Coyer & Jack 2018). Geriatrisella osastolla huomattiin erityisesti potilasturvallisuuden nousseen, kun vuorovaihtoraportin aikaiset kaatumiset ja hoitajien lääkevirheet vähenivät vuoteenvierusraportin seurauksena (Hada ym. 2018). Givens ym. (2016) todensivat, että vuoteenvierusraportoinnin implementoimisen jälkeen potilaiden osallistuminen hoitonsa suunnitteluun oli suurempaa ja nämä olivat selvästi tietoisempia omasta hoitosuunnitelmastaan. Myös ikääntyneiden potilaiden tyytyväisyys hoidon eri osa-alueisiin nousi vuoteenvierusraportoinnin implementoimisen myötä (Hada ym. 2018).

Psykiatrisella osastolla hoitajat olivat hyvin vastahakoisia implementoimaan vuoteenvierusraporttia, minkä lisäksi monet kokivat, että vuoteenvierusraportti ei hyödyttäisi tätä nimenäistä potilasryhmää, vaan potilaan vuoteen vierellä keskustelu tämän edistymisestä, tai sen puutteesta, saattaisi aiheuttaa potilaalle jopa ahdistusta (Givens ym. 2016). Psykiatriset potilaat itsekin kokivat, että eivät haluaisi puhua kaikista asioista vuoteen vierellä, mainiten esimerkiksi henkisen tilan, mielialan tai vaikeat keskustelut. Potilaat ajattelivat, että on asioita, joista hoitajien on parempi puhua keskenään. He tuntuivat myös luottavan hoitajiensa ammattitaitoon ja kliiniseen osaamiseen sen suhteen, että hoitajat voisivat arvioida, mitkä asiat kannattaisi puhua vuoteenvierusraportilla ja mitä ei. (Olasoji ym. 2017.)

Huolimatta siitä, että ajattelivat ettei kaikkia asioita kannata vuoteen vierellä keskustella, potilaat olivat hyvin innokkaita osallistumaan vuorovaihtoraporttiin, ja kokivat oikeudekseen olla raportilla, koska raportti koski heitä. Potilaiden ajatus oli, että osallistumisella olisi positiivisia vaikutuksia heidän hoitoonsa, koska he kykenisivät saamaan oman äänensä kuuluville hoitoaan koskien. Tärkeää oli kuitenkin saada itse valita oman osallistumisen taso. (Olasoji ym. 2017.)

Psykiatriset potilaat toivat esille paljon suuremman huolen oman yksityisyytensä vaarantumisesta kuin somaattiset potilaat (Becker 2014; Bressan, Cadorin, Stevanin & Palese 2019; Lupieri, Creatti & Palese 2015; Olosoji ym. 2017; Sherman, Sand-Jecklin & Johnson 2013). He menivät jopa niin pitkälle, että huolimatta halustaan osallistua raportille ja kokemuksestaan, että heidän kuuluisi olla sillä läsnä, he olivat mieluummin osallistumatta raportille kokonaan, mikäli se vaarantaisi heidän yksityisyytensä (Olosoji ym. 2017). Kun taas somaattiset potilaat, vaikka ilmaisivat huolensa yksityisyydestään, eivät todella kokeneet sen vaarantuvan, tai ajattelivat, että muita potilaita ei heidän sairautensa kiinnosta, koska he ovat itsekin sairaita (Lupieri ym. 2015).

Päätulokset vuoteenvierusraportin käytöstä vanhuspsykiatriassa on referoitu alla olevaan kuvioon (kuvio 10).



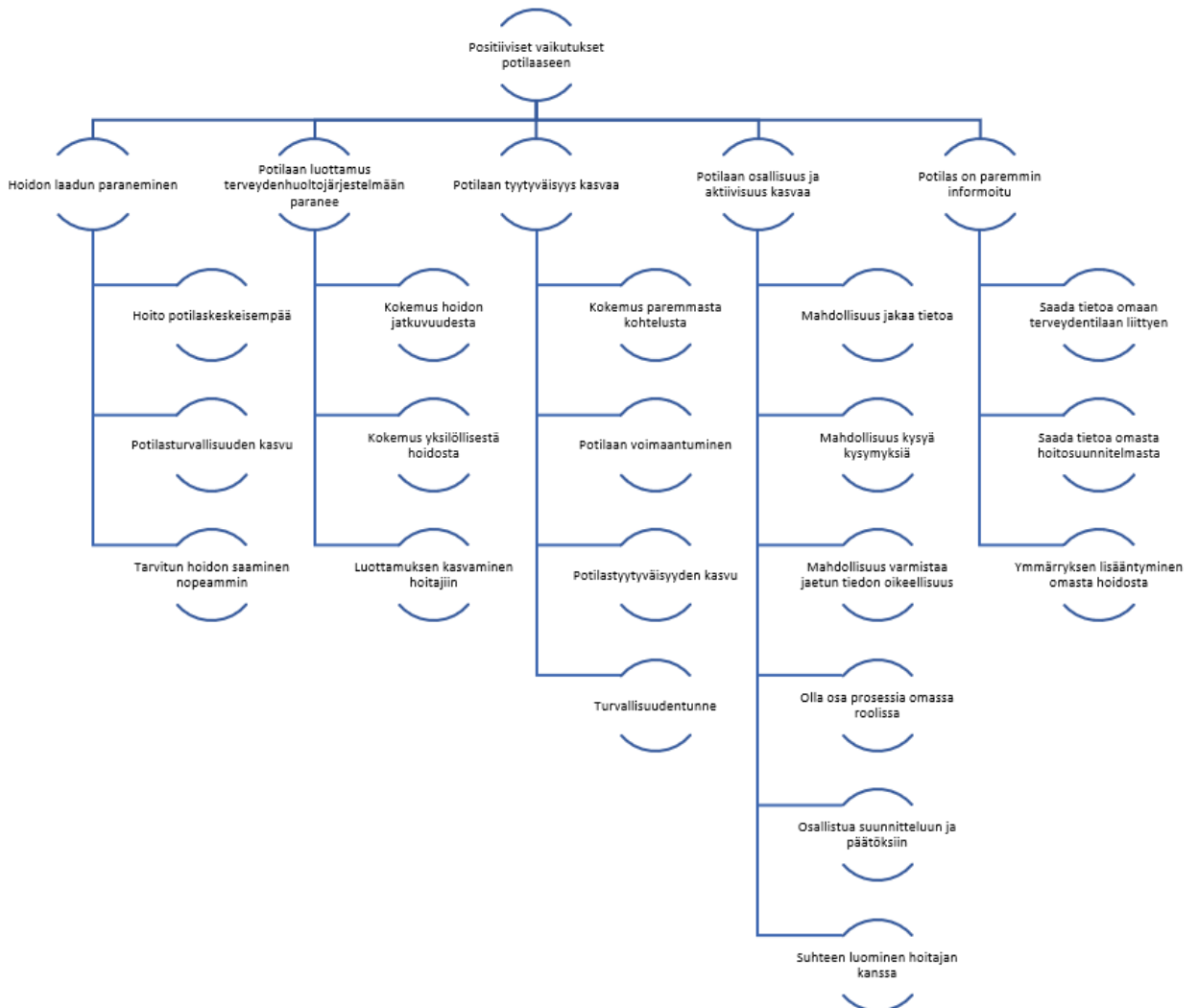
Kuvio 10 Päätulokset vuoteenvierusraportoinnin käytöstä vanhuspsykiatriassa

4.3 Vuoteenvierusraportoinnin vaikutukset potilaaseen

Tutkimusten analysointivaiheessa löytyi vuoteenvierusraportoinnin käytöstä alkuperäisiä ilmauksia sekä positiivisista että negatiivisista vaikutuksista potilaaseen. Tarkemmat analyysitulokset vuoteenvierusraportin vaikutuksista potilaaseen löytyvät liitteistä (liitteet 5 ja 6). Seuraavaksi käymme tulokset läpi, ensin positiivisista ja sitten negatiivisista vaikutuksista potilaaseen.

4.3.1 Vuoteenvierusraportoinnin positiiviset vaikutukset potilaaseen

Positiiviset vaikutukset pystyttiin jakamaan viiteen yläluokkaan, jotka olivat: (1) hoidon laadun paraneminen, (2) potilaan luottamus terveydenhuoltojärjestelmään paranee, (3) potilaan tyytyväisyys kasvaa, (4) potilaan osallisuus ja aktiivisuus kasvaa ja (5) potilas on paremmin informoitu. Sisällönanalyysi luokkien ja pelkistettyjen ilmausten kanssa on tarkemmin esitelty alla olevassa kuviossa (kuvio 11).



Kuvio 11 Sisällönanalyysi positiivisista vaikutuksista potilaaseen

Vuoteenvierusraportoinnin huomattiin parantavan huomattavasti hoidon laatua. Hoidon koettiin muuttuvan potilaskeskeisemmäksi vuoteenvierusraportoinnin myötä (Gregory, Tan, Til-rico, Edwardson & Gamm 2014). Vuoronvaihtoraportin tapahtuminen vuoteen vierellä liitettiin myös lisääntyneeseen potilasturvallisuuteen, sillä sen seurauksena sekä vuoronvaihdon aikaiset potilaskaatumiset että kaikki hoitajien lääkitysvirheet vähenivät (Gregory ym. 2014; Hada ym. 2018; Sand-Jecklin & Sherman 2014; Sherman ym. 2013). Potilaat myös kokivat saavansa

tarvitsemansa hoidon nopeammin, kun hoitajat hoitivat vuoronvaihtoraportin heidän vuoteensa vierellä (Gregory ym. 2014).

Potilaiden luottamus terveydenhuoltojärjestelmään parani monella alueella, kun he saivat osallistua vuoteenvierusraportille. Osallistuminen antoi heille kokemuksen hoidon jatkuvuudesta (Bressan ym. 2019; Lupieri ym. 2015). Potilaita rauhoitti tietää, että kuka heitä hoitaisi seuraavassa vuorossa ja että heitä hoitava hoitaja tiesi juuri heidän tilanteensa ja oli saanut kaiken tarpeellisen informaation. Monessa tutkimuksessa myös todettiin potilaiden luottamuksen kasvavan heitä hoitaviin hoitajiin sekä luottamaan näiden osaamiseen ja ammattitaitoon, kun he saivat kokea tämän vuoteenvierusraportin aikana (Becker 2014; Bressan ym. 2019; Ford & Heyman 2017; Lupieri ym. 2015; Tobiano, Bucknall, Sladdin, Whitty & Chaboyer 2018). Potilaat myös kokivat saavansa yksilöllisempää hoitoa (McMurray, Chaboyer, Wallis, Johnson & Gehrke 2010; Tobiano ym. 2018). Aktiivinen osallistuminen ja nimeltä esittely saivat potilaan tuntemaan, että häntä hoidettiin yksilöllisesti, eikä kohdeltu vain potilaana.

Potilaiden tyytyväisyys hoitoon kasvoi, kun he kokivat vuoteenvierusraportoinnin aikana tullessa paremmin kohdelluiksi (Sand-Jecklin & Sherman 2014; Tobiano ym. 2018). He myös voimaantuivat vuoteenvierusraportin käytön seurauksena (Gregory ym. 2014). Yleinen potilastyytyväisyys kasvoi (Gregory ym. 2014; Hada ym. 2014; Sherman ym. 2013), minkä lisäksi monessa tutkimuksessa tunnistettiin potilaan turvallisuuden tunteen kasvavan vuoteenvierusraportin käytöstä (Becker 2014; Bressan ym. 2019; Ford & Heyman 2017; Gregory ym. 2014; Lupieri ym. 2015; Sherman ym. 2013; Tobiano ym. 2018).

Potilaiden osallisuus ja aktiivisuus kasvoivat, kun vuoteenvierusraportti antoi heille mahdollisuuden jakaa tietoa hoitajille (Gregory ym. 2014; Tobiano ym. 2018), kysyä heiltä kysymyksiä (Becker 2014; Gregory ym. 2014; Hada ym. 2018; Olosoji ym. 2017; Tobiano ym. 2018) sekä varmistaa raportilla jaetun tiedon oikeellisuus (Becker 2014; Lupieri ym. 2015; Olosoji ym. 2017). Potilas pystyi myös olemaan aktiivisempi, koska vuoteenvierusraportti edesauttoi suhteen luomista hoitajien kanssa (Bressan ym. 2019; Gregory ym. 2014; Sherman ym. 2013; Tobiano ym. 2018). Vuoteenvieruraportti myös antoi potilaalle mahdollisuuden toimia osana prosessia, koska hänellä oli raportissa oma rooli (Becker 2014; Ford & Heyman 2017; Givens ym. 2016; Hada ym. 2018; McMurray 2010; Tobiano ym. 2018). Lisäksi omassa roolissaan toimiesseen potilas pystyi myös osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun sekä päätöksentekoon (Givens ym. 2016; Gregory ym. 2014; Maxson, Derby, Wroblewski & Foss 2012; Olosoji ym. 2017; Sand-Jecklin & Sherman 2014; Tobiano ym. 2018; Whitty, Spinks, Bucknall, Tobiano & Chaboyer 2016).

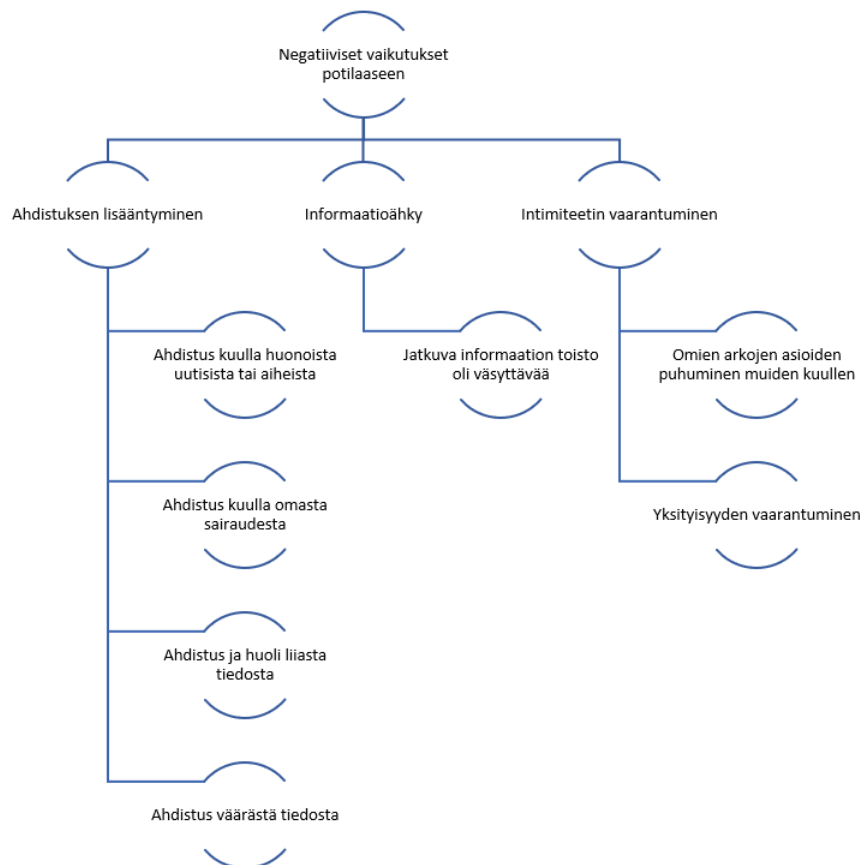
Vuoteenvierusraportin todettiin myös vaikuttavan siihen, että potilas on paremmin informoitu. Raportti mahdollisti sen, että potilas sai tietoa omaan terveydentilaansa liittyen (Becker 2014; McMurray ym. 2010; Olosoji ym. 2017; Sand-Jecklin & Sherman 2014; Sherman

ym. 2013; Tobiano ym. 2018; Whitty ym. 2016) sekä tietoa omasta hoitosuunnitelmastaan (Givens ym. 2016; Maxson ym. 2012; McMurray ym. 2010; Olasoji ym. 2017; Sand-Jecklin & Sherman 2014; Sherman ym. 2013; Tobiano ym. 2018; Whitty ym. 2016). Tiedon saamisen lisäksi myös potilaan ymmärrys omasta hoidostaan lisääntyi (Gregory ym. 2014).

Vuoteenvierusraportti siis vaikuttaa monella eri tavalla positiivisesti potilaan hoitoon parantamalla hoidon laatua sekä lisäämällä potilaan osallisuutta ja aktiivisuutta. Vuoteenvierusraportti antaa potilaalle mahdollisuuden toimia omassa roolissa aktiivisena toimijana hoidossaan ja sen suunnittelussa. Lisäksi se parantaa potilasturvallisuutta sekä potilaan tyytyväisyyttä monella eri alueella.

4.3.2 Vuoteenvierusraportoinnin negatiiviset vaikutukset potilaaseen

Myös negatiiviset vaikutukset jaettiin yläluokkiin, joita löytyi kolme: (1) ahdistuksen lisääntyminen, (2) informaatiohäky ja (3) intimitietin vaarantuminen. Sisällönanalyysi luokkien ja pelkistettyjen ilmausten kanssa on tarkemmin esitelty alla olevassa kuviossa (kuvio 12).



Kuvio 12 Sisällönanalyysi negatiivisista vaikutuksista potilaaseen

Tutkimuksissa tuotiin esille huolta siitä, että vuoteenvierusraportti voisi mahdollisesti aiheuttaa potilaalle ahdistusta ja huolta tämän kuullessa huonoja uutisia omasta edistymisestään tai

terveydessään tapahtuvissa muutoksista (Givens ym. 2016; Olosoji ym. 2017; Sherman ym. 2013), yleensä omasta sairaudestaan (Givens ym. 2016; Sherman ym. 2013), väärää tai virheellistä tietoa (Sherman ym. 2013) tai liikaa tietoa (Givens ym. 2016, Lupieri ym. 2015; Sherman ym. 2013).

Potilaat myös saattoivat kokea, että jatkuva omasta sairaudesta samat asiat kuuleminen saattoi olla väsyttävää, kun joutui kuuntelemaan asiat toistona jokaisena vuoron vaihtona (Sherman ym. 2013).

Vuoteenvierusraportti myös saattoi vaarantaa potilaan intimitetin. Yksityisyyden vaarantuminen koettiin isoimpana ongelmana monissa tutkimuksissa (Becker 2014; Bressan ym. 2019; Gregory ym. 2014; Lupieri ym. 2015; Olosoji ym. 2017; Sherman ym. 2013). Paradoksaalisesti kyllä, Lupieri ym. (2015) huomasivat tutkimuksessaan, että vaikka potilaat olivat huolissaan yksityisyytensä vaarantumisesta, he eivät kuitenkaan kokeneet vuoteenvierusraportoinnin sitä vaarantavan, koska ajattelivat hoitajien pystyvän hoitamaan raportin niin, että yksityisyys ei todella vaarantunut.

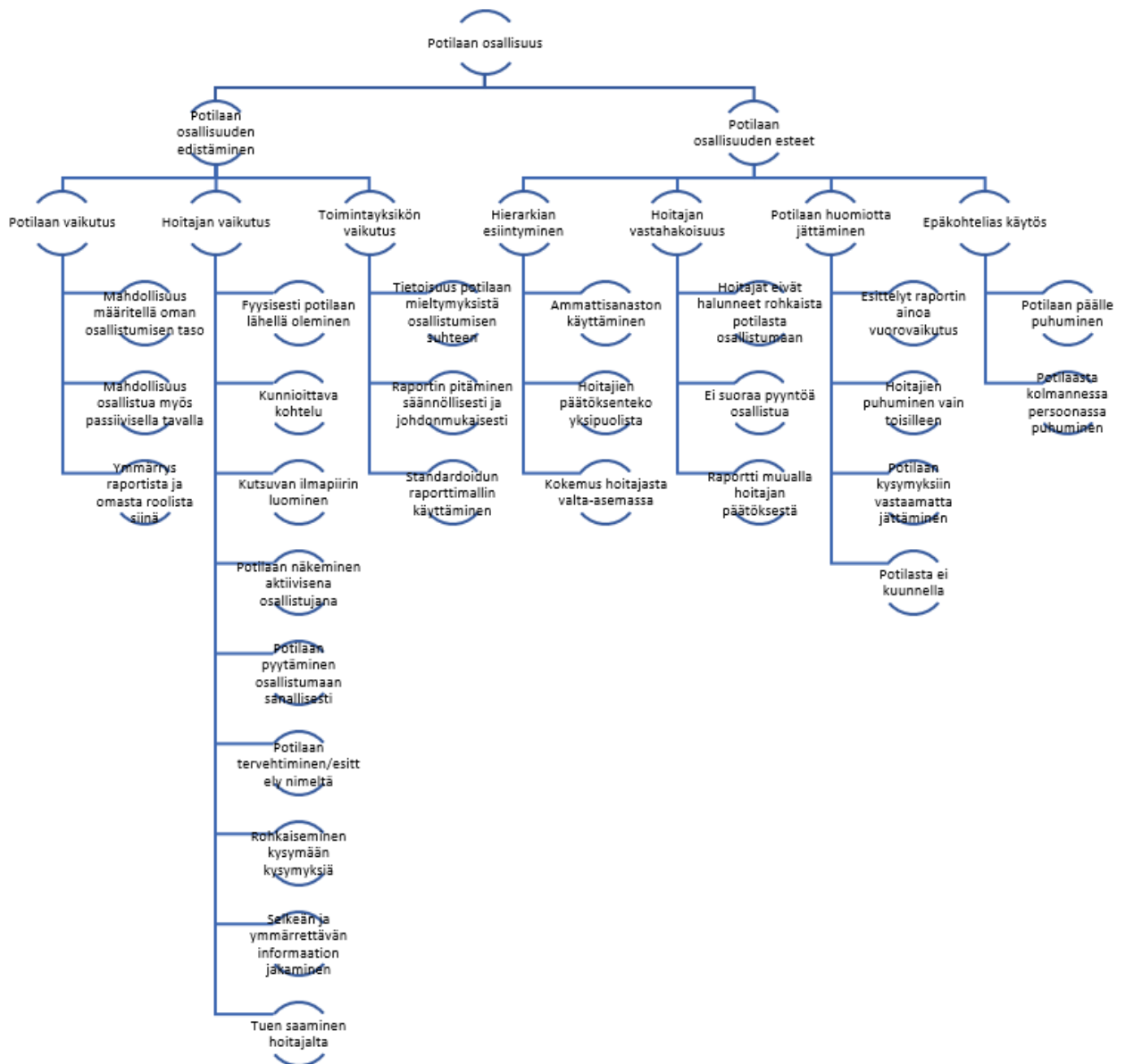
Potilaat toivat kuitenkin esille huoltaan siitä mahdollisuudesta, että joutuisivat puhumaan omista aroista asioistaan muiden raportille kuulumattomien kuullen (Bressan ym. 2019; Olosoji ym. 2017). Tällaisia raportille kuulumattomia saattoivat olla esimerkiksi omaiset tai huoneetoverit. Omaisten osallistumisesta oltiin montaa mieltä, sillä osa potilaista koki hyvänä sen, että omaiset saattoivat osallistua raportille, kun taas toiset eivät halunneet omaisia kuuntelemaan raporttia. Monet kokivatkin hyvänä sellaisen mahdollisuuden, että potilas saisi itse päättää, osallistuvatko omaiset raportille vai eivät.

Vuoteenvierusraportille osallistuessaan potilas on alttiina monenlaisille tiedoille koskien omaa terveyttään ja mahdollisia lääketieteellisiä ongelmiaan. Nämä tiedot, varsinkin väärällä tavalla esiintuotuna voivat aiheuttaa potilaalle paljon ahdistusta ja huolta. Myös jatkuva samojen asioiden kuuleminen voi väsyttää potilasta, jolla on täysi työ toipumisessa. Lisäksi vuoteenvierusraportti huolimattomasti toteutettuna voi vaarantaa potilaan yksityisyyden ja intimitetin.

4.4 Potilaan osallisuuden tukeminen vuoteenvierusraportoinnissa

Potilaan osallisuutta tutkittiin tässä katsauksessa erityisesti osallisuuden edistämisen näkökulmasta, mutta myös siitä, mitkä asiat ovat potilaan osallisuuden esteinä. Osallisuuden edistämiseen tunnistettiin vaikuttavan kolme eri tekijää: (1) potilas itse, (2) hoitaja sekä (3) toimintayksikkö. Varsinkin hoitajalla on suuri rooli potilaan osallisuuden edistämässä. Osallisuuden esteet taas jaettiin tutkimuslöydösten perusteella neljään eri alaluokkaan: (1) hierarkian esiintyminen, (2) hoitajan vastahakoisuus, (3) potilaan huomiotta jättäminen ja (4)

epäkohtelias käytös. Sisällönanalyysi luokkien ja pelkistettyjen ilmausten kanssa on tarkemmin esitelty kuviossa 13.



Kuvio 13 Sisällönanalyysi potilaan osallisuudesta

4.4.1 Potilaan osallisuuden edistäminen

Potilaan osallisuuden edistäminen oli riippuvainen kolmesta eri tekijästä: potilaasta, hoitajasta ja toimintayksiköstä. Kaikilla tekijöillä oli oma vaikutuksensa potilaan osallisuuteen ja osallistumiseen.

Potilaan osallisuutta edisti huomattavasti se, jos potilas ymmärsi, mikä vuoteenvierusraportin merkitys oli sekä mikä hänen oma roolinsa raportissa on (Becker 2014; Tobiano ym. 2018). Lisäksi osallisuutta edesauttoi se, mikäli potilas sai itse määritellä oman osallistumisensa

aktiivisuuden tason (Tobiano ym. 2018) tai jopa osallistua vain passiivisesti, jos niin halusi (Becker 2014; Bressan ym. 2019; McMurray ym. 2010; Olasoji ym. 2017). Passiivisella osallistumisella tarkoitettiin sitä, että potilas sai olla läsnä ja kuunnella raportin, mutta hänen ei tarvinnut siihen itse osallistua aktiivisesti.

Huomattavin merkitys potilaan osallisuuden edistämiseksi oli hoitajalla. Tärkeää oli kohdella potilasta hyvin ja kunnioittavasti (Bressan ym. 2019; Hada ym. 2018) sekä jakaa jaettava informaatio selkeästi ja ymmärrettävästi (Bressan ym. 2019; McMurray ym. 2010). Oli myös merkittävää, että hoitajan näkemys potilaasta oli se, että tämä on aktiivinen osallistuja (Hada ym. 2018). Hoitaja pystyi rohkaisemaan potilaan osallistumista luomalla kutsuvan ilmapiirin omalla käyttäytymisellään, äänen ja kehonkielen käytöllään sekä katsekontaktin ottamisella (Becker 2014). Hyvin tärkeäksi koettiin se, että hoitaja pyysi potilasta osallistumaan sanallisesti (Becker 2014; Gregory ym. 2014; Hada ym. 2018; McMurray ym. 2010; Whitty ym. 2016), potilasta tervehdittiin ja hänet esiteltiin nimeltä (Hada ym. 2018; McMurray ym. 2010; Tobiano ym. 2018) ja häntä rohkaistiin kysymään kysymyksiä (Gregory ym. 2014; Hada ym. 2018; McMurray ym. 2010; Whitty ym. 2016). Potilaat kokivat osallisuutensa ja osallistumisensa kasvavan, kun he kokivat saavansa hoitajalta tukea (Bressan ym. 2019; Lupieri ym. 2015). Myös fyysisesti potilaan lähellä olemisen todettiin edesauttavan osallistumista (Tobiano ym. 2018).

Myös toimintayksikkö voi vaikuttaa potilaan osallisuuteen vuoteenvierusraportilla. Yksi tällainen tapa on standardoida vuoteenvierusraporttimalli, joka on suunniteltu osallistamaan potilasta (Hada ym. 2018). Tällainen standardoitu malli voi auttaa siinä, että jokainen sitä käyttävä hoitaja osaa rohkaista potilasta osallistumaan. Myös raportin pitäminen säännöllisesti ja johdonmukaisesti edesauttaa potilaan osallistumista (Becker 2014; Ford & Heyman 2017; Sand-Jecklin & Sherman 2014). Joissakin tapauksissa hoitajat saattoivat esimerkiksi päättää olla pitämättä vuoteenvierusraporttia ja pitivätkin sen keskenään kansliassa, jolloin potilaat jäivät epätietoisiksi siitä, milloin mitään tapahtui. Potilaat myös saattoivat hämmentyä raportin pitämisen epäjohdonmukaisuudesta. Lisäksi, jos toimintayksikössä oli huomioitu se, että oli tärkeää olla tietoinen potilaan mieltymyksistä raportille osallistumisen suhteen, auttoi se henkilökuntaa räätälöimään raportin potilaalle yksilöllisesti (Tobiano ym. 2018; Whitty ym. 2016).

Potilaan osallisuutta edesauttoi siis mahdollisimman selkeä ja johdonmukainen toiminta sekä se, että potilas ymmärsi, mistä vuoteenvierusraportissa oli kyse ja oli tietoinen omasta roolistaan siinä. Kun potilas ymmärsi mistä oli kyse ja mitä häneltä odotettiin, mahdollisti se aktiivisen osallistumisen. Hoitajalla tuntui olevan kaikkein keskeisin rooli potilasta osallistavana, sillä hoitajan asenteet ja käytös vaikuttivat huomattavasti siihen, kuinka rohkaistu potilas oli osallistumaan raporttiin.

4.4.2 Potilaan osallisuuden esteet

Potilaan osallisuuden ja vuoteenvierusraportoinnille osallistumisen esteiksi nousivat pääasiassa hoitajiin liittyviä haasteita.

Yksi suuri este oli se, jos vuoteenvierusraportti muuttui liian hierarkkiseksi. Tällöin hoitajat olivat näennäisesti potilaita korkeammalla, eikä potilaan roolia kunnioitettu aktiivisena ja tasavertaisena toimijana. Tämä saattoi tapahtua, jos potilaille välittyi kuva hoitajista valta-ase-massa tai mikäli hoitajat tekivät päätökset yksipuolisesti eivätkä ottaneet potilasta mukaan päätöksentekoon (Tobiano ym. 2018). Selkeästi suurin tapa, millä potilas suljettiin henkisesti raportin ulkopuolelle, oli ammattisanaston käyttö, jolloin potilas ei välttämättä ymmärtänyt keskustelua (Bressan ym. 2019; Lupieri ym. 2015; Sherman ym. 2013; Tobiano ym. 2018).

Hoitajat saattoivat myös syystä tai toisella olla vastahakoisia pitämään vuoteenvierusraporttia, jolloin he päättivät yksipuolisesti pitää raportin poissa vuoteen viereltä, sulkien näin potilaan raportin ulkopuolelle (Tobiano ym. 2018). Potilaat saattoivat myös kokea, että heidän ei haluttu osallistuvan, mikäli hoitajat eivät suoraan pyytäneet heitä osallistumaan (Tobiano ym. 2018). Monessa tapauksessa hoitajat eivät halunneetkaan rohkaista potilasta osallistumaan (Tobiano ym. 2018). Tähän saattoi olla syynä esimerkiksi pelko raportin venymisestä tai siitä, että potilas tuo keskusteluun jotakin aikaa vievää ja epäolennaista.

Lisäksi potilaan osallisuus saattoi estyä, mikäli hoitajat jättivät potilaan huomioimatta. Tämä saattoi näkyä niin, että hoitajat eivät kuunnelleet potilasta (Tobiano ym. 2018), puhuivat vain toisilleen (Lupieri ym. 2015) tai jättivät vastaamatta potilaan kysymyksiin (Tobiano ym. 2018). Osallisuus myös estyi, mikäli ainoa hoitajien ja potilaan vuorovaikutus raportin aikana oli esittely ja muuten vain hoitajat olivat äänessä (Tobiano ym. 2018).

Potilaan osallisuuden esteenä saattoi olla myös hoitajan epäkohtelias käytös, mikä saattoi näkyä potilaan päälle puhumisena (Tobiano ym. 2018) tai potilaasta kolmannessa persoonassa puhuminen (McMurray ym. 2010; Tobiano ym. 2018).

Hoitaja pystyy omalla toiminnallaan vaikuttamaan vahvasti siihen, pystyykö potilas osallistumaan vuoteenvierusraporttiin myös silloin, kun potilas on läsnä, eikä vain eväämällä potilaan pääsyn raportille. Potilaat saattavat herkästi kokea, että eivät ole rohkaistuja tai tervetulleita osallistumaan, mikäli suoraa pyyntöä osallistua ei tule.

5 Pohdinta

5.1 Tulosten arviointi ja hyödynnettävyys

Tutkimuskysymykseen 1 ei tutkimuksen vähyyden vuoksi voitu tehdä kovin kattavaa tai luotettavaa tiedon synteesiä. Lisäksi synteisiin käytetyt tutkimukset olivat luonteeltaan erilaisia ja käsittelivät erilaisia potilasryhmiä. Niiden yhteenvetona voidaan kuitenkin huomata, että vanhuspsykiatriassa, ja erityisesti psykiatrian puolella, on omia erityispiirteitä verrattuna somaatiikan puolelle.

Huomattavin ero on ehdottomassa yksityisyyden varjelemisessa, jonka psykiatriset potilaat veivät jopa niin pitkälle, että mieluummin jättivät osallistumasta ja olemasta osallisia kuin vaaransivat oman yksityisyytensä, kun taas somaatiikan puolella potilaat, vaikkakin toivat asian esille, eivät olleet asiasta niin ehdottomia. Psykiatristen potilaiden parissa myös huoli siitä, että raportilla saatu tieto voisi aiheuttaa ahdistusta tai huolta, nousi painokkaammin esille kuin somaattisten potilaiden kanssa. Voisimme ajatella tästä, että psykiatrinen hoito, joka erikoistuu nimenomaan mielenterveyden ja -häiriöiden hoitoon, on jo valmiiksi hoitoa potilaiden parissa, jotka ovat mieleltään haavoittuvaisempia kuin potilaat, joiden lääketieteellinen haitta on somaattinen, ja siksi raportilla saadut tiedot voivat vaikuttaa heidän henkiseen tilaansa voimakkaammin.

Toinen huomattava asia, mikä tuloksissa nousee esille, on se, että vaikka ikääntyminen heikentää mm. kognitiivisia kykyjä, myös ikääntyneet potilaat olivat täysin kykeneväisiä osallistumaan vuoteenvierusraportille. Lisäksi vuoteenvierusraportin käytöllä ikääntyneiden parissa todettiin olevan samat positiiviset vaikutukset kuin työikäistenkin kanssa käytettynä.

Vaikka vuoteenvierusraportin käytöstä vanhuspsykiatriassa ilmeni mielenkiintoisia tuloksia, eivät tulokset ole yleistettävissä tutkimuksen vähäisyyden ja heterogeenisyyden vuoksi.

Tutkimuskysymyksiin 2 ja 3 löytyi tuloksia ja tietoa selkeästi paljon enemmän, ja kaikki valitut tutkimukset olivat mukana ylä- ja alaluokkien ja tiedon synteessin luomisessa. Lisäksi tutkimusten tulokset olivat pääasiassa yhteneväisiä, mikä viittaisi siihen, että tulokset voisivat olla pienellä varauksella yleistettävissä.

Huomattavaa kuitenkin on, että suurin osa tutkimuksista oli tehty somaattisten potilaiden parissa, minkä vuoksi psykiatristen potilaiden näkökulma jäi ohueksi. Monet tutkimukset olivat otoksiltaan pieniä ja tutkitut potilasryhmät melko homogeenisiä, minkä vuoksi tulosten yleistettävyys ei monissa tutkimuksissa ollut mahdollista. Lisäksi tutkimuksissa oli paljon mukana potilaita, joilla oli mahdollisesti enemmän ja parempia edellytyksiä osallistua vuoteenvierusraportointiin. Nämä potilaat saattoivat olla paremmassa kunnossa tai henkisesti pystyvämpiä osallistumaan raportille, sillä he olivat myös kykeneväisiä osallistumaan tutkimusten

aineistonkeruuseen (haastatteluun tai kysymyslomakkeen täyttöön). Näin ollen kaikkein huonokuntoisimmat ja kriittisesti sairaimmat potilaat jäivät tutkimuksissa helposti huomioimatta. Tämä vaikuttaa olennaisesti tulosten yleistettävyyteen, kun tuloksiin ei saada haavoittuvampien potilasryhmien näkökulmaa.

Tuloksissa löytyi huomattavasti enemmän vuoteenvierusraportoinnin positiivisia kuin negatiivisia vaikutuksia potilaaseen. Vuoteenvierusraportointi paransi hoidon laatua tekemällä hoidosta potilaskeskeisempää ja -turvallisempaa sekä kasvatti potilaan tyytyväisyyttä ja luottamusta hoitoon sekä häntä hoitaviin hoitajiin. Vuoteenvierusraportti myös osallisti potilasta asettaen tämän aktiivisempaan rooliin omassa hoidossaan ja siinä tehtävissä päätöksissä sekä piti potilaan paremmin informoituna omasta terveydentilastaan ja hoitosuunnitelmastaan.

Kaikki edellä mainitut tulokset palvelevat niitä asioita, mitkä ovat tärkeitä nykypäiväisessä hoitotyössä: osallisuutta ja itsemääräämisoikeuden toteutumista. Potilaan osallisuus kasvoi raportille osallistuessa, mikä helpottaa omaan hoitoon sitoutumista sekä vastuun ottamista omasta hoidosta aktiivisena toimijana. Lisäksi potilaan itsemääräämisoikeuden toteuttaminen helpottui, kun hän pystyi osallistumaan hoidon suunnitteluun ja päätösten tekoon vuoronvaihtoraportilla. Myös lakiin kirjattu potilaan oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan toteutui hyvin vuoteenvierusraportin yhteydessä.

Suurin yksittäinen huoli ja negatiivinen vaikutus oli potilaan intimiteetin ja yksityisyyden vaarantuminen. Potilaan yksityisyydestä ja intimiteettisuojausta huolehtiminen on hyvin tärkeää hoitotyössä, jotta potilas voi luottaa itsensä ja hoitonsa häntä hoitavien ihmisten käsiin ilman, että hänen täytyy olla huolissaan asioidensa leviämisestä. Yksityisyys on jokaisen ihmisen perusoikeus. Lisäksi hoitosuhteessa saadut tiedot ovat jo lain mukaan salassa pidettäviä tietoja, minkä vuoksi niitä pitää kohdella erityisellä huolellisuudella.

On hyvä tunnistaa, että vuoteenvierusraportointi, kaikkien positiivisten vaikutustensa ohella, aiheuttaa riskin yksityisyydelle. Tämä voi kuitenkin olla ehkäistävissä tunnistamalla riski ja hoitamalla raportin järjestäminen niin, että intimiteetti ja yksityisyys eivät vaarannu. Tällaisia asioita voivat olla esimerkiksi potilashuoneiden järjestäminen yksityishuoneiksi tai hoitajien raportointi pehmeällä äänellä lähellä potilasta.

Myös mahdollinen huoli ja ahdistus raportilla saaduista tiedoista olivat negatiivisia vaikutuksia potilaaseen. Täytyy kuitenkin miettiä, että onko potilaalle nouseva huoli tärkeämpää ehkäistä kuin se, että potilas saa kaiken tarvittavan tiedon omasta hoidostaan. Huolen ja ahdistuksen ilmenemiseen voi olla mahdollista myös vaikuttaa sillä, miten hoitajat asiat ilmaisevat ja kertovat raportilla sekä antavatko he tilaa potilaalle kertoa huolestaan. Vaikuttaa siltä, että vuoteenvierusraportoinnin negatiiviset vaikutukset potilaaseen voivat olla ehkäistävissä asianmukaisen tilan järjestämisellä ja hoitajien hyvällä kommunikaatiotyyllillä.

Tulosten perusteella sekä potilaalla itsellään että toimintayksiköllä on mahdollisuus vaikuttaa potilaan osallisuuteen vuoteenvierusraportilla. Suurin rooli potilaan osallisuuden edistämisessä on kuitenkin hoitajalla, joka pystyy joko osallistamaan potilasta tai estämään tämän osallistumisen ja osallisuuden omalla toiminnallaan ja käytöksellään. Hoitajat kykenivät sulkemaan potilaan helposti raportin ulkopuolelle silloinkin, kun pitivät raportin tämän vuoteen vierellä potilaan ollessa läsnä.

Tulosten perusteella piiryykin sellainen kuva, että mikäli halutaan edistää potilaan osallistumista vuoteenvierusraportille, ja näin ollen osallisuutta omaan hoitoonsa, onkin erittäin merkittävää kiinnittää huomiota hoitajien toimintaan raporttiin liittyen. Tämän voisi saavuttaa esimerkiksi hoitajien riittävällä työpaikkakoulutuksella sekä standardoidun raporttimallin kehittämällä, mitä seuraamalla malli ohjaa hoitajia myös osallistamaan potilasta jokaisella raportilla aina uudestaan.

Tätä tutkimusta voi hyödyntää silloin, kun halutaan implementoida vuoteenvierusraportti toimintayksikön raporttimalliksi tai arvioida, sopisiko vuoteenvieruraportointi omaan toimintayksikköön. Tutkimusta voi hyödyntää myös sellaisessa tilanteessa, missä haluaa muokata jo implementoitua vuoteenvierusraporttia potilasta osallistavammaksi. Työ nostaa esille myös käytännöllisiä tapoja edistää potilaan osallisuutta ja osallistumista tai tunnistaa osallisuuden esteitä, ja näin ollen helpottaa niihin puuttumista tai niiden ehkäisyä. Tutkimuksen hyödynnettävyyttä on edelleen havainnollistettu kuviossa 14.



Kuvio 14 Tutkimuksen hyödynnettävyys

Tutkimus myös auttaa ymmärtämään, että potilasryhmät ja potilaat eivät ole homogeenisiä, vaan vuoteenvierusraportti olisi aina hyvä räätälöidä yksilöllisesti sopimaan oman kohdepotilasryhmän tai yksittäisen potilaan tarpeisiin. Tutkimuksen myötä myös ymmärrys siitä, millaisia vaikutuksia vuoteenvierusraportoinnilla on potilaaseen, lisääntyy.

5.1.1 Tutkimuksen tulosten pohdintaa teoreettiseen viitekehykseen peilaten

Tässä tutkimuksessa todettiin vuoteenvierusraportoinnin samat positiiviset vaikutukset potilaaseen ja tämän osallisuuteen kuin aiemmassa kirjallisuudessa on tuotu ilmi. Tulokset olivat siis yhtenevät aiemman tiedon kanssa. Tosin tässä tutkimuksessa huomattiin hoitajan roolin korostuvan onnistuneen vuoteenvierusraportoinnin toteutumisessa, sillä hoitaja pystyi estämään potilaan osallisuuden ja aktiivisen roolin, vaikka raportti näennäisesti pidettiin yhdessä potilaan kanssa, jolloin monet potilaan oikeuksia ja hyvinvointia tukevat asiat jäivät toteutumatta.

Tuloksissa myös tuli ilmi se, että vuoteenvierusraporttia oli käytetty onnistuneesti ikääntyneiden parissa, ja siinä oli todettu samat hyödyt kuin työikäisten kanssa. Tämä antaa ymmärtää, että vaikka ikääntymiseen kuuluu kognitiivisten taitojen ja havainnoinnin rappeutumista, he ovat kuitenkin myös kykeneväisiä osallistumaan raportille, eikä potilasta saisi jättää raportin ulkopuolelle vain koska tämä on ikääntynyt. Päinvastoin, potilaan osallistuessa vuoronvaihtoraporttiin, hän saattaa kyetä antamaan paljon hyvää ja arvokasta tietoa esimerkiksi omasta sairaushistoriastaan, mikä taas edesauttaa ikääntyneen hyvää hoitoa.

Potilaat olivat hyvin tietoisia oikeuksistaan, kuten itsemääräämisoikeudesta ja tiedonsaantioikeudesta, mitkä ovatkin lailla säädetty. Tämä näkyi siinä, että he monesti kokivat oikeudekseen olla läsnä raportilla ja saada siinä jaettava tieto myös itselleen. Vuoteenvierusraportin todettiin olevan oikein käytettynä melko hyvä työkalu edistämään sekä potilaan osallisuutta että tukemaan itsemääräämisoikeuden toteutumista.

Huolimattomasti toteutettuna vuoteenvierusraportti saattoi vaarantaa potilaan yksityisyyden, mikä niin ikään kuuluu potilaan oikeuksiin, ja mistä myös on säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Tämä on myös eettisesti arveluttava kysymys, joka täytyy huomioida raporttia pitäessä. Potilaan yksityisyys ei saa vaarantua siitä, että tämän osallisuus lisääntyy ja hän saa tietoa omasta terveydentilastaan ja hoidostaan. Koska potilaalla on oikeus myös kieltäytyä saamasta tietoa omasta terveydentilastaan, hänellä tulisi olla myös oikeus kieltäytyä osallistumasta raportille.

Myös sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan tulee kaikessa toiminnassaan tukea ja lisätä potilaan voimavaroja sekä etsiä mahdollisuuksia potilaalle toteuttaa itsemääräämisoikeutta. Lisäksi sairaanhoitajan tulee mahdollistaa potilaan osallisuus ja varmistaa yksityisyyden säilyminen. Tämä eettinen toiminta sopii todella hyvin vuoteenvierusraporttiin tämän tutkimuksen tulosten perusteella, sillä raporttimalli voi toimia loistavana työkaluna hoitajalle, kun hän haluaa edistää potilaansa osallisuutta ja tukea tämän mahdollisuutta toteuttaa itsemääräämisoikeutta. Huomattavaa tämän tutkimuksen tuloksissa oli myös se, että potilaan osallisuus ja sen esteet riippuivat hyvin pitkälti hoitajasta ja tämän toiminnasta. Mikäli hoitaja kuitenkin toimii eettisesti ja potilasta tukien, tämän osallisuus kasvaa.

5.2 Johtopäätökset

Tämän ja muiden tutkimusten perusteella vuoteenvierusraportoinnilla on paljon enemmän positiivisia kuin negatiivisia vaikutuksia potilaaseen, minkä vuoksi sitä voidaan suositella osana potilaskeskeisempää hoitoa. Negatiivisten vaikutusten välttämiseksi on kuitenkin tärkeää kiinnittää huomiota raportin pitämiseen sellaisessa muodossa, että potilaan yksityisyys tai intiimiteettisuoja eivät vaarannu ja että hänellä on tilaa dialogisessa keskustelussa ilmaista myös huoliaan ja saada hoitajilta niihin tukea.

Jotta vuoteenvierusraportti antaa parhaan mahdollisen hyödyn potilaalle, tulisi raportti pitää säännöllisesti ja johdonmukaisesti aina potilaan vuoteen äärellä, mahdollisesti standardoidun raporttimallin mukaan sekä osallistaa potilasta raportille sanallisoin kehoituksin jokaisella kerralla, kun raportti pidetään.

Hoitajan roolilla on suuri merkitys siinä, onko potilas osallinen vuoteenvierusraportissa vai estyykö hänen osallisuutensa. Tämän vuoksi on tärkeää tiedostaa hoitajan rooli sekä lisätä henkilökunnan ymmärrystä aiheesta sekä ammattitaitoa potilaan osallistamisesta riittävällä henkilöstökoulutuksella. Jokaista hoitajaa tulisi myös tukea ymmärtämään, millä tavoin hän joko mahdollistaa tai estää potilaan osallistumisen ja osallisuuden vuoteenvierusraportille.

Jotta potilas pystyy osallistumaan raportille aktiivisesti ja asiamukaisesti, hänelle tulisi selvittää etukäteen vuoronvaihtoraportin merkitys sekä mikä hänen roolinsa raportilla on, mitä häneltä odotetaan ja millä tavalla hänen on mahdollista siihen osallistua. Tämän voi tehdä esimerkiksi ennen ensimmäistä vuoronvaihtoraporttia tai mahdollisesti ensimmäisen alkuun.

Potilasryhmät ja yksittäiset potilaat ovat yksilöllisiä, ja sen vuoksi vuoteenvierusraportti olisi hyvä järjestää niin, että potilas saa osallistua siihen sillä aktiivisuuden tasolla kuin haluaa. Potilaalla tulee olla mahdollisuus olla myös osallistumatta tai osallistua raportille passiivisesti, näin halutessaan. Potilaan mieltymykset raportin suhteen olisi hyvä selvittää ennen ensimmäistä vuoteenvierusraporttia. Mieltymyksen raportille osallistumisesta voidaan kartoittaa esimerkiksi alkuhaastattelun yhteydessä, kun selvitetään potilaalta muutkin tärkeät asiat.

Vuoteenvierusraportoinnista ei ole vielä tehty tarpeeksi tutkimusta, jotta sen tuloksia voitaisiin yleistää ilman varausta. Erityisesti lisätutkimusta tarvittaisiin psykiatristen ja muiden haavoittuvaisten potilaiden parista.

Yhteenvetona todetaan, että vuoteenvierusraportti on hyvä työkalu, jolla voidaan pyrkiä kohti potilaskeskeisempää ja -ystävällisempää toimintakulttuuria. Tämänhetkisen tutkitun tiedon valossa sen hyödyt ovat moninkertaiset sen mahdollisiin haittoihin verrattuna. Toki jokainen yksikkö joutuu pohtimaan omalla kohdallaan, millä tavalla ja missä muodossa raportti voitaisiin implementoida kyseisessä yksikössä. Johtopäätökset on koottu yhteen kuviossa 15.



Kuvio 15 Johtopäätökset

5.3 Tutkimuksen eettisyys

Yleensä tutkimusetiikan määritellään olevan normatiivista etiikkaa, jossa on tarkoitus vastata kysymykseen oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 211). Tutkimusetiikalla voidaan tarkoittaa myös tutkijoiden ammattietiikkaa, jolloin sen alle ajatellaan kuuluvan ne eettiset periaatteet, hyveet, arvot ja normit, joiden mukaan tutkija työtään tekee (Kuula 2011).

On mahdollista jakaa tutkimusetiikka tieteen sisäiseen ja ulkopuoliseen niin, että sisäisellä etiikalla viitataan kyseisen tutkittavan tieteenalan luotettavuuteen ja totuudellisuuteen, kun taas ulkopuolisessa tutkimusetiikassa käsitellään sitä, kuinka tieteenalan ulkopuoliset seikat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja kuinka asiaa tutkitaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 212).

Lähtökohtana kaikelle hyvälle tieteelliselle käytännölle on noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joiden periaatteena toimii tutkimustyön tekeminen, tulosten tallentaminen ja esittäminen sekä tutkimusten ja niiden tulosten tulkitseminen rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Lisäksi tulee aina huomioida ja asianmukaisesti viitata muiden tutkijoiden työhön ja saavutuksiin. (Vuorio 2016.) Lisäksi on tärkeää, että tutkimuksessa käytetään eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja, että tiedeviestintä on avointa ja vastuullista tulosten julkaisemisessa. On myös tärkeää, että tarvittavat tutkimusluvut on hankittu asianmukaisesti ja että tutkimushankkeessa on tehty sopimus, jossa sovitaan etukäteen kaikkien osapuolten oikeudet, vastuut ja velvollisuudet. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) On myös huomioitava, että tutkimustulosten julkaiseminen on eettinen kysymys, sillä julkaisematta jättäminen olisi epäeettistä. Epäeettisyys korostuu varsinkin silloin, jos tutkimuksessa on ollut mukana koehenkilöitä, jolloin he olisivat altistuneet mahdollisille haittoille turhaan. (Salonheimo 2016.)

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen on koko tiedeyhteisön asia, vaikka jokainen tutkija vastaakin itse omasta käytöksestään. Tutkimusetiikka on mukana kaikissa tutkimuksen osa-alueissa ja näin ollen läpäisee koko tutkimuksen prosessin. (Kuula 2011.)

Tässä työssä eettiset periaatteet toteutuivat niin, että tutkimuksen tekijän ja tilaajan välillä oli tehty sopimus, jossa tarkkaan määriteltiin molempien osapuolten vastuut ja velvollisuudet. Koska tämä työ on kirjallisuuskatsaus, eikä näin ollen tutkimuksen kohteena ole koehenkilöitä, vaan kirjallisuus, ei tarvetta tutkimusluville ollut. Tutkimus pyrittiin kirjoittamaan auki mahdollisimman läpinäkyvästi ja selkeästi niin, että lukija pystyisi seuraamaan helposti tutkijan ajatuksen etenemistä.

Tämän työn tekijä on tilaajana toimineesta yhteisöstä ulkopuolinen ja riippumaton henkilö, joten työn tekijällä ei myöskään ollut mitään sidonnaisuuksia, mitkä olisivat voineet vaikuttaa tuloksiin, vaan tulokset käsiteltiin sellaisina, kuin ne aineistosta nousivat, ilman ennakko-oletuksia. Lisäksi työn tekijä ei saanut tästä työstä rahallista korvausta tai tukea, mikä edelleen ehkäisi sidonnaisuuksia ja näin ollen edesauttoi tutkijan neutraalia suhtautumista tutkimusaiheeseen ja -tietoon. Tutkimustulokset julkaistiin julkaisuseminaarissa ja ne esiteltiin työn tilaajalle.

5.4 Tutkimuksen luotettavuus

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen luotettavuus perustuu pitkälti aineiston valitsemiseen aikaisemman tutkimuksen sisällöllisen painoarvon perusteella. Työssä käytettävä aineisto valitaan ja sitä käsitellään tutkimuseettisesti oikeudenmukaisesti, tasavertaisesti ja rehellisesti. (Kangasniemi ym. 2013.) Jotta kirjallisuuskatsaus olisi luotettava, tulee aineistosta kerätä tietoa standardoidussa muodossa ja valvoa prosessin kulkua koko tutkimuksen ajan (Salminen 2011, 10).

Luotettavuutta lisää se, että tutkimusprosessissa edetään läpinäkyvästi ja johdonmukaisesti tutkimuskysymyksistä johtopäätöksiin. Keskeistä luotettavuuden kannalta on se, että tutkimuskysymys on esitelty selkeästi niin, että teoreettinen perustelu sille on eritelty. Olennaista on myös menetelmäosan selkeä kuvaus sekä aineiston perusteiden kuvaus, sillä työn luotettavuus kärsii, jos tutkija on aineiston valinnassaan ollut tiedostetusti tai tiedostamattaan tarkoitushakuinen ilman, että tätä on raportoitu työssä. (Kangasniemi ym. 2013.)

Luotettavuutta saattaa heikentää myös analyysi- ja synteessivaiheessa se, jos analysoidut tutkimukset on liitetty teoreettiseen taustaan liian ohuesti. Analysoituja tutkimuksia ei tulisi luotettavuuden kannalta myöskään tarkastella liian yksipuolisesti tai valikoivasti. Tulosten esittämisessä taas on tärkeää perustella väitteet tarpeeksi perusteellisesti. Lisäksi valitun aineiston kritiikki ja tuotetut johtopäätökset tulisi esittää yhdenmukaisesti. (Kangasniemi 2013.)

Tässä tutkimuksessa noudatettiin aineiston haussa ja valinnassa tutkimuseettisiä arvoja sekä kuvattiin tutkimuksen jokainen vaihe mahdollisimman läpinäkyvästi ja tarkasti, jotta tutkimusta voidaan pitää luotettavana. Tutkimuksen aineisto haettiin asianmukaisista hakukohteista, minkä lisäksi mukaanotto- ja poissulkukriteerit rajasivat epämääräiset tutkimukset katsauksesta ulos. Aineistonkeruu esitettiin selkeästi omana osanaan. Lisäksi aineiston metodologista vahvuutta ja niiden luotettavuutta arviotiin ja tulokset esiteltiin osana tätä työtä. Analyysivaihe ja sisällönanalyysit pyrittiin kuvaamaan ja esittämään mahdollisimman selkeästi ja johdonmukaisesti niin, että jokainen vaihe on esitetty tässä työssä. Kaikki tulokset ja johdopäätökset on liitetty vankasti aineistona toimiviin tutkimuksiin.

Lähteet

Painetut

Athanasakis, E. 2013. Synthesizing Knowledge about Nursing Shift Handovers: Overview and Reflections from Evidence-Based Literature. *International Journal of Caring Sciences* 2013: Vol.6 Iss. 3, 300-313.

Arvonen, T. 2019. Hoitosuhteen vuorovaikutus. Teoksessa Pesonen, T., Aalberg, V., Leppävuori, A., Räsänen, S. & Viheriälä, L. (toim.) *Yleissairaalapsykiatria*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 113-125.

Becker, C. 2014. Patient perceptions of bedside shift report: A qualitative case study. University of Phoenix: A Dissertation.

Bressan, V., Cadorin, L., Stevanin, S. & Palese, A. 2019. Patients experiences of bedside handover: findings from a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* September 2019 Vol. 33(3), 556-568.

Finne-Sooveri, H., Haimi-Liikkanen, S., Rehula, P., Tolonen, E., Vähäkangas, P. & Äijö, M. 2019. Kun toimintakyky heikkenee. *Duodecim* 2019 vol. 135 no. 11, s. 1092-1097.

Ford, Y. & Heyman, A. 2017. Patients' Perceptions of Bedside Handoff: Further Evidence to Support a Culture of Always. *Journal of Nursing Care Quality* Vol. 32, Iss. 1.

Gregory, S., Tan, D., Tilrico, M., Edwardson, N. & Gamm, L. 2014. Bedside shift reports: what does the evidence say? *The Journal of Nursing Administration* Vol. 44, 541-545.

Givens, S., Skully, C. & Bromley, G. 2016. Psychiatric Inpatient Bedside Handoff: Implementation of a Quality Improvement Project and Nurses' Responses. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* Vol. 54, Iss. 7, 33-37.

Gordon, M. & Findley, R. 2011. Educational interventions to improve handover in health care: a systematic review. *Medical Education* 2011:45, 1081-1089. doi:10.1111/j.1365-2923.2011.04049.x

Hada, A. Coyer, F. & Jack, L. 2018. Nursing bedside clinical handover: a pilot study testing a ward-based education intervention to improve patient outcomes. *Journal of the Australian Rehabilitation Nurses' Association (JARNA)* April 2018; 21(1), 9-18.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikkanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* vol. 25, iss. 4.

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. E-kirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Koponen, H. & Leinonen, E. 2014. Vanhuspsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 681-715.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta käyttö ja säilytys. E-kirja. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Lehtiö, L. & Johansson, E. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2015. Turku: Turun yliopisto, 37-57.
- Lupieri, G., Creati, C. & Palese, A. 2016. Cardio-thoracic surgical patients' experience on bedside nursing handovers: Findings from a qualitative study. *Intensive & Critical Care Nursing* Vol. 35, 28-37.
- Lönnqvist, J. 2014a. Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka ja luokittelu. Teoksessa Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 57-89.
- Lönnqvist, J. 2014b. Psykososiaaliset hoidot ja psykoterapiat. Teoksessa Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 762-765.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen J. 2014. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 18-40.
- Maxson, P., Rochester, M., Derby, K., Wroblewski, D. & Foss, D. 2012. Bedside nurse-to-nurse handoff promotes patient safety. *Medical-Surgical Nursing: Official Journal of the American Association of Medical-Surgical Nurses* 2012 May-Jun; Vol. 21 (3), 140-144.
- McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J. & Gehrke, T. 2010. Perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*. Australian College of Nursing Vol 18, Iss. 1, 19-26.
- Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2016. Vanhuksen itsemääräämisoikeus ja suojaaminen. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 399.
- Niela-Vilén, H. & Kauhanen, L. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2015. Turku: Turun yliopisto, 23-36.

Olasoji, M., Plummer, V., Reed, F., Jacob, F., Shaw, L., Shanti, M. & Cross, W. 2017. Views of Mental Health Consumers about Being Involved in Nursing Handover on Acute Inpatient Units. *International Journal of Mental Health Nursing* Vol. 27, Iss. 2, 747-755.

Pajunen, H. 2004. Vanhusten mielenterveydellisten ongelmien hoito. Teoksessa Raitanen, T., Hänninen, T., Pajunen, H. & Suutama, T. *Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia*. Porvoo: WS Bookwell Oy, 325-353.

Partonen, T., Lönnqvist, J. & Syvälahti, E. 2014. Biologiset hoidot. Teoksessa Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 827-862.

Salonheimo, P. Teoksessa Keränen, T. & Pasternack, A. (toim.) 2016. *Kliinisen tutkimuksen etiikka*. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Saarela, T. 2019. Muistisairauksiin liittyvä psykiatrinen problematiikka iäkkäillä. Teoksessa Pesonen, T., Aalberg, V., Leppävuori, A., Räsänen, S. & Viheriälä, L. (toim.) *Yleissairaалapsykiatria*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 306-310.

Saarenheimo, M. 2013. Mielenterveys. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä J. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 373-380.

Sand-Jecklin, K. & Sherman, J. 2014. A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation. *Journal of Clinical Nursing* October 23 (19-20), 2854-2863.

Sherman, J., Sand-Jecklin, K. & Johnson, J. 2013. Investigating Bedside Nursing Report: A Synthesis of the Literature. *MedSurg Nursing* September-October 2013 Vol. 22, No. 5, 308-318.

Strandberg, T. 2019. Yleissairauksien ja psyykkisten sairauksien yhteydet vanhuksilla. Teoksessa Pesonen, T., Aalberg, V., Leppävuori, A., Räsänen, S. & Viheriälä, L. (toim.) *Yleissairaалapsykiatria*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Duodecim Oy, 302-306.

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2015. *Turku: Turun yliopisto*, 7-22.

Suutama, T. 2004. Kognitiiviset toiminnot. Teoksessa Raitanen, T., Hänninen, T., Pajunen, H. & Suutama, T. *Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia*. Porvoo: WS Bookwell Oy, 76-108.

Tilvis, R. 2016. Vanhenemisen tunnusmerkeistä. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) *Geriatría*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 20-22.

Tobiano, G., Bucknall, T., Sladdin, I., Whitty, J. & Charboyer, W. 2018. Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *International Journal of Nursing Studies* Vol. 77, 243-258.

Vuorio, E. Hyvä tieteellinen käytäntö. Teoksessa Keränen, T. & Pasternack, A. (toim.) 2016. *Kliinisen tutkimuksen etiikka*. E-kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Välimäki, M. 2014. Potilasta ja hoitotyötä koskevat eettiset lähtökohdat. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Väkimäki, M. (toim.) *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 137-163.

Whitty, J., Spinks, J. Bucknall, T., Tobiano, G. & Charboyer, W. 2017. Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a discrete choice experiment. *Health Expectations* Aug2017 20(4), 742-750.

Vuoksmaa, E. 2019. Kognitiivisten toimintojen muutokset - mikä on ikääntymistä, mikä sairautta? *Duodecim* 2019 vol. 135 no. 9, s. 883-886.

Sähköiset

Holappa, S., Juvonen, S., Kariniemi, K., Niskala, J., Kyngäs, H. & Heikkilä, K. 2019. Miten voidaan edistää potilaan osallistumista hoitotyön vuoteenvierusraportointiin? *Hoitotyön tutkimussäätiö: Näyttövinkki 3/2019*. Viitattu 11.3.2020. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/03/nayttovinkki3-2019.pdf>

Laitila, M. 2010. *Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa*. University of Eastern Finland: Väitöskirja. Viitattu 3.3.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0224-5>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Viitattu 3.3.2021. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 11.3.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Mielenterveyslaki 1116/1990. Viitattu 11.3.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Ofori-Atta, J., Binienda, M. & Chalupka, S. 2015. Bedside shift report: Implications for patient safety and quality of care. *Nursing2015*, Vol. 45 Iss. 8, s. 1-4. Viitattu 11.3.2020. https://journals.lww.com/nursing/FullText/2015/08000/Bedside_shift_report__Implications_for_patient.20.aspx

Osallisuus. 2019. THL. Viitattu 22.4.2021. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys-erot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus>

Potilaan oikeudet. 2016. Valvira. Viitattu 3.3.2021. <https://www.valvira.fi/documents/14444/784076/Suomenkielinen+esite+potilaan+oikeudet.pdf/efba1268-b4f5-5597-fd5a-40da8a569a72?t=1600178630944>

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2009: 125 (21), 2351-2359. Viitattu 22.4.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98401>

Rush, S. 2012. Bedside reporting: Dynamic dialogue. Nursing management, Vol 43 Iss. 1, s. 40-44. Viitattu 11.3.2020. https://journals.lww.com/nursingmanagement/Fulltext/2012/01000/Bedside_reporting__Dynamic_dialogue.11.aspx

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 22.4.2021. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa: Vaasan yliopisto. Viitattu 14.4.2020. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Savolainen, A. 2017. Hoitajien näkemyksiä potilaiden osallisuudesta hoitoonsa ja näkemyksiä kartoittavan mittarin luotettavuuden arviointi. Tampereen yliopisto: Pro Gradu -tutkielma. Viitattu 3.3.2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201705301749>

Terveystieteiden lain 1326/2010. Viitattu 11.3.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tietosuojalaki 1050/2018. Viitattu 3.3.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2018/20181050#L6P35>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje (2012). Viitattu 14.4.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/htk_ohje_verkko14112012.pdf

Kuviot

Kuvio 1 Tutkimuskysymykset	13
Kuvio 2 Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheet mukaillen Kangasniemi ym. 2013.....	15
Kuvio 3 Kirjallisuushaun kaavio	18
Kuvio 4 Aineiston analyysin malli mukaillen Niela-Vilén & Kauhanen 2015	20
Kuvio 5 Tämän tutkimuksen analyysivaiheen eteneminen	21
Kuvio 6 Analyysin luokittelu.....	22
Kuvio 7 Aineiston tutkimuksissa käytetyt metodit	23
Kuvio 8 Aineiston tutkimusten julkaisumaat	23
Kuvio 9 Aineiston tutkimukset metodologisen vahvuuden mukaan	24
Kuvio 10 Päätulokset vuoteenvierusraportoinnin käytöstä vanhuspsykiatriassa	26
Kuvio 11 Sisällönanalyysi positiivisista vaikutuksista potilaaseen.....	27
Kuvio 12 Sisällönanalyysi negatiivisista vaikutuksista potilaaseen.....	29
Kuvio 13 Sisällönanalyysi potilaan osallisuudesta	31
Kuvio 14 Tutkimuksen hyödynnettävyys	36
Kuvio 15 Johtopäätökset.....	39

Taulukot

Taulukko 1 Mukaanotto- ja poissulkukriteerit	17
--	----

Liitteet

Liite 1: Hakusanataulukko	49
Liite 2: Aineistohaun taulukko	50
Liite 3: Tutkijan taulukko	57
Liite 4: Sisällönanalyysin muodostaminen.....	78
Liite 5: Analyysitaulukko positiivisista vaikutuksista potilaaseen.....	91
Liite 6: Analyysitaulukko negatiivisista vaikutuksista potilaaseen.....	93
Liite 7: Analyysitaulukko potilaan osallisuuden edistämisestä	94
Liite 8: Analyysitaulukko potilaan osallisuuden esteistä	96

Liite 1: Hakusanataulukko

PÄÄKÄSITE	Vuoteenvierusraportointi	Psykiatria	Ikääntynyt	Potilas
LÄHIKÄSITTEET	Ammatillinen tiedonsiirto	Delirium Tremens	Elder/Elderly	Asiakas
	Bedside handoff	Mental health	Geriatrics	Asukas
	Bedside handover	Mental patient	Geriatric	Client
	Bedside report	Mielenterveys	Geriatrinen	Inpatient
	Bedside shift report	Mielenterveyshäiriö	Geriatry	Kuntoutuja
	Change-of-shift report	Mielenterveys-työ	lääkäsi	Patient
	Shift report	Mielenterveys-työ	Old	Patient centered care
	Tiedonsiirto	Psychiatric	Vanhus	Resident
	Tiedotus	Psychology		
	Vierusraportointi	Psychosis/Psychoses		
	Vuoronvaihto	Psykoosi		
		Psykoosipiirteinen		
		Schizotypal		
		Vainoharhaisuus		

Liite 2: Aineistohaun taulukko

TIETO- KANTA	HAKU	RAJAUK- SET	TULOK- SET	HYVÄK- SYTYT OTSIKON PERUS- TEELLA	HYVÄK- SYTYT ABSTRAK- TIN PE- RUS- TEELLA	HYVÄKSY- TYT KOKO TEKSTIN PERUS- TEELLA
MEDIC	vuoteen- vierusra- port* OR vierusra- port*	Vuosiväli: 2010-2021	0	0	0	0
FINNA.FI	vuoteen- vierusra- port* OR vierusra- port*	Aineisto- tyyppi: Tutkimuk- set Vuosiväli: 2010-2021	1	1	0	0
FINNA.FI	beside re- port OR bedside handover	Aineisto- tyyppi: Tutkimuk- set Vuosiväli: 2010-2021	0	0	0	0
GOOGLE SCHOLAR	vuoteen- vierurapor- tointi	Vuosiväli: 2010-2021	48	0	0	0
HOITO- TIEDE (PRO- QUEST)	vuoteen- vierusra- port* OR vierusra- port*	Vuosiväli: 2011-2021	0	0	0	0

TUTKIVA HOITOTYÖ (PRO-QUEST)	vuoteen- vierusrap* OR vierusra- port*	Ei rajoituksia	1	0	0	0
GERONTOLOGIA-LEHTI	vuoteen- vierusrap* OR vierusra- port*	Ei rajoituksia	0	0	0	0
PSYKOLOGIA-LEHTI	vuoteen- vierusrap* OR vierusra- port*	Ei rajoituksia	0	0	0	0
HUSARILEHTI	vuoteen- vierusrap* OR vierusra- port*	Ei rajoituksia	0	0	0	0
JOURNAL.FI	vuoteen- vierusrap* OR vierusra- port*	Ei rajoituksia	0	0	0	0
TREPO (TAMPEREEN YLIOPISTO)	vuoteen- vierusrap* OR vierusra- port*	Vuosiväli: 2010-2021	3	1	0	0
UEF EREPOSITORY (ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO)	vuoteen- vierusrap* OR vierusra- port*	Ei rajoituksia	0	0	0	0

HELDA (HELSINGIN YLIOPISTO)	vuoteen- vierusrap* OR vierusra- port*	Ei rajoituksia	1	0	0	0
JULKARI (STM:N HALLIN- NONALAN AVOIN JULKAISU- ARKISTO)	vuoteen- vierusrap* OR vierusra- port*	Ei rajoituksia	0	0	0	0
KANSAN- ELÄKELAI- TOS (KELA)	vuoteen- vierusrap* OR vierusra- port*	Ei rajoituksia	0	0	0	0
JULKAISU- ARKISTO VALTO (VALTIO- NEU- VOSTO)	vuoteen- vierusrap* OR vierusra- port*	Ei rajoituksia	0	0	0	0
THL	vuoteen- vierusrap* OR vierusra- port*	Ei rajoituksia	0	0	0	0
EBSCO (CINAHL, MEDLINE, APA PSYCARTI- CLES)	bedside re- port OR bedside shift report OR bedside handover OR bedside handoff AND psychiatr*	Full Text Vuosiväli: 2010-2021 Journals, Academic Journals	12	1	1	1 (Givens ym.)

EBSCO (CINAHL, MEDLINE, APA PSYCARTI- CLES)	"bedside re- port" OR "bedside shift report" OR "bedside handover" OR "bedside handoff" AND psychiatr*	Vuosiväli: 2010-2021 Journals, Academic Journals	3	2	1	1 (Olasoji ym.)
EBSCO (CINAHL, MEDLINE, APA PSYCARTI- CLES)	bedside re- port OR bedside shift report OR bedside handover OR bedside handoff AND mental health	Full Text Vuosiväli: 2010-2021 Journals, Academic Journals	7	1	0	0 (Päällek- käisyys edeltä- vässä haussa valittuun tutkimuk- seen)
EBSCO (CINAHL, MEDLINE, APA PSYCARTI- CLES)	"bedside re- port" OR "bedside shift report" OR "bedside handover" OR "bedside handoff" AND elder* OR old*	Full Text Vuosiväli: 2010-2021 Journals, Academic Journals	5	1	1	0

EBSCO (CINAHL, MEDLINE, APA PSYCARTI- CLES)	"bedside re- port" OR "bedside shift report" OR "bedside handover" OR "bedside handoff" AND geriatr*	Full Text Vuosiväli: 2010-2021 Journals, Academic Journals	2	2	1	1	(Hada ym.)
EBSCO (CINAHL, MEDLINE, APA PSYCARTI- CLES)	"bedside re- port" OR "bedside shift report" OR "bedside handover" OR "bedside handoff" AND patient	Full Text Abstract available Vuosiväli: 2010-2021 Journals, Academic Journals	40	16	5	3	(Bressan ym., Max- son ym., Whitty ym.)
PROQUEST CENTRAL	"bedside re- port" OR "bedside shift report" OR "bedside handover" OR "bedside handoff" AND psychiatric	Full Text Peer review- ed Vuosiväli: 2010-2021 Scholarly Journals	28	3	0	0	(Päällekkäisyydet edeltävissä hauissa valittuihin tutkimuksiin)

PROQUEST CENTRAL	"bedside re- port" OR "bedside shift report" OR "bedside handover" OR "bedside handoff" AND psychiatric	Full Text Vuosiväli: 2010-2021 Dissertati- ons & Theses	45	4	1	1 (Becker)
PROQUEST CENTRAL	"bedside re- port" OR "bedside shift report" OR "bedside handover" OR "bedside handoff" AND geriatr* OR old* OR elder*	Full Text Peer revie- wed Vuosiväli: 2010-2021 Scholarly Journals	78	8	1	1 (Lupieri ym.)
PROQUEST CENTRAL	"bedside re- port" OR "bedside shift report" OR "bedside handover" OR "bedside handoff" AND patient centered care	Full Text Peer revie- wed Vuosiväli: 2010-2021 Scholarly Journals	107	9	0	0

PROQUEST CENTRAL	"bedside re- port" OR "bedside shift report" OR "bedside handover" OR "bedside handoff"	Full Text Peer review Vuosiväli: 2010-2021 Scholarly Journals	201	9	0	0	(Viisi päällek- käisyyttä edeltä- vissä hauissa valittui- hin tutki- muksiin)
PUBMED	"bedside re- port" OR "bedside shift report" OR "bedside handover" OR "bedside handoff"	Full Text Vuosiväli: 2010-2021	20	7	1	0	(Kaksi päällek- käisyyttä edeltä- vissä hauissa valittui- hin tutki- muksiin)
MANUAALI- NEN HAKU				15	8	6	(Ford ym., Gregory ym., McMurray ym., Sand- Jecklin ym., Sher- man ym., Tobiano ym.)

Liite 3: Tutkijan taulukko

NRO	TEKIJÄ(T), VUOSI, MAA	TARKOITUS	OTOS	MENETELMÄ JA ANALYYSI	PÄÄTULOKSET	HUOMATTAVAA
1	Becker, C., 2014, USA	Saada parempaa ymmärrystä potilaiden havainnoineista vuoteenvierusraportoinnin prosessista.	Syöpätautiosastolla olevat potilaat (n = 14).	Menetelmä: Laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla haastatteluilla. Analyysi: Laadullinen analyysi.	Tulokset jaettiin kahteen osaan: 1) Potilaiden havainnointi Potilaat suhtautuivat positiivisesti vuoteenvierusraportointiin ja olivat myönteisiä sen suhteen. Potilaille oli tärkeää kokea olevansa osa terveydenhuollon prosessia. Potilaat kokivat raportin mahdollisuutena kysyä ja selventää informaatiota, saada tietoa omaan terveydentilaansa liittyen. Potilaat kokivat turvallisuutta ollessaan paikalla raportilla, koska pystyivät varmistamaan jaetun informaation oikeellisuuden. He ymmärsivät oman roolinsa virheiden ehkäisijänä ja käyttivät vuoteenvierusraporttia tähän tarkoitukseen. Potilaat myös kokivat vuoteenvierusraportin auttavan heitä tuntemaan olonsa mukavaksi hoitohenkilökunnan hoidossa, kun he kuuluivat raportilla, mitä hoitajat tiesivät heistä ja kuinka päteviä he olivat. He oppivat tuntemaan hoitajansa esittelyn kautta.	Tämä tutkimus on väitöskirjatasoa.

				<p>Haasteet vuoteenvierusraportoinnissa koettiin liittyvät raportilla saatuun tietoon, vierailijoiden läsnäoloon ja raportin pitämisen epäjohtonmukaisuuteen. Hoitajat jakoivat tietoa raportin aikana vaihtelevasti. Potilaat kokivat tärkeimmiksi asioiksi keskustella raportilla sen hetkisestä tilasta ja lääketieteellisistä ongelmista, lääkityksestä, turvallisuudesta ja vitaalielintoiminnoista. Potilaat pohtivat sitä, kenen tehtävä on pyytää vierailijaa lähtemään huoneesta raportin ajaksi; suurin osa koki sen hoitajan velvollisuudeksi. Potilaat myös kokivat, että vuoronvaihtoraportti pitäisi pitää säännöllisesti ja johdonmukaisesti vuoteen vierellä eikä vain silloin tällöin. Kukaan ei kokenut yksityisyyttä ongelmaksi vuoteenvierusraportoinnissa.</p> <p>2) Vaikutukset osallistumiseen</p> <p>Puolet haastatelluista kokivat, että on hoitajan velvollisuus pyytää potilasta osallistumaan aktiivisesti raporttiin. He kokivat olevansa halukkaampia osallistumaan, kun hoitaja kutsui heidät osallistumaan. Raporttiin osallistumaan kutsuminen sanallisesti tulisi tehdä jokaisella vuoteenvierusraportilla, eikä vain kerran. Hoitajien tulee myös luoda kutsuva ilmapiiri osallistumiselle. Hoitohenkilökunta pystyi luomaan kutsuvan ilmapiirin esittelemisen, käytäytymisen, katsekontaktin, äänen ja kehonkielen kautta. Myös</p>	
--	--	--	--	---	--

					selittämällä ja jatkuvuudella oli vaikutusta potilaan osallistumiseen. Potilaat kertoivat, että heille ei ollut selitetty vuoteenvierusraportin prosessia, vaan hoitajat olivat vain tulleet yllättäen vuoteen vierelle keskustelemaan. Osa potilaista koki myös haluavansa osallistua passiivisella tavalla raportille.	
2	Bressan, V., Cadorin, L., Stevanin, S. & Palese, A., 2019, Italia	Saada syvempää ymmärrystä potilaiden kokemuksista vuoteenvierusraportoinnista.	Laadulliset tutkimukset ilman aikarajaa vuoteen 2018 asti (n = 10). Valitut tutkimukset oli julkaistu vuosina 1998-2016.	Menetelmä: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Analyysi: Metasynthesei.	<p>Kolme pääteemaa:</p> <p>1) ”Olla osallisena”</p> <p>Potilaat kokivat osallistumisen oikeutena, mutta osallistumisen mittakaava tulisi räätälöidä potilaan mieltymysten ja odotusten sekä sen mukaan, kuinka he kokivat voivansa osallistua aktiivisesti raporttiin. Kun potilaita kohdeltiin kunnioittavasti ja he saivat selkeää informaatiota, heidän osallistumisensa raporttiin kasvoi. Kun potilaat eivät saaneet tukea hoitajilta, heidän huolensa ja ahdistuksensa kasvoi.</p> <p>2) ”Olla hoitotyön prosessien keskiössä”</p> <p>Potilaat kokivat turvallisuutta ja saivat kokemuksen hoidon jatkuvuudesta sekä kokivat hoidon olevan yksilöllisempää. Potilaat saivat kokemuksen siitä, että olivat hoitajien kanssa samalla puolella sekä kokivat heidän kanssaan syvempää yhteyttä. Potilaiden usko hoitajien pystyvyyteen ja vaikuttavuuteen vahvistui.</p>	Kaikki mukaan valitut tutkimukset arviointiin Critical Appraisal Skills Programme -mittarilla (CASP), joka mittaa tutkimuksen laadukkuutta. Suurin osa tutkimuksista olivat korkealaatuisia. Tutkimuksen eri vaiheet suoritettiin useampaan kertaan eri tutkijoiden tekeminä, jonka jälkeen jokaisen vaiheen tulokset yhdistettiin yhteistyössä.

					<p>3) ”Kokea kriittisiä ongelmia”</p> <p>Ammattisanaston käyttäminen lisäsi potilaiden ahdistusta sekä nosti seinän hoitajien ja potilaiden välille. Hoitajien kuului puhua selkeästi, antaa informaatio ymmärrettävästi sekä valistaa potilaita asianmukaisesti. Potilaita myös huolestutti yksityisyys sekä heidän arkojen asioidensa puhuminen mahdollisesti muiden kuullen. Näistä syistä kaikki potilaat eivät halunneet myöskään sukulaisia tai vierailijoita mukaan raportille.</p>	
3	Ford, Y. & Heyman, A., 2017, USA	1) Vahvistaa aiempia löydöksiä merkittävästä positiivisesta korrelaatiosta säännöllisten vuoteenvierusraporttien sekä potilaiden tyytyväisyyden, oman hoidonsa ymmärryksen sekä osallistumisen omaan hoitoonsa välillä.	Tutkimus suoritettiin yhden sairaalan viidellä sisätautisella ja kirurgisella osastolla, joissa potilaspaiikkoja oli 26-46. Otoksena oli näiden osastojen potilaita (n = 103). Vastaajista miehiä oli 51% ja naisia 49%. 86%	Menetelmä: Määrällinen tutkimus. Kysymyslomake rajatuilla vastausvaihtoehdoilla. Analyysi: Informaation analyysi tehtiin käyttämällä SPSS-ohjelmaa. Tuloksista tehtiin yhteenveto käyttäen kuvailevia tilastollisia menetelmiä.	<p>Vastaajat jaettiin kolmeen osaan: niihin, jotka kokivat vuoteenvierusraportoinnin ”aina”, ”enimmäkseen” ja ”harvoin”. Tutkimuksessa huomattiin, että ne, jotka kokivat vuoteenvierusraportin ”aina” ilmaisivat huomattavasti paljon enemmän kokemusta ymmärtämisestä, turvallisuuden tunteesta, osallisuudesta omaan hoitoonsa sekä tyytyväisyydestä. Mitä vähemmän potilas koki vuoteenvierusraportointia, sitä vähemmän hän koki edellä mainittuja. Vuoteenvierusraportin kokeminen ”aina” myös lisäsi potilaiden näkemystä siitä, että sairaanhoitajat antoivat oikeaa informaatiota ja että hoitajat tekivät sen, mitä aikoivat tehdä, joten luottamus hoitajiin lisääntyi.</p>	<p>Tällä tutkimuksella on tarkoitus toistaa tutkijoiden edellisessä tutkimuksessa saadut tulokset.</p> <p>Kysymyslomake arviointiin kahdella tavalla sopivaksi ennen kyselyn toteuttamista.</p> <p>Otos oli melko pieni ja homogeeninen.</p>

		<p>2) Arvioida strategioiden vaikuttavuutta sekä edistää vuoteenvierusraportoinnin täytäntöönpanon toteuttamisen kestävyyttä.</p> <p>3) Arvioida vuoteenvierusraportoinnin vaikuttavuutta suhteessa potilaan luottamukseen hoitajiinsa.</p>	vastaaajista oli kaukasialaisia, mediaani-ikä oli 61,5 vuotta. Hiukan yli puolella oli vähintään college-tutkinto ja melkein 90 % oli valmistunut high schoolista.				
4	Givens, S., Skully, C. & Bromley, G., 2016, USA	Tämä on tutkimusraportti siitä, kuinka neurogeriatriselle psykiatriselle osastolle implementoitiin	Kysely toteutettiin osastolla työskenteleville kymmenelle sairaanhoitajalle ennen ja jälkeen	Metodi: Osittain laadullinen ja osittain määrällinen tutkimus. Aineisto kerättiin kysymyslomakkeilla, joissa oli	Vuoteenvierusraportoinnin implementointi herätti paljon vastustusta sairaanhoitajissa.	Implementoinnin jälkeen sairaanhoitajat raportoivat olleensa enemmän yhteydessä potilaiden kanssa sekä tunnistivat potilaan vastaanottavuutta. Monet hoitajat olivat kuitenkin huolissaan siitä, että potilaan vuoteen vierellä keskustelu potilaan	<p>Metodologisesti heikko tutkimusraportti, otos hyvin pieni.</p> <p>Tämä tutkimus käsittelee kuitenkin</p>

		<p>vuoteenvierusraportointi. Implementoinnin tarkoituksena oli vaikuttaa potilaan ja hoitajan väliseen kommunikointiin sekä parantaa potilastuloksia tehokkaammalla ja potilaskeskeisemmällä vuoronvaihtoraportilla.</p>	<p>vuoteenvierusraportoinnin implementoinnin.</p> <p>”Ennen implementointia”-kysymyslomakkeeseen vastasi seitsemän sairaanhoitajaa (n = 7) ja ”jälkeen implementoinnin”-kysymyslomakkeeseen seitsemän (n = 7). Jälkimmäiseen kysymyslomakkeeseen vastasivat osittain eri sairaanhoitajat.</p>	<p>kysymyksiä sekä rajattujen vastausvaihtoehtojen kanssa että osittain avoimia kysymyksiä.</p> <p>Analyysi: Selkeää analyysimallia ei tuoda esille. Määrällisistä kysymyksistä tuodaan esille vastauksia prosentuaalisesti esittäen.</p>	<p>edistymisestä, tai sen puutteesta, oli hyödytöntä tai saattoi jopa aiheuttaa potilaalle ahdistusta. Monet hoitajat uskoivat implementoinnin jälkeen edelleen, että vuoteenvierusraportointi ei hyödytä tätä nimenomaista potilasryhmää, mutta he tunnistivat kuitenkin potilaiden lisääntyneen osallistumisen sekä suuremman tietoisuuden omasta hoitosuunnitelmastaan. Suuri muutos implementoinnin jälkeen oli potilaiden huomattava osallisuus hoidon suunnittelussa. Tulevaisuudessa osastolla potilailta aiottiin kysyä, haluavatko he olla osallisia tiedon vaihdossa ja kuinka he haluavat osallistua keskusteluun oman hoitonsa suunnittelussa.</p>	<p>vuoteenvierusraportointia psykogeriatrisella osastolla, minkä vuoksi sen näkökulma kannattaa tuoda työssä esille joka tapauksessa.</p>
--	--	--	---	---	--	---

5	Gregory, S., Tan, D., Til-rico, M., Ed-wardson, N. & Gamm, L. 2014, USA	Tehdä yhteenveto vuoteenvierusra-portoinnista sekä antaa tukea hoidon laadun parantami-selle, potilasturval-lisuudelle sekä po-tilaskeskeiselle hoi-dolle.	Otoksena toimi-vat vuoteen-vierusraportoin-nista tehdyt tut-kimukset (n = 33).	Menetelmä: Syste-maattinen kirjalli-suuskatsaus. Analyysi: Temaatti-nen sisällönanalyysi.	<p>Tutkimuksessa tutkittiin vuoteenvierusraportointia sekä hoitajien että potilaiden, kuin myös yleisestä näkökulmasta. Tämän tutki-muksen tutkimuskysymysten fokuksen vuoksi tähän referoidaan tarkemmin vain potilaita koskevat tulokset.</p> <p>Kuusi kategoriaa:</p> <p>1) Tiimityön muuttujat: vuoteenvierusraportointi herätti positiivi-sia asenteita sekä edisti potilas- ja perhekeskeistä hoitoa, hoita-jien tiimityötä sekä hoidon koordinaatiota.</p> <p>2) Kahdenkeskiset vuorovaikutussuhteet: vuoteenvierusraportoin-nilla oli parantavaa vaikutusta sekä hoitajien välisiin suhteisiin että hoitajan ja potilaan väliseen suhteeseen. Raportointi mahdol-listi sen, että potilaat saivat kysyä kysymyksiä, jakaa tietoa sai-raushistoriastaan sekä osallistua päätöksentekoprosessiin. Potilaat olivat mielissään hoitajien pyytäessä heitä osallistumaan raport-tiin ja erityisesti, kun heitä rohkaistiin kysymään kysymyksiä. Tämä auttoi heitä selventämään odotuksiaan tai väärinkäsityksi-ään sekä sen, mitä he halusivat tietää.</p> <p>3) Yksilölliset hyödyt: sekä hoitaja että potilas saivat yksilöllistä hyötyä vuoteenvierusraportoinnista. Vuoteenvierusraportointi li-säsi potilaan ymmärrystä omasta hoidostaan sekä voimaannutti</p>	Tutkimuksen kulku ei ollut kovin selkeästi kuvailtu, mikä laskee tutkimuksen luotet-tavuutta.
---	---	--	--	--	---	---

					<p>potilasta tämän pystyessä kysymään kysymyksiä liittyen omaan hoitoonsa. Potilaat saivat myös tarvitsemaansa hoitoa nopeammin. Potilastyytyväisyys nousi vuoteenvierusraportoinnin myötä ja nämä saivat kommunikoida hoitajien kanssa enemmän. Potilaat tunsivat olonsa turvallisemmaksi, kun näkivät kaksi hoitajaa vuorovaihteessa ja saivat kokea vuororaportin vuoteensa äärellä. Potilasturvallisuus myös kasvoi: potilaskaatumiset vuorovaihdon aikana sekä lääkitysvirheet vähenivät.</p> <p>Muita tuloksia olivat: 4) Huoli yksityisyydestä, 5) Hoitajien tilivelvollisuus sekä 6) Kustannusten laskeminen.</p>	
6	Hada, A., Coyer, F. & Jack, L., 2018, Australia	Tutkia koulutusintervention vaikutusta vuoteenvierusraportoinnin kommunikaatioon sekä sen parantavaa vaikutusta potilasturvallisuuteen sekä hoidon laatuun kahdella geriatriisella kuntoutusosastolla.	Otos koostui kaikista kahdella osastolla työskentelevistä sairaanhoitajista sekä tutkimuksen aikana osastoilla olleista potilaista sekä heidän perheistään.	Menetelmä: Määrällinen tutkimus kysymyslomakkeiden muodossa. Lomakkeet täytettiin sekä ennen että jälkeen intervention. Analyysi: Kerätty aineisto syötettiin ja säilöttiin SPSS-järjestelmään.	<p>Tutkimuksessa tutkittiin vuoteenvierusraportointia sekä hoitajien että potilaiden ja näiden omaisten näkökulmasta. Tämän tutkimuksen tutkimuskysymysten fokuksen vuoksi tähän referoidaan tarkemmin vain potilaita koskevat tulokset.</p> <p>Standardoituun vuoteenvieruraportointimalliin kuului heti alussa potilaan informoiminen raportin alkamisesta, potilaan tervehtiminen nimeltä, seuraavan vuoron esittely potilaalle sekä potilaan pyytäminen olemaan osallinen raporttiin. Tämän jälkeen potilaan tilanne käytiin läpi SBAR-mallin mukaisesti. Lopussa tehtiin turvallisuustarkistus ja kysyttiin ensin potilaalta ja sitten seuraavaan vuoroon tulijalta, oliko heillä mitään kysyttävää.</p>	Tutkimus suoritettiin melko pienellä otoksella ja tietyssä ympäristössä ja tietyllä potilasryhmällä. Tulokset eivät välttämättä ole yleistettävissä.

		<p>Koulutusinterventio kohdistui vuorovaihdon kommunikaatioon. Ennen hoitajat hoitivat vuoteenvierusraportoinnin parhaaksi katsomansa tavan mukaan. Intervention aikana implementoitiin SBAR-raportointimalli vuoteenvierusraportointiin.</p>	<p>Potilaita otoksessa oli ”ennen implementointia”-ryhmässä (n = 52) ja ”jälkeen implementoinnin”-ryhmässä (n = 53). Suurin osa potilaista oli yli 65-vuotiaita. Yli 90% potilaista oli arvioitu olevan suuremmassa riskissä kaatua.</p>		<p>Implementoinnin jälkeen todettiin potilaskaatumisten vähentyneen 9,37%. ”Jälkeen”-ryhmästä raportoitiin myös 75% vähemmän toisen asteen painehaavoja. Huomattiin myös lääkitysvirheiden vähentyneen 11,1%. Nämä tulokset eivät tosin olleet tilastollisesti merkittäviä.</p> <p>Standardoitu vuoteenvierusraportti lisäsi sekä potilaiden, näiden omaisten sekä hoitajien tyytyväisyyttä. Potilaiden tyytyväisyys nousi jokaisessa kategoriassa (1. ”Tunsin olevani täysin osallinen kaikissa keskusteluissa hoitohenkilökunnan kanssa liittyen hoitooni.”, 2. ”Ymmärsin kaiken mitä keskusteltiin hoitooni liittyen.”, 3. ”Jos en ymmärtänyt jotakin, se selitettiin minulle.”, 4. ”Tunsin, että minua kohdeltiin kunnioittavasti vuoteenvierusraportin keskusteluissa.” ja 5. ”Minulla oli mahdollisuus kysyä kysymyksiä raportin keskusteluissa.”).</p> <p>”Ennen”-ryhmässä potilaat olivat saattaneet kokea, että hoitajat puhuivat hänestä, mutta eivät hänelle, ja ettei heillä ollut mahdollisuutta kysyä kysymyksiä tai ottaa osaa keskusteluun. ”Jälkeen”-ryhmässä potilailla oli kokemus siitä, että hoitajat olivat vastanneet heidän kysymyksiinsä ja että he olivat nauttineet olla osa keskustelua.</p>	
--	--	---	--	--	--	--

					Tutkimuksessa todetaan, että vuoteenvierusraportoinnilla kommunikation tyyli, jossa potilaat nähdään aktiivisina osallistujina, on merkittävä.	
7	Lupieri, G., Creatti, C. & Palese, A., 2015, Italia	Kuvailla postoperaatiivisten sydänleikkaukspotilaiden kokemuksia vuoteenvierusraportoinnista.	14 sydänleikkauksen läpikäynyttä potilasta (10 miestä ja 4 naista, iältään 49-86-vuotiaita). (n = 14)	Menetelmä: Laadullinen kuvaileva tutkimus. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla haastattelulla. Analyysi: Temaattinen sisällönanalyysi.	Neljä pääteemaa: 1) Uuden sairaanhoitajan identiteetin löytyminen. Raportti auttoi potilaita näkemään sairaanhoitajat pätevinä, tietävinä ja ammattillisina. Potilaat olivat tyytyväisiä hoitohenkilökunnan yhteistyöhön sekä heidän valmiuteensa vastata heidän tarpeisiinsa. Erityisesti potilaat arvostivat hoitajien inhimillisyyttä informaation jakamisen aikana. Hoitajien ystävällisyys, välittävyys, huomio ja käden koskettaminen edesauttoivat potilasta luottamaan itsensä heidän hoitoonsa. Vuoteenvierusraportin kuunteleminen vakuutti potilaat siitä, että hoitohenkilökunnalla on asianmukainen tieto heidän tilastaan ja että hoito jatkuu vuoron vaihdon jälkeenkin. 2) Osallisuus vuoteenvierusraportoinnissa. Potilaat kokivat vuoteenvierusraportoinnin enimmäkseen positiivisena, mutta olisivat halunneet olla enemmän mukana itse prosessissa, koska hoitajat puhuivat usein toisilleen jättäen huomiotta sen, että potilas oli kuuntelemassa. Hoitajien käyttämä ammattikieli sulki potilaat pois keskustelusta, erityisesti kun kyseessä oli vanhempi potilas. Potilaat kokivat, että heillä on oikeus tietää omasta tilastaan ja	Metodologisesti vahva tutkimus, joka on kuvattu läpinäkyvästi.

					<p>hoitosuunnitelmastaan, mutta he eivät aina saaneet tätä tietoa raportin aikana. Potilaat kokivat olonsa huolestuneiksi ja ahdistuneiksi, kun kuuntelivat hoitajien keskustelevan huonoista uutisista. He olivat kiitollisia tiedosta, mutta hoitajien täytyi kertoa uutiset ammattimaisesti, herkkätunteisesti ja inhimillisesti.</p> <p>3) Kokemus paradoksaalisesta luottamuksesta. Potilaat kokivat yksityisyytensä hyvin tärkeäksi, mutta eivät kokeneet vuoteenvierusraportoinnin riskeeraavan sitä. Yksityisyyttä edesauttoi hoitajien pehmeä puhetapa. Potilaat eivät myöskään enimmäkseen välittäneet siitä, että viereisen sängyn potilas saisi tietää heidän asioitaan, koska kaikki potilaat olivat samassa tilanteessa, eivätkä he uskoneet heitä kiinnostavan.</p> <p>4) Pitää tilanne hallussa. Suurin osa potilaista koki tyytyväisyyttä voidessaan osallistua vuoteenvierusraporttiin, koska pystyivät tarkistamaan, että seuraava vuoro sai täyden ja oikean informaation. Potilaat kokivat turvallisuuden ja suojelluksi tulemisen tunnetta sekä helpotuksen tunnetta kuunnellessaan raportteja sekä kokivat tilanteen olevan hallinnassa.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

8	Maxson, P., Derby, K., Wroblewski, D. & Foss, F., 2012, USA	<p>1. Selvittää, lisääkö vuoteenvierusraportointi potilaiden tyytyväisyyttä hoitosuunnitelmaan sekä potilaan kokemusta tiimityöstä.</p> <p>2. Selvittää, lisääkö vuoteenvierusraportointi henkilökunnan tyytyväisyyttä kommunikointiin ja tilivelvollisuutta.</p>	<p>Kaikki osaston 18 henkilökuntaan kuuluvat työntekijät pyydettiin osallistumaan, ja heistä 15 täytti kysymyslomakkeet (n = 15).</p> <p>30 potilasta ennen implementointia ja 30 implementoinnin jälkeen (n = 60).</p>	<p>Menetelmä: Määrällinen tutkimus. Aineisto kerättiin kysymyslomakkeella, jossa oli väittämiä ja vastausvaihtoehtona Likert-asteikko (1-5).</p> <p>Analyysi: Kysymyslomakkeen tulokset analysoitiin käyttäen 'Wilcoxon rank-sum test'-analyysia.</p>	<p>Tutkimuksessa tutkittiin vuoteenvierusraportointia sekä hoitajien että potilaiden näkökulmasta. Tämän tutkimuksen tutkimuskysymysten fokuksen vuoksi tähän referoidaan tarkemmin vain potilaita koskevat tulokset.</p> <p>Tutkimuksessa huomattiin vuoteenvierusraportoinnilla olevan positiivista vaikutusta sekä potilaisiin että hoitohenkilökuntaan. Implementoinnin jälkeen potilaiden kokemus parani kaikilla osa-alueilla: potilaat (1) kokivat saavansa paremmin tietoa päivän hoitosuunnitelmasta, (2) kokivat hoitohenkilökunnan välisen kommunikoinnin avoimeksi koskien heidän hoitosuunnitelmaansa, (3) olivat tyytyväisiä panokseen, jonka kokivat voivansa antaa omaan hoitosuunnitelmaansa, (4) kokivat hoitohenkilökunnan toimivan tiiminä ja (5) kokivat, että raportti annettiin ammattimaisella ja luottamuksellisella tavalla. Erityisesti potilaat raportoivat merkittävää muutosta siinä, että saivat informaatiota päivän hoitosuunnitelmaan.</p>	<p>Otos oli määrälliseksi tutkimukseksi pieni ja homogeeninen. Tämän tutkimuksen tulokset eivät välttämättä ole yleistettävissä.</p>
---	---	---	---	---	--	--

9	McMurray, A., Cha-boyer, W., Wallis, M., Johnson, J. & Gehrke, T., 2010, Australia	Tulkita potilaiden näkemyksiä vuoteenvierusraportointiin osallistumisesta. Tulosten on tarkoitus toimia perustana muokkaamaan vuoteenvierusraportointia kuvaamaan paremmin potilaiden ajatuksia ja uskomuksia sekä rohkaista heitä olemaan aktiivisemmin osallinen päätösten teko.	10 potilasta, jotka olivat kokeneet vuoteenvierusraportoinnin ollessaan sisällä Queensland-sairaalassa jommassakummassa kahdesta eri lääketieteellisestä yksiköstä (n = 10). Potilaat olivat 52-74-vuotiaita.	Menetelmä: Laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla haastatteluilla. Analyysi: Temaattinen sisällönanalyysi.	Neljä pääteemaa: 1) Potilaiden tunnustaminen kumppaneiksi. Potilaan kokivat olevansa osallisia, kun raportilla heidän kanssaan jaettiin ammatillista tietoa. Tämä, ja lisäksi kun heidät esiteltiin raportilla, sai heidät tuntemaan, että heitä hoidettiin yksilöllisesti, eikä vain potilaana. Raportti myös auttoi heitä tietämään, kuinka heidän hoitonsa eteni ja kuka heitä tulisi hoitamaan seuraavan vuoron aikana. 2) Epätarkkuuksien korjaaminen. Potilaat kokivat, että raportti oli heille mahdollisuus saada informaatiota omasta tilastaan sekä ymmärtää hoitohenkilökunnan odotuksia heidän edistymisestään ja tulevista suunnitelmista koskien hoitoa. Osa potilaista uskoi, että heidän roolinsa oli varmistaa jaetun informaation tarkkuus ja virheettömyys. 3) Passiivinen osallistuminen. Osa potilaista koki toimivansa mieluummin passiivisena osallistujana ja vain kuunnella raportti. Osa kuunteli, mutta ei osallistunut verbaalisesti kuin vain suoraan pyydettyinä. Yksi potilas koki, että kun hoitajat puhuivat potilaasta kolmannessa persoonassa, tarkoitus oli olla rohkaisematta potilasta osallistumaan.	Kriittisesti sairaat potilaat rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkimus toteutettiin metodologisesti melko vahvasti ja läpinäkyvästi. Tutkimus tehtiin eettisesti ja kunnioittavasti. Tulokset eivät välttämättä ole yleistettävissä.
---	--	--	---	---	--	--

					4) Raportti vuorovaikutuksena. Potilaat olivat mielissään, kun heidän osallisuuttaan raporttiin pyydettiin ja heitä aktiivisesti rohkaistiin siihen. Yksi potilas koki, että hänen osallisuuttaan ei rohkaistu, koska häntä ei erikseen rohkaistu kysymään kysymyksiä.	
10	Olasoji, M., Plummer, V., Reed, F., Jacob, F., Shaw, L., Shanti, M. & Cross, W., 2017, USA	Tutkia psyykkisesti sairaiden potilaiden, jotka eivät ole aiemmin osallistuneet vuorovaihtoraporttiin, tarvetta olla osallisena hoitajien vuorovaihtoraportissa akuutissa psykiatriassa osastohoidossa.	Otoksena toimivat psykiatriset potilaat (n = 11). Osallistujista neljällä oli skitsofrenia, kahdella skitsoaffektiivinen diagnoosi, kolmella kaksisuuntainen mielialahäiriö ja kahdella vakava masennus.	Menetelmä: Laadullinen tutkimus. Aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla haastatteluilla. Analyysi: Temaattinen analyysi.	Kaksi pääteemaa: 1) Suljettujen ovien takana. Alateemoja tässä kategoriassa olivat: (1) kyse on meistä ja (2) heidän ajatustensa tietäminen. Potilaat ymmärsivät, että vuorovaihtoraportin oli tarkoitus siirtää tietoa heistä seuraavalle vuoroon tulijalle. He kokivat, että heidän kuuluisi osallistua raporttiin, koska se koski heitä. Potilaat kokivat myös sen, että hoitajat olivat raportin aikana poissa kentältä ja poissa saatavilta, turhauttavana. Potilaat kokivat, että saadessaan äänensä kuuluville omaa hoitoaan koskien, sillä oli positiivisia vaikutuksia heidän kokonaisvaltaiseen hoitoonsa. Potilaat halusivat myös tietää, mitä mieltä hoitajat olivat heidän edistymisestään ja saada mahdollisuuden antaa selvityksiä, mikäli eivät olleet hoitajien kanssa asiasta samaa mieltä. 2) Olla osallinen. Alateemoja tässä kategoriassa olivat: (1) selvittää ongelmia, (2) asettaa odotuksia ja (3) milloin ja kuinka.	Methodologisesti vahva ja läpinäkyvästi esitetty tutkimus. Aineiston kävivät ja jakoivat teemoihin kaksi eri tutkijaa itsenäisesti ennen tulosten yhteen vetämistä.

					<p>Potilaat uskoivat, että raportille osallistuessaan he voisivat oikaista ennakko-oletuksia ja väriä havainnointeja sekä kysyä kysymyksiä. Mahdollisuus oikaisuun helpottaisi epävarmuutta ja huolta hoidosta. Osallistuminen voisi auttaa heitä ymmärtämään, miten hoitajat tulkitsevat heidän käytöstään ja toimiaan sekä antaa heille tietoa siitä, mitkä olivat suunnitelmat alkavan vuoron varalle. Potilaat halusivat tietää ja keskustella enemmän omasta hoidostaan, erityisesti lääkityksestä, kotilomista, osastolla olosta, kotiutumisesta ja vierailijoista. Potilaat halusivat osallistua raportille, mutta kokivat, että eivät välttämättä aina pystyisi osallistumaan yhtä aktiivisesti, ja siksi he saattaisivat toimia vähemmän aktiivisessa roolissa voidessaan akuutisti huonosti, erityisesti osastohoidon ensimmäisinä päivinä. Potilaat myös kokivat omaisten osallistumisen raportille ristiriitaisena ja kokivat haluavansa itse päättää tilanteen mukaan, voiko omainen osallistua. Potilaat olivat myös huolissaan yksityisyydestään, eivätkä halunneet osallistua, mikäli raportti rikkoisi heidän yksityisyyttään. Koettiin myös, että hoitajien tulee käyttää asianmukaista kieltä ja terminologiaa. Potilaat eivät halunneet raportin aikana puhua tietyistä aiheista, kuten henkisestä tilasta, mielialasta tai vaikeista keskusteluista, joista he kokivat paremmaksi hoitajien keskustella keskenään. Osallistujat kokivat, että hoitajat voivat kliinisen osaamisensa mukaan arvioida, mistä on hyvä puhua.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

11	Sand-Jecklin, K. & Sherman, J., 2014, USA	Määrittää määrällisesti laskettavissa olevat tulokset vuoteenvierusraportoinnin implementoinnista.	Ison yliopistosairaalan seitsemän sisätauti-kirurgisen osaston potilaat. 157 potilasta ennen implementointia ja 154 potilasta implementoinnin jälkeen (n = 233).	Menetelmä: Määrällinen tutkimus. Kysymyslomake, jossa 17 väittämää ja vastausvaihtoehtona Likert-asteikon tyyppinen asteikko. Lomakkeessa oli myös mahdollisuus avoimeen kommentointiin. Lisäksi kerättiin tilastoa potilaiden kaatumisista raporttien aikana sekä lääkevirheistä. Analyysi: ANOVA-vertailu ”ennen”- ja ”jälkeen”-lomakkeiden välillä.	<p>Tutkimuksessa tutkittiin vuoteenvierusraportointia sekä hoitajien että potilaiden näkökulmasta. Tämän tutkimuksen tutkimuskysymysten fokuksen vuoksi tähän referoidaan tarkemmin vain potilaita koskevat tulokset.</p> <p>Merkittävin ero implementoinnin jälkeen oli siinä, kun kysyttiin, oliko potilaat otettu mukaan vuoronvaihtoraporttiin, jossa nousu oli huomattava. Potilaat kokivat implementoinnin jälkeen olevansa osallisempia hoitoonsa sekä vuoronvaihtoraporttiin sekä havaingoivat parempaa hoitajien välistä kommunikointia. Yleisesti he kokivat tullessa hiukan paremmin kohdelluiksi ja enemmän olleensa rohkaistuja osallistumaan hoitoonsa.</p> <p>Potilaiden vastaukset avoimiin kysymyksiin olivat enimmäkseen yleisesti positiivisia, vaikkakin monessa kysymyslomakkeessa tuli ilmi, että vuoteenvierusraportointia oli käytetty vain silloin tällöin, epämääräisesti tai vain seuraavan vuoron esittelyyn. Vuoteenvierusraportointi oli kuitenkin auttanut potilaita tuntemaan olonsa informoiduiksi ja saamaan hyviä selityksiä.</p> <p>Vuoteenvierusraportoinnin jälkeen myös potilaskaatumiset olivat vähentyneet huomattavasti (ennen implementointia 20 kpl, kolme kuukautta implementoinnin jälkeen 13 kpl ja 13 kuukautta implementoinnin jälkeen 4 kpl). Myös lääkitysvirheet olivat laskeneet</p>	Otos oli paljon aiempia määrällisiä tutkimuksia laajempi, tosin tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat kaikki kotiutuksessa, minkä vuoksi otos ei välttämättä anna tarkkaa kuvaa koko potilasryhmästä. Tutkimus oli metodologisesti melko selkeä.
----	---	--	--	---	---	---

					20 kappaleesta 10 kappaleeseen kolme kuukautta implementoinnin jälkeen.	
12	Sherman, J., Sand-Jecklin, K. & Johnson, J., 2013, USA	Arvioida ja syntetisoida vuoteenvierusraportoinnista oleva tutkimuskirjallisuus. Synteesin on tarkoitus toimia pohjamallina sairaaloiden vuoronvaihtoraporttien muutoksille.	Otoksena toimivat tutkimukset, jotka oli julkaistu vuosina 1994-2010 (n = 12). Otoksena oli sekä määrällisiä että laadullisia tutkimuksia.	Menetelmä: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Analyysi: Temaattinen sisällönanalyysi (ei selvästi tuotu esille tutkimuksessa itsessään).	Tutkimuksessa tutkittiin vuoteenvierusraportointia sekä hoitajien että potilaiden näkökulmasta. Tämän tutkimuksen tutkimuskysymysten fokuksen vuoksi tähän referoidaan tarkemmin vain potilaita koskevat tulokset. Tutkimuksessa listattiin sekä vuoteenvierusraportoinnin edut että haitat potilaalla. Etuja oli se, että (1) potilaat olivat informoidumpia, (2) osallistui- vat enemmän omaan hoitoonsa, (3) potilaan ja hoitajan välinen suhde parani, (4) yleinen potilastyytyväisyys koheni, (5) turvallisuus lisääntyi, (6) potilaiden kaatumiset vähentyivät ja (7) potilaat kotiutuivat nopeammin. Potilaiden kokemia haittoja oli (1) ammattikieli teki asioista vaikeita ymmärtää, (2) jatkuva informaation toisto oli väsyttävää, (3) ahdistus väärästä informaatiosta, (4) ahdistus liiasta informaatiosta, (5) yksityisyyden puute ja (6) ahdistus kuullessa omasta sairaudesta.	Tutkimukseen käytetty aineisto koostui tutkimuksista, jotka olivat otoksiltaan pieniä. Tämän vuoksi, vaikkakin tulokset olivat positiivisia, ne eivät ole yleistettävissä. Tutkimuksen kulku ei ollut selkeästi esitetty.

13	Tobiano, G., Bucknall, T., Sladdin, I., Whitty, J. & Chaboyer, W., 2018, Australia	Tutkia, kuinka potilaan osallistumista vuoteenvierusraporttiin voidaan toteuttaa.	Otoksena toimi 21 tutkimusta ja 25 laadunparannusprojektia (QI-projektit) (n = 54). Lopullinen luku oli 54, koska osa tutkimuksista ja projekteista oli useammassa kuin yhdessä artikkelissa.	Menetelmä: Eri metodeja yhdistelevä kirjallisuuskatsaus. Analyysi: Eri metodeja yhdistelevä synteesin luominen.	<p>Tutkimuksessa tutkittiin vuoteenvierusraportointia sekä hoitajien että potilaiden näkökulmasta. Tämän tutkimuksen tutkimuskysymysten fokuksen vuoksi tähän referoidaan tarkemmin vain potilaita koskevat tulokset.</p> <p>Vuoteenvierusraportointi mahdollistaa potilaan osallistumisen, rakentaa hoitajan ja potilaan välistä suhdetta ja varmistaa että potilaita kunnioitetaan niin, että he saavat asianmukaista informaatiota. Raportin kuunteleminen rakensi potilaan turvallisuudentunnetta sekä luottamusta hoitajiin. Potilaiden toivomus osallistumisen tasosta riippui potilaasta. Osa potilaista toivoi omaisten osallistuvan raporttiin, osa taas ei halunnut heidän kuulevan raporttia. Raportti auttoi potilasta tuntemaan olevansa osallinen hoitajan ja potilaan välisessä suhteessa ja raportti antoi potilaille mahdollisuuden viettää aikaa hoitajien kanssa. Potilaat arvostivat hoitajia, jotka käyttivät yksilöllistä ja inhimillistä lähestymistapaa. Myös virallista esittäytymistä pidettiin tärkeänä suhteen rakentumiselle.</p> <p>Potilaan osallistumista vaikeutti moni asia. Tällaisia olivat esimerkiksi se, jos hoitajien nähtiin olevan valta-asemassa tai jos hoitajat päättivät pitää raportin poissa vuoteen vierustalta. Hoitajan kommunikointityyli saattoi myös vaikeuttaa osallistumista: kun potilaat kokivat, että hoitajat eivät kuunnelleet heitä, potilaista</p>	<p>Metodologisesti vahva ja läpinäkyvästi esitetty tutkimus.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksessa hyvä otos.</p> <p>Tutkimukseen valittujen tutkimusten laatu arvioitiin tarkasti. Mixed Methods Assessment Tool -työkalua (MMAT) käytettiin arvioimaan määrällisten ja laadullisten tutkimusten metodologiaa. Quality Improvement Minimum Quality Criteria Set -työkalua (QI-MQCS) käytettiin</p>
----	--	---	---	--	---	---

				<p>puhuttiin kolmannessa persoonassa, esittelyt olivat ainoa vuoro-vaikutus, hoitajat puhuivat ammattikieltä, suoraa pyyntöä osallistua ei tullut tai kun hoitajat tekivät kaikki päätökset yksipuolisesti. Muita epärohkeita asioita oli esimerkiksi potilaan päälle puhuminen, potilaan kysymyksiin vastaamatta jättäminen sekä tarkoituksella ammattikieltä käyttäminen. Toisaalta myös jotkut potilaat olivat mieluummin passiivisia osallistujia raportilla.</p> <p>Hoitajista riippuvia potilaan osallistumista estäviä tekijöitä havaittiin kolme: (1) hoitajat pelkäsivät jakaa potilaan kanssa salassa pidettävää tietoa, (2) hoitajat kokivat epämukavaksi jakaa arkaluonteisia asioita vuoteen vierellä ja (3) hoitajat eivät mielellään rohkaisseet potilasta osallistumaan, koska esim. pelkäsivät raportin kestävän pidempään tai potilaan tuovan raporttiin epäolennaisia asioita, kokivat potilaan osallistamisen vaikeaksi jne.</p> <p>Potilaan osallistumista oli mahdollista rohkaista esimerkiksi olemalla lähellä potilasta, esittäytymällä sekä olemalla tietoinen heidän mieltymyksistään osallistumisen suhteen. Potilaan mieltymykset oli mahdollista selvittää esimerkiksi ennen raporttia.</p> <p>Potilaalla tunnistettiin olevan neljä erilaista roolia vuoteenvierusraportissa: (1) osallistua suunnitteluun (esim. tulevan vuoron suunnitteluun tai kotiutukseen liittyen), (2) kysyä kysymyksiä, (3)</p>	<p>arvioimaan laadunparannusprojekteja (ns. QI-projektit).</p>
--	--	--	--	---	--

					potilasta rohkaistiin tuomaan esiin huolia ja (4) tunnistaa puuttuvaa tietoa ja tuoda raporttiin lisäinformaatiota. Monessa projektissa potilaan osallisuutta yritettiin edistää varmistamalla, että potilas tiesi roolinsa raportissa.	
14	Whitty, J., Spinks, J., Bucknall, T., Tobiano, G. & Chaboyer, W., 2016, Australia	Kuvailla ja vertailla potilaiden ja hoitajien mieltymyksiä vuoteenvierusraportoinnin pitämisen tavasta.	Otos kerättiin kahdessa australialaisessa sairaalassa. Otoksena toimi aikuispotilaita (n = 401) ja sairaanhoitajia (n = 200).	Menetelmä: Määrällinen tutkimus. Aineisto kerättiin kysymyslomakkeella, jossa oli esitetty kaksi eri mallia vuoteenvierusraportoinnille, joista piti valita mieleisempi (DCE-lomake). Analyysi: Aineiston analysointi tehtiin ChoiceMetrics version 5 2012 -ohjelmalla. Analyysi tehtiin MMNL-analyysimallilla (mixed	Tutkimuksessa tutkittiin vuoteenvierusraportointia sekä hoitajien että potilaiden näkökulmasta. Tämän tutkimuksen tutkimuskysymysten fokuksen vuoksi tähän referoidaan tarkemmin vain potilaita koskevat tulokset. Kaikkein tärkeintä potilaille vuoteenvierusraportoinnissa oli tulla sanallisesti kutsutuksi osallistumaan raporttiin. Toiseksi tärkeintä potilaille oli mahdollisuus myös puhua sen sijaan, että vain kuuntelisi ja että heiltä kysyttäisiin kysymyksiä. Tämän jälkeen tärkeintä oli mahdollisuus saada omainen, ystävä tai huolenpitäjä mukaan raportille. Melko tärkeää potilaille oli myös saada kuulla hoitosuunnitelmasta lääketieteellisen tilansa lisäksi sekä se, että raportilla oli vain kaksi sairaanhoitajaa (vuorosta lähtevä ja vuoroon tuleva) kokonaisen hoitajatiimin sijaan. Vähiten tärkeää potilaille oli arkaluonteisten asioiden käsittelyn malli, vaikkakin löytyi pieni mieltymys siihen, että arkaluonteiset asiat kerrottaisiin hiljaa vuoteen äärellä sen sijaan, että ne puhuttaisiin sanallisesti muualla.	Otos oli määrälliseksi tutkimukseksi hyvä, varsinkin potilaiden osalta.

				<p>multinomial logit model).</p>	<p>Tulokset korostavat kaksisuuntaisen kommunikoinnin tärkeyttä ja sitä, että potilaat saavat kysyä kysymyksiä ja vastata niihin sekä saavat puhua. Lisäksi potilaat haluavat saada tietoa sekä antaa tietoa raportilla.</p> <p>Potilaiden toiveet vuoteenvierusraportille vaihtelivat riippuen eri tekijöistä (esim. sukupuoli, terveydentila, synnyinmaa jne.). Tämä esittää, että vuoteenvierusraportointi kannattaa räätälöidä yksilöllisesti esimerkiksi kysymällä potilaan toiveita sairaalaan tullessa.</p>	
--	--	--	--	----------------------------------	--	--

Liite 4: Sisällönanalyysin muodostaminen

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>”...and feedback such as improved patient-centered care...” (Gregory ym. 2014, 542)</p> <p>Esim. ”...informal and formal surveys indicated bedside report improved patient safety...” (Sherman ym. 2013, 311)</p> <p>”By bringing nurses together at the bedside, BSR facilitates increased care coordination.” (Gregory ym. 2014, 543)</p>	<p>Hoito potilaskeskeisempää</p> <p>Potilasturvallisuuden kasvu</p> <p>Tarvitun hoidon saaminen nopeammin</p>		<p>Hoidon laadun paraneminen</p>	<p>Positiiviset vaikutukset potilaaseen</p>

<p>Esim. "...to develop a sense of security that their care continuity is guaranteed..." (Bressan ym. 2019, 563)</p>	<p>Kokemus hoidon jatkuvuudesta</p>		<p>Potilaan luottamus terveydenhuoltojärjestelmään paranee</p>	
<p>Esim. "This made them feel that care was personalised..." (McMurray ym. 2010, 22)</p>	<p>Kokemus yksilöllisestä hoidosta</p>			
<p>Esim. "...see nurses in a different light, identifying their role, competences and professionalism..." (Bressan ym. 2019, 564)</p>	<p>Luottamuksen kasvaminen hoitajiin</p>			
<p>Esim. "...treating the patient kindly and with respect, listening to the patient..." (Sand-Jecklin & Sherman 2014, 2857)</p>	<p>Kokemus paremmasta kohtelusta</p>		<p>Potilaan tyytyväisyys kasvaa</p>	

<p>”Patient empowerment by being able to ask questions about their care” (Gregory ym. 2014, 542)</p>	<p>Potilaan voimaantuminen</p>			
<p>Esim. ”Improved general patient satisfaction” (Sherman ym. 2013, 310)</p>	<p>Potilastyytyväisyyden kasvu</p>			
<p>Esim. ”Several feelings arose from hearing the reports, a sense of safety and protection above all.” (Lupieri ym. 2015, 33)</p>	<p>Turvallisuudentunne</p>			
<p>Esim. ”Share information regarding medical history” (Gregory ym. 2014, 542)</p>	<p>Mahdollisuus jakaa tietoa</p>		<p>Potilaan osallisuus ja aktiivisuus kasvaa</p>	
<p>Esim. ”... bedside shift report as an opportunity to ask</p>	<p>Mahdollisuus kysyä kysymyksiä</p>			

<p>questions...” (Becker 2014, 97)</p> <p>Esim. ”... an opportunity to listen to what the nursing staff are reporting and ensure the information is correct.” (Becker 2014, 68)</p> <p>Esim. ”...the importance of being part of the healthcare process...assuming an active role within the reporting process...” (Becker 2014, 68)</p> <p>Esim. ”Participate in the decision-making process” (Gregory ym. 2014, 542)</p> <p>Esim. ”... also represents an opportunity for patients to spend time with nurses...” (Bressan ym. 2019, 565)</p>	<p>Mahdollisuus varmistaa jaetun tiedon oikeellisuus</p> <p>Olla osa prosessia omassa roolissa</p> <p>Osallistua suunnitteluun ja päätöksiin</p> <p>Suhteen luominen hoitajan kanssa</p>			
--	--	--	--	--

<p>Esim. "... an opportunity for them to gain information about their medical condition..." (McMurray 2010, 22)</p> <p>Esim. " Patients noted a significant increase (p=0.02) in their perception of being informed of the plan of care for the day." (Maxson ym. 2012,142)</p> <p>" Increased understanding of care." (Gregory ym. 2014, 542)</p>	<p>Saada tietoa omaan terveydentilaan liittyen</p> <p>Saada tietoa omasta hoitosuunnitelmasta</p> <p>Ymmärryksen lisääntyminen omasta hoidosta</p>		<p>Potilas on paremmin informoitu</p>	
<p>Esim. "...discussions about patient progress, or lack of progress, would be futile or anxiety-inducing for patients..." (Givens ym. 2016, 36)</p>	<p>Ahdistus kuulla huonoista uutisista tai aiheista</p>		<p>Ahdistuksen lisääntyminen</p>	<p>Negatiiviset vaikutukset potilaaseen</p>

<p>Esim. "Anxiety in hearing about their illness." (Sherman ym. 2013, 310)</p>	<p>Ahdistus kuulla omasta sairaudesta</p>			
<p>Esim. "Anxiety from so much information." (Sherman ym. 2013, 310)</p>	<p>Ahdistus ja huoli liiasta tiedosta</p>			
<p>Esim. "Anxiety from incorrect information." (Sherman ym. 2013, 310)</p>	<p>Ahdistus väärästä tiedosta</p>			
<p>"Tiring repetition of information." (Sherman ym. 2013, 310)</p>	<p>Jatkuva informaation toisto oli väsyttävää</p>		<p>Informaatioähky</p>	

<p>Esim. "...the need to share sensitive information represents a cause of concern for patients..." (Bressan ym. 2019, 565)</p> <p>Esim. "...to worry about privacy issues while discussing patient medical records in semiprivate rooms..." (Gregory ym. 2014, 544)</p>	<p>Omien arkojen asioiden puhuminen muiden kuullen</p> <p>Yksityisyyden vaarantuminen</p>		<p>Intimiteetin vaarantuminen</p>	
<p>" Patients had a range of preferences for their level of participation." (Tobiano ym. 2018, 251)</p> <p>Esim. "...some patients prefer being passive participants..." (Bressan ym. 2019, 565)</p> <p>Esim. "and have a role in the healthcare process..." (Becker 2014, 82)</p>	<p>Mahdollisuus määritellä oman osallistumisen taso</p> <p>Mahdollisuus osallistua myös passiivisella tavalla</p> <p>Ymmärrys raportista ja omasta roolista siinä</p>	<p>Potilaan vaikutus</p>	<p>Potilaan osallisuuden edistäminen</p>	<p>Potilaan osallisuus</p>

<p>”...close proximity to patients was emphasised as a way to engage them...” (Tobiano ym. 2018, 252)</p> <p>Esim. ”...when patients are treated with respect and provided with clear information, their involvement in the BSR increased.” (Bressan ym. 2019, 565)</p> <p>”Nurses need to create an inviting atmosphere for encouraging patients to participate...” (Becker 2014, 90)</p> <p>”...the importance of bedside communication in which patients are viewed as active participants.” (Hada ym. 2018, 17)</p>	<p>Fyysisesti potilaan lähellä oleminen</p> <p>Kunnioittava kohtelu</p> <p>Kutsuvan ilmapiirin luominen</p> <p>Potilaan näkeminen aktiivisena osallistujana</p>	<p>Hoitajan vaikutus</p>		
---	---	--------------------------	--	--

<p>Esim. "...were each considered to be about half as important as the patient being invited to participate in handover." Whitty ym. 2016, 746)</p> <p>Esim. " particularly when they were introduced at handover..." (McMurray ym. 2010, 22)</p> <p>Esim. "Patients reported being pleased when asked for their input, especially being invited and encouraged to ask questions." (Gregory ym. 2014, 543)</p> <p>Esim. "... when patients are treated with respect and provided with clear information, their involvement in the BSR</p>	<p>Potilaan pyytäminen osallistumaan sanallisesti</p> <p>Potilaan tervehtiminen/esitely nimeltä</p> <p>Rohkaiseminen kysymään kysymyksiä</p> <p>Selkeän ja ymmärrettävän informaation jakaminen</p>			
---	--	--	--	--

<p>increased.” (Bressan ym. 2019, 565)</p> <p>Esim. ”...when nurses do not support them, patients are more concerned...” (Bressan ym. 2019, 565)</p> <p>Esim.” Awareness of patients’ preferences...” (Tobiano ym. 2018, 252)</p> <p>”Esim. ”Consistency is important.” (Becker 2014, 74)</p> <p>Standardoidun raporttimallin implementoiminen lisäsi potilaan osallistumista monella asteikolla. (Hada ym. 2018)</p>	<p>Tuen saaminen hoitajalta</p> <p>Tietoisuus potilaan mieltymyksistä osallistumisen suhteen</p> <p>Raportin pitäminen säännöllisesti ja johdonmukaisesti</p> <p>Standardoidun raporttimallin käyttäminen</p>	<p>Toimintayksikön vaikutus</p>		
---	---	---------------------------------	--	--

<p>Esim. ” The use of medical jargon excluded patients from the conversation...” (Lupieri ym. 2015, 32)</p> <p>”...or when decisions were solely determined by nurses.” (Tobiano ym. 2018, 252)</p> <p>”Nurses were viewed as holding the power.” (Tobiano ym. 2018, 252)</p> <p>” Nurses could view patient input in a negative way, especially if their information was judged as not relevant, disruptive or time-intensive.” (Tobiano ym. 2018, 252)</p>	<p>Ammattisanaston käyttö</p> <p>Hoitajien päätöksenteko yksipuolista</p> <p>Kokemus hoitajasta valta-asemassa</p> <p>Hoitajat eivät halunneet rohkaista potilasta osallistumaan</p>	<p>Hierarkian esiintyminen</p> <p>Hoitajan vastahakoisuus</p>	<p>Potilaan osallisuuden esteet</p>	
--	--	---	-------------------------------------	--

<p>”...not engaging with...” (Tobiano ym. 2018, 252)</p> <p>”...or conducting handover away from the bedside...” (Tobiano ym. 2018, 252)</p> <p>”...when introductions were the only form of nurse interaction...” (Tobiano ym. 2018, 252)</p> <p>Esim. ”...nurses often talked to each other neglecting the patient was listening to them...” (Lupieri ym. 2015, 32)</p> <p>”...not engaging with or answering patient questions...” (Tobiano ym. 2018, 252)</p>	<p>Ei suoraa pyyntöä osallistua</p> <p>Raportti muualla hoitajan päätöksestä</p> <p>Esittelyt raportin ainoa vuorovaikutus</p> <p>Hoitajien puhuminen vain toisilleen</p> <p>Potilaan kysymyksiin vastamatta jättäminen</p>	<p>Potilaan huomiotta jättäminen</p>		
---	---	--------------------------------------	--	--

<p>”...nurse communication style hindered patient participation like when patients felt not listened to...” (Tobiano ym. 2018, 252)</p> <p>”Discouraging behaviours included talking over the patient...” (Tobiano ym. 2018, 252)</p> <p>Esim. ”...when staff members talked in the third person, it meant they were not encouraging patients’ input...” (McMurray ym. 2010, 23)</p>	<p>Potilasta ei kuunnella</p> <p>Potilaan päälle puhuminen</p> <p>Potilaasta kolmannessa persoonassa puhuminen</p>	<p>Epäkohtelias käytös</p>		
--	--	----------------------------	--	--

Liite 5: Analyysitaulukko positiivisista vaikutuksista potilaaseen

	Becker	Bres- san ym.	Ford ym.	Givens ym.	Gre- gory ym.	Hada ym.	Lu- pieri ym.	Max- son ym.	McMur- ray ym.	Olasoji ym.	Sand- Jeck- lin ym.	Sher- man ym.	To- biano ym.	Whitty ym.
Hoito potilaskeskeisempää					X									
Kokemus hoidon jatkuvuudesta		X					X							
Kokemus paremmasta kohtelusta											X		X	
Kokemus yksilöllisestä hoidosta									X				X	
Luottamuksen kasvaminen hoitajiin	X	X	X				X						X	
Mahdollisuus jakaa tietoa					X								X	
Mahdollisuus kysyä kysymyksiä	X				X	X				X			X	
Mahdollisuus varmistaa jaetun tiedon oikeel- lisyys	X						X			X				
Olla osa prosessia omassa roolissa	X		X	X		X			X				X	

Liite 6: Analyysitaulukko negatiivisista vaikutuksista potilaaseen

	Becker	Bres- san ym.	Ford ym.	Givens ym.	Gre- gory ym.	Hada ym.	Lu- pieri ym.	Max- son ym.	McMur- ray ym.	Olasoji ym.	Sand- Jeck- lin ym.	Sher- man ym.	To- biano ym.	Whitty ym.
Ahdistus kuulla huonoista uutisista tai aiheista				X						X		X		
Ahdistus kuulla omasta sairaudesta				X								X		
Ahdistus ja huoli liiasta tiedosta				X			X					X		
Ahdistus väärästä tiedosta												X		
Jatkuva informaation toisto oli väsyttävää												X		
Omien arkojen asioiden puhuminen muiden kuullen		X								X				
Yksityisyyden vaarantuminen	X	X			X		X			X		X		

Liite 7: Analyysitaulukko potilaan osallisuuden edistämisestä

	Becker	Bres- san ym.	Ford ym.	Givens ym.	Greogry ym.	Hada ym.	Lu- pieri ym.	Max- son ym.	McMur- ray ym.	Olasoji ym.	Sand- Jeck- lin ym.	Sher- man ym.	To- biano ym.	Whitty ym.
Fyysisesti potilaan lähellä oleminen													X	
Kunnioittava kohtelu		X				X								
Kutsuvan ilmapiirin luominen	X													
Mahdollisuus määritellä oman osallistumi- sen taso													X	
Mahdollisuus osallistua myös passiivisella tavalla	X	X							X	X				
Potilaan näkeminen aktiivisena osallistu- jana						X								
Potilaan pyytäminen osallistumaan sanalli- sesti	X				X	X			X					X

