

Saimaan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta  
Hoitotyön koulutusohjelma

lina Saastamoinen ja Alma Sipari

## **ISBAR-menetelmä parantaa potilasturvallisuutta - käyttökokemukset Etelä-Karjalan keskussairaala- lan päivystysalueella ja ensihoitopalvelussa**

Opinnäytetyö 2015

## Tiivistelmä

Iina Saastamoinen ja Alma Sipari  
ISBAR-menetelmä parantaa potilasturvallisuutta - käyttökokemukset Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueella ja ensihoitopalvelussa, 53 sivua, 2 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta  
Hoitotyönkoulutusohjelma  
Sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö 2015

Ohjaajat: lehtori Arja Sara-aho, Saimaan ammattikorkeakoulu, päivystyksen esimies Anne Saltiola, Eksote

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa 2014 keväällä käyttöön otetun ISBAR-menetelmän käyttöaste, käyttökokemukset ja kehittämisideat työyksiköissä. Tavoitteena oli potilasturvallisuuden edistäminen Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueella ja ensihoitopalvelussa.

Opinnäytetyö toteutettiin sekä kvantitatiivisena, määrällisenä, että kvalitatiivisena, laadullisena, tutkimuksena. Aineisto kerättiin keväällä 2015, internetkyselyn avulla, jossa oli määrällisiä ja laadullisia kysymyksiä. Kyselyyn vastasi yhteensä 38 Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueen ja ensihoitopalvelun työntekijää. Laadulliset vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä eli vastaukset redusoitiin, klusteroitiin ja lopuksi abstrahoitettiin. Määrälliset vastaukset analysoitiin ristiintaulukoinnilla eli vastauksien ehdolliset jakaumat tarkasteltiin.

Kyselymme tuloksista selvisi, että ISBAR-menetelmän käyttäminen parantaa potilasturvallisuutta päivystysalueella ja ensihoitopalvelussa. ISBAR-menetelmän käyttämiseen liittyy kuitenkin haasteita, esimerkiksi raporttia ei aina kuunnella tai sitä ei anneta kunnolla. Haasteiksi koettiin myös kiireen vaikutus raportointiin ja menetelmän haastavuus. Hoitohenkilökunta toi esiin kyselyn vastauksissa mm. toiveen lisäkoulutusten järjestämisestä, jotta kaikki osaisivat käyttää menetelmää.

Jatkotutkimusaiheiksi ehdotamme moniammatillisen simulaatiotilanteen järjestämistä ISBAR-menetelmän käytöstä ensihoidon ja päivystyspoliklinikan työntekijöille, toimintayksiköiden ISBAR-menetelmän käyttämisen havainnointi ja palaute käytöstä tai ISBAR-menetelmän käytön kartoittamista muissa Eksoten toimintayksiköissä.

Avainsanat: potilasturvallisuus, ISBAR, päivystys, ensihoito

## **Abstract**

Ilina Saastamoinen and Alma Sipari

ISBAR Improves Patient Safety – User Experiences from South Karelian Central Hospital's Emergency Clinic and Emergency Medical Services, 53 pages, 2 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Degree Programme in Nursing

Bachelor's Thesis 2015

Instructors: Ms Arja Sara-aho, Senior lecturer, Saimaa University of Applied Sciences, Anne Saltiola, Head of Emergency Clinic, Eksote

The purpose of the thesis was to survey the utilisation, user experiences and ideas for improving the ISBAR method that was introduced in the field in spring 2014. The goal was to improve patient safety in South Karelian emergency clinic and emergency medical services.

The thesis was carried out both with quantitative and in qualitative studies. The data was collected in spring 2015 via an Internet survey with both quantitative and qualitative questions. The survey was replied by 38 professionals from South Karelian emergency clinic and emergency medical services. The qualitative replies were analysed with a content analysis, i.e. the replies were reduced, clustered and finally abstracted. The quantitative replies were analysed with a cross-table analysis, which means checking the conditional distribution.

The survey revealed that the use of the ISBAR method improves patient safety in the emergency clinic and in the emergency medical services. However there are some challenges in the use of the ISBAR method, for example the report is not always properly reported or received. Sometimes it was experienced that hurry or difficulty to use the method challenged ISBAR reporting. In the replies there came up a wish for more training about ISBAR reporting so that everyone would know how use the ISBAR method properly. In the future it could be useful to organize a multiprofessional simulation about the use of the ISBAR method for the staff in the emergency clinic and in the emergency medical services, to arrange an observative study of ISBAR reports and communication and give feedback according to the results, or to map out the use of method in any department in the Eksote organization.

Keywords: patient safety, ISBAR, emergency clinic, emergency medical services

## Sisällys

1	Johdanto .....	5
2	Potilasturvallisuus .....	6
2.1	Potilasturvallisuuden vaikuttavia tekijöitä .....	6
2.2	Potilasturvallisuutta koskeva lainsäädäntö.....	8
2.3	Potilasturvallisuus koulutuksessa .....	9
2.4	Raportointi ja potilasturvallisuus hoitovastuun siirtyessä .....	12
3	Potilasturvallisuutta edistäviä menetelmiä .....	14
3.1	Potilasturvallisuuden edistäminen.....	14
3.2	Tarkistuslistat.....	14
3.3	Ei-tekniset taidot potilasturvallisuudessa .....	16
3.4	ANTS ja CRM .....	18
4	Kohdeorganisaatioiden toiminta.....	20
4.1	Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta .....	20
4.2	Erikoissairaanhoidon toiminta .....	20
4.3	Ensihoito .....	20
4.4	Päivystys.....	21
5	ISBAR-menetelmä .....	23
5.1	ISBAR-menetelmän historiaa.....	23
5.2	ISBAR-menetelmän rakenne .....	23
5.3	Aikaisemmat tutkimukset ISBAR-menetelmästä .....	24
6	Tutkimuskysymykset ja opinnäytetyön tavoitteet .....	29
6.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet.....	29
6.2	Tutkimuskysymykset.....	29
7	Toteutus.....	29
7.1	Kohderyhmä, kyselylomake, lupa-asiat.....	29
7.2	Aineiston keruu .....	30
7.3	Aineiston analysointi .....	31
8	Opinnäytetyön tulokset .....	32
8.1	Määrällisten kysymysten tulokset .....	32
8.2	Laadullisten kysymysten tulokset.....	41
9	Pohdinta.....	47
9.1	Luotettavuus ja eettisyys.....	47
9.2	Johtopäätökset .....	49
9.3	Oma oppiminen .....	52
10	Lähteet.....	54

## Liitteet

Liite 1: Saatekirje

Liite 2: Kyselylomake

# 1 Johdanto

Opinnäytetyön aihetta valitessamme olimme kummatkin kiinnostuneita kehittämään potilasturvallisuutta. Halusimme tehdä työelämälähtöisen opinnäytetyön, joka olisi hyödyllinen käytännön hoitotyössä. Olimme yhteydessä päivystysalueen esimieheen Anne Saltiolaan keväällä 2014, joka kertoi, että päivystysalueella on samana vuonna otettu käyttöön ISBAR-raportointimenetelmä. Sama ISBAR-menetelmä on käytössä myös ensihoitopalvelussa, joten päätimme suunnata opinnäytetyömme myös ensihoidon puolelle. Päätimme tehdä kyselyn kartoittaaksemme ISBAR-menetelmän käyttöastetta sekä käyttökokemuksia päivystysalueella ja ensihoitopalvelussa. Molempien yksiköiden potilasturvallisuuden toteutuminen on haastavaa hoitovastuun siirtymisen, tiedonsiirron, kiireellisten ja nopeasti muuttuvien tilanteiden vuoksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa ISBAR-menetelmän käyttöastetta, käyttökokemuksia ja kehitysehdotuksia menetelmän käytön suhteen. Tavoitteena on potilasturvallisuuden parantaminen yhtenäisen raportointimallin ja tiedonkulun katkeamattomuuden avulla.

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa sellaisia yksilön tai organisaation tapoja ja toimintaperiaatteita, jotka pyrkivät edistämään potilaan turvallisuutta sekä estämään turvallisuutta vaarantavat tapahtumat (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011). Potilasturvallisuuden osa-alueita ovat laiteturvallisuus, hoidon turvallisuus, lääketurvallisuus (THL 2015c), sekä tehokas kommunikaatio ja dokumentointi (Helovu ym. 2011).

ISBAR-menetelmä on raportin tueksi kehitetty vakioitu tarkistuslista. Sillä pyritään parantamaan potilasturvallisuutta takaamalla raportin sisällön yhtenäisyys kiireellisissä ja kiireettömissä tilanteissa. (Helovu ym. 2011.) Menetelmä kehitettiin Yhdysvaltojen merivoimissa 1990-luvulla yhdenmukaistamaan suullista tiedonkulkua. Merivoimista se levisi myöhemmin terveydenhuoltoon, ja Suomessa ISBAR-menetelmän käyttöönottoa on ajanut Sairaanhoidajaliitto. (Sairaanhoidajaliitto 2014.)

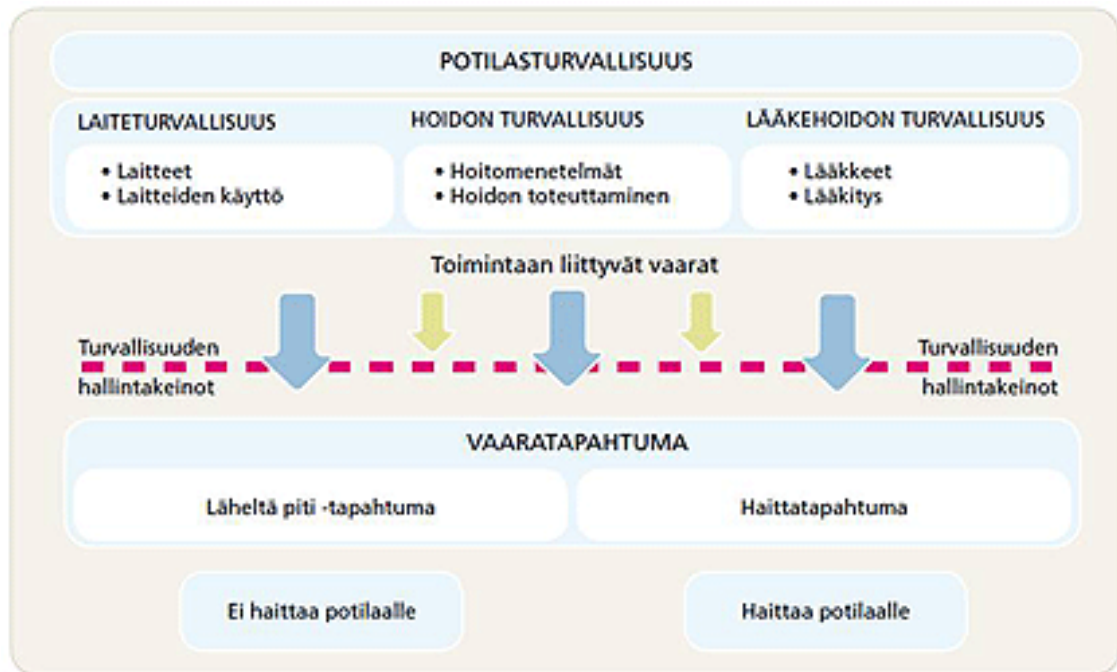
Opinnäytetyön tekeminen on lisännyt ymmärrystämme potilasturvallisuuden merkityksestä kaikessa hoitotyön toiminnoissa. Potilasturvallisuuden toteuttami-

nen hoitotyössä täytyy olla jatkuvaa, säännönmukaista ja toteutua kaikissa tilanteissa. Potilasturvallisten toimien tulee olla kaikilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä yhdenmukaisia, jotta potilasturvallinen toiminta on katkeamatonta. Työ on korostanut myös tehokkaan kommunikaation merkitystä ammatissamme. Oppinnäytetyön tekeminen on opettanut meille itsenäistä ja kriittistä työskentelyä, samoin aikatauluttamista. Kyselyn toteuttaminen ammattilaisille sai meidät pohtimaan myös muutoksen läpiviennin haasteita terveydenhuollossa.

## **2 Potilasturvallisuus**

### **2.1 Potilasturvallisuuden vaikuttavia tekijöitä**

Potilasturvallisuuden määrittelyyn vaikuttaa se, kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Potilaan näkökulmasta tarkasteltuna potilasturvallisuus määritellään niin, ettei potilaalle aiheudu hoidosta haittaa. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan potilasturvallisuuteen kuuluu terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, jotka pyrkivät hoidon turvallisuuteen, sekä suojaamaan potilasta vahingoittumasta. (Helovuori 2011.) Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen mukaan potilasturvallisuus on hoitoa, jossa potilas ei joudu vaaraan esimerkiksi vahingon tai unohduksen takia. Hoitoa antavassa yksikössä vaaratilanteita ja riskejä ennakoidaan ja estetään käytäntöjen, periaatteiden ja prosessien kautta. Näin ehkäistään inhimillisiä virheitä. (THL 2015c.)



Kuva 1: Potilasturvallisuus (THL 2015c)

Potilasturvallisuuteen ja vaaratilanteiden syntyyn vaikuttavat monet asiat. Prosessit, ohjeistukset laitteiden käyttöön, ja erilaiset toimintatavat vaikuttavat potilaiden turvallisuuteen. Ohjeet voivat olla epäselviä, vanhentuneita, tulkinnanvaraisia, puutteellisia tai prosessien varmistusmenetelmät riittämättömiä. Organisaation ympäristö on myös tärkeä turvallisuuden kannalta. Esimerkiksi huoneiden ahtaus, epäjärjestys, puutteelliset tilat ja varoitusmerkinnät, valaistus, sekä melu aiheuttavat vaaratilanteita potilaiden, omaisten ja henkilökunnan turvallisuuteen. Inhimilliset virheet eivät ole hyväksyty perinteisesti terveydenhuollon kulttuurissa, mutta ne vaikuttavat merkittävästi potilaiden turvallisuuteen. (Helo-vuo ym. 2011.) Terveysthuollossa käytettävien laitteiden, sekä tarvikkeiden täytyy olla vaatimustenmukaisia. Tämä tarkoittaa sitä, että laitteen tai tuotteen valmistajan on näytettävä laitteen tai tuotteen turvallisuus, suorituskyky, sekä käyttötarkoitukseen sopivuus. Suomessa laitteiden ja tuotteiden käytön vaatimusten valvonta kuuluu Valviralle, joka on sosiaali- ja terveystalan valvontavirasto. (THL 2015a.)

Lääkehoidon turvallisuus on yksi potilasturvallisuuteen vaikuttava tekijä. Se voidaan jakaa kahteen osaan, lääkitysturvallisuuteen ja lääketurvallisuuteen. Lääkitysturvallisuudella tarkoitetaan lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta.

Myös lääkkeiden käyttämiseen liittyvien haittatapahtumien ennaltaehkäiseminen, korjaaminen ja välttäminen toimenpiteet kuuluvat lääkitysturvallisuuteen. Lääketurvallisuus on lääkkeen valmisteeseen liittyvää turvallisuutta. Siihen kuuluvat lääkkeen farmakologisten ominaisuuksien ja vaikutusten tietäminen, sekä lääkkeen vaikutuksen arviointi. Lisäksi valmisteen merkitseminen, valmisteeseen liittyvä informaatio ja lääkkeen laadukas valmistusprosessi kuuluvat lääketurvallisuuteen. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean tehtävänä on valvoa lääkkeiden tuoteturvallisuutta, veri- ja kudospäynteitä, sekä kehittää lääkealaa. (THL 2015b.)

Kommunikaatio-ongelmat vaikuttavat potilasturvallisuuden heikkenemiseen noin 65 prosentissa terveydenhuollon haittatapahtumista. Terveydenhuollossa ilmeviä kommunikaatiosta johtuvia turvallisuutta heikentäviä ilmiöitä ovat eri ammattiryhmien väliset viralliset ja epäviralliset suhteet, hierarkia, ammattiryhmien välinen sisäinen tai keskinäinen kunnioituksen puute, epäselvyydet hoitovastuusta tiimissä ja strukturoidun ja standardoidun kommunikaation puute. (Kupari & Rantanen 2012.) Dokumentointi on tärkeää turvallisuusriskien hallinnalle. Hyvällä dokumentoinnilla varmistetaan tiedonkulku, mikä on laadukkaan ja turvallisen hoidon antamisen perustekijä. (Helovuori ym. 2011.)

Päivystysympäristössä havaitut potilasturvallisuutta vaarantavat tilanteet liittyvät päivystyksen stressaavaan ympäristöön, potilasta hoitavien henkilöiden määrään, potilassiirtotapahtuman nopeuteen, henkilökunnan virallisen koulutuksen puutteeseen potilassiirrosta sekä vastaanottavan tahon kykyyn pitää mielessä suullisesti annettua tietoa. Järjestäytyneen potilassiirron toteutumiseksi ja tiedon säilymisen vuoksi on luotu suosituksia käyttää standardoituja ohjeistuksia, ja minimoida niin potilassiirrot kuin hänen tietojensa siirtyminen. (Owen, Hemming & Brown 2009.)

## **2.2 Potilasturvallisuutta koskeva lainsäädäntö**

Suomen lainsäädännössä on useita lakeja, joiden avulla edistetään potilasturvallisuutta. Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava hyviin hoito – ja toimintakäytäntöihin ja näyttöön. Toiminnan on oltava turvallista, laadukasta ja asianmukaisesti toteutettua. (Helovuori, ym. 2011.)



- - *Potilaan aseman ja oikeuksien mukaan potilaalla on oikeus hyvään sairaala- ja terveydenhoitoon, joka ei loukkaa potilaan ihmisarvoa, vakaumusta tai yksityisyyttä.* - - (Laki potilaan asemista ja oikeuksista).

Terveystieteiden toiminnan täytyy perustua näyttöön hyvistä hoito- ja toimintakäytännöistä. Toiminta on toteutettava asianmukaisesti, laadukkaasti ja turvallisesti. Toimintayksikön on tehtävä täytäntöönpanosuunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuudesta. Suunnitelmassa on huomioitava potilasturvallisuuden edistäminen yhteisesti sosiaalihoillon palvelujen kanssa. (Terveystietolaki.)

Hoitovirheestä tai läheltä piti – tilanteesta on informoitava potilasta mahdollisimman nopeasti, jonka jälkeen potilas tekee päätöksen kantelun aiheellisuudesta ja korvauksen hakemisesta. Potilaalla on oikeus hakea korvausta, jos henkilövahinko on aiheutunut esimerkiksi tutkimuksen tai hoidon aikana tulleetta infektiosta, tapaturmasta hoidon aikana, hoitolaitteen tai hoitovälineen aiheuttamasta viasta. (Potilasvahinkolaki.) Perusoikeudet turvaavat potilaan yksityiselämän suojan toteutumista ja yksityisyyttä (Henkilötietolaki).

### **2.3 Potilasturvallisuus koulutuksessa**

Suomalaiseen potilasturvallisuusstrategiaan 2009-2013 on kirjattu tavoitteeksi potilasturvallisuuden huomioimisen terveydenhuollon opetuksessa. Sen tulee sisältyä niin perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen, johtamiskoulutukseen sekä opiskelijoiden ohjaamiseen työharjoittelussa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Kirjallisuuskatsauksessa Tella, Liukka, Jamookeah, Smith, Partanen & Turunen (2014) analysoivat tutkimuksia hoitotyön potilasturvallisuuskoulutuksesta. Haittatapahtumien ennaltaehkäisy ja potilasturvallisuuden parantaminen ovat hoitotyön koulutuksen päätavoitteita. Potilasturvallisuus ei kuitenkaan aina ole selkeästi osana opetussuunnitelmaa, vaikkakin sitä opetetaan niin teorialuennoilla että harjoitustunneilla. Hoitotyön potilasturvallisuusopetuksen teemoihin sisältyy virheistä oppiminen, yksilön vastuullisuus, moniammatillisessa ryhmässä toimiminen, ennakoiva toiminta haastavissa ympäristöissä sekä potilaskäsitteellisen turvallisuuskeskeinen hoitotyö. Opetuksessa yhdistellään monia potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Opetussuunnitelmien potilasturvallisuusopetus tähtää jatkuvaan parantamiseen potilasturvallisuuspätevydessä, kykyyn havaita

hoitotyön opiskelijan rooli ja kannustavan ilmapiirin luomiseen. Hoitotyön opintosuunnitelmat kaipaavat laajasti ja kattavasti huomion kiinnittämistä potilasturvallisuusopetukseen ja sen kehittämistä omana teemanaan moniammatillisesta näkökulmasta. (Tella, Liukka, Jamookeeah, Smith, Partanen & Turunen 2014.)

Tutkimuksessaan Tella, Smith, Jamookeeah, Partanen, Lamidi ja Turunen (2015) vertailivat suomalaisten ja brittiläisten hoitotyön opiskelijoiden havaintoja omasta potilasturvallisuusoppimisestaan harjoitustilanteissa. Tutkijat havaitsivat, että suomalaisilla opiskelijoilla oli kriittisempi näkemys omasta potilasturvallisuusoppimisestaan kuin brittiläisillä opiskelijoilla. Eroja selittäväksi tekijäksi havaittiin kannustava ilmapiiri ja menetelmään pohjautuvat keinot potilasturvallisuuden parantamiseksi. (Tella, Smith, Jamookeeah, Partanen, Lamidi & Turunen 2015.)

Tella (2015) on tehnyt johtopäätöksiä potilasturvallisuuskoulutuksen kehittämis-kohteista väitöskirjassaan. Suomesta puuttuu avoin ja moniammatillinen ympäristö potilasturvallisuudesta oppimiseksi. Hoitotyön opiskelijat tarvitsevat turvallisen ja kannustavan ympäristön puhuakseen potilasturvallisuuteen liittyvistä huolista. Opiskelijat eivät ole täysin sitoutuneita systemaattisesti estämään potilasturvallisuutta vaarantavia tapahtumia. Potilasturvallisuuskoulutus ja häiritsevien tapahtumien jälkeisen toimintatapojen oppiminen vaikuttaa olevan satunnaista. Opiskelijat tekevät arvokkaita huomioita potilasturvallisuuden parantamisesta käytännön harjoitteluissa terveydenhuollon organisaatioissa. Näitä huomioita tulisi riittävästi hyödyntää työpaikoilla. Opiskelijat odottavat enemmän potilasturvallisuuskoulutusta niin teoriaopinnoissa kuin käytännön harjoitteluissa. Koulun ja terveydenhuollon organisaatioiden tulisi kehittää yhteisiä käytäntöjä ja strategioita potilasturvallisuuden kehittämiseen, niin että hoitajilla olisi paremmat mahdollisuudet oppia potilasturvallisuudesta. Yhteiset käytännöt hyödyttäisivät niin potilaita kuin yhteiskuntaa. (Tella 2015.)

Potilasturvallista hoitotyötä voidaan harjoitella simulaation avulla. Simulaatio-opetus pyrkii jäljittelemään todellisuutta opetustilanteissa. Simulaatio-opetusta on hyödynnetty Suomessa jo 1950-luvulla lento-opetuksessa, myöhemmin ydinvoimateollisuudessa ja laivastossa. Osaksi terveystieteiden koulutusta simulaa-

tionuket tulivat ensimmäistä kertaa vuonna 2000. (Hallikainen & Väisänen 2007.)

Terveystieteiden tutkimuksessa simulaatioharjoittelua voidaan hyödyntää tiettyyn tehtävään rajattuna tai täysimittaisena koko ryhmän simulaatioharjoitteluna, käyttäen tietokoneavusteisia audiovisuaalisia simulaatiolaitteita. Simulaatioharjoittelu mahdollistaa harjoittelun aidontuntuisissa olosuhteissa, joissa voidaan harjoitella toimenpiteen tekemistä, ryhmätyöskentelyä, tutkimusten ja toimenpiteiden harjoittelua ja optimointia, toimintavirheiden vähentämistä, tilannetietoisuuden kasvattamista sekä inhimillisten haitta- tai vaaratekijöiden huomaamista. Nykyään terveydenhuollon simulaatiot painottuvat paljon akuuttihoitoon tilanteisiin, joissa harjoitellaan ammattien välistä yhteistyötä. Simulaatiokoulutuksen vahvuus on kokemattomuudesta tai käytäntöjen puuttumisesta syntyvien potilasvahinkojen ehkäiseminen todellisissa tilanteissa, kun opetuksessa ja harjoittelussa on voitu hyödyntää simulaatiokoulutusta. (Rall 2013.)

Simulaatioharjoittelussa käytetään potilassimulaattoria eli nukkea, joka jäljittelee potilasta ja tämän elintoimintoja. Nukelle pystytään tekemään myös joitakin toimenpiteitä. Simulaatioon osallistuvien tulee havainnoida simulaationukkeja ja monitoria, tehdä johtopäätöksiä ja hoitoratkaisuja lähtötilanteeseen perustuen. Erilaiset hoitoratkaisut vaikuttavat nukan elintoimintoihin ja tilanteeseen. Simulaation tilanne voidaan videoida ja nauhoittaa jälkipuintia varten. (Mattila, Suominen & Roivanen 2013, 73-87.)

Jälkipuinnilla (engl. debriefing) tarkoitetaan simulaatioharjoittelun jälkeistä reflektiota, palautteen antoa, keskustelua ja analyysiä simulaation kulusta. Tilaisuudessa voidaan keskittyä ennalta asetettujen tavoitteiden toteutumiseen sekä teknisten että ei-teknisten taitojen osalta. Teknisiä taitoja ovat mm. hoidolliset suoritukset ja arvio simulaatiossa käytettyjen lääkkeiden annostelusta ja vaikutuksista. Ei-teknisissä taidoissa voidaan keskittyä tiimityöskentelyyn, tilannetietoisuuden, tehtävänjaon, vuorovaikutuksen, johtajuuden ja päätöksenteon toteutumiseen. Jälkipuinnissa käydään läpi simulaation onnistumiset ja haasteet. Ongelmien kohdalla pyritään löytämään taustalla vaikuttavia tekijöitä virheen syntyyn. (Dieckmann, Lippert & Østergaard 2013, 195-215.)

Pakkanen, Salminen & Stolt (2012) kuvaavat simulaatio-opetuksen vaikutusta hoitotyön koulutuksessa kirjallisuuskatsauksessaan. Sairaanhoitajaopiskelijoiden turvallisen hoitotyön, tiimityöskentelyn, vuorovaikutustaitojen ja päätöksenteon taidot kehittyivät simulaatio-opetuksessa. (Pakkanen, Salminen & Stolt, 2012, 163-174.) Potilassimulaation on todettu kehittävän myös sairaanhoitajaopiskelijoiden taitoja ja motivaatiota luoda turvallinen hoitoympäristö ja hoitaa potilasta turvallisesti (Baxter, Akhtar-Danesh, Valaitis, Stanyon & Sproul. 2009. Ironside, Jeffries & Martin 2009).

## **2.4 Raportointi ja potilasturvallisuus hoitovastuun siirtyessä**

Kriittisesti sairastuneesta tai vammautuneesta potilaasta tulee aina antaa ennakkoilmoitus, jotta potilaan hoitoa pystytään päivystyksessä jatkamaan välittömästi. Ennakkoilmoitus on lyhyt ja selkeä raportti tapahtumista ja potilaan tilasta, yksityiskohtaisempi raportti tulee antaa vasta potilaan luovutustilanteessa päivystyspoliklinikalla. Ennakkoilmoitus antaa päivystyksen henkilökunnalle aikaa kutsua tarvittava henkilökunta paikalle, järjestää riittävät hoitovälineet ja hoitoon sopivat tilat valmiiksi ennen potilaan saapumista. Ennakkoilmoituksessa suositellaan jonkin strukturoidun raportointimenetelmän käyttöä. Tällöin ennakkoilmoituksen informaatio annetaan selkeässä ja tiiviissä muodossa, ja samalla minimoi mahdollisten inhimillisten erheiden ja unohdusten määrää raportoidessa. (Kempainen 2013, 95.)

Potilaan siirrossa raportti tulee antaa niin suullisesti kuin kirjallisesti. Sekä suullisen että kirjallisen raportin tulee olla selkeitä ja yhtenäisiä termistöltään. Raportti tulisi antaa potilasta kuljettaneelta suoraan potilasta hoitavalle hoitajalle ilman välikäsiä. Käytännössä raportti annetaan toisinaan hoitotiimin sijasta triage-hoitajalle, joka antaa raportin edelleen eteenpäin tiimille. Mitä useamman henkilön kautta raportti kulkee, sitä suurempi on riski, että tieto muuntuu tai jostain unohtuu. (Kempainen 2013, 97.)

Käytännössä hoitovastuun siirtyessä on havaittu monia ongelmakohtia. Potilas siirtotapahtumaan vaikuttavat henkilöstön väliset suhteet, kommunikaation kunnon puute tai kommunikaation rajoittuneisuus, useat tai toistetut luovutus-tilanteet, vitaalielintoimintojen merkityksen arviointivirheet ja strukturoidun rapor-

tointimenetelmän puuttuminen. (Dawson, King, Grantham 2013.) Kaikille osapuolille hoitovastuun siirtymisen tapahtumahetki ei ole selkeä. Potilaan saapuessa päivystykseen hoitaminen saatetaan aloittaa ensihoidon yhä raportoidessa potilaan tilasta. Usein kaikki potilaan hoitoon liittyvät henkilöt eivät ole samaan aikaan paikalla, jolloin ensihoito joutuu toistamaan raportin uudelleen. Hoitovastuun siirtymisestä olisi hyvä sopia ääneen, esim. ISBAR-raportoinnin lopuksi, jolloin kaikille osapuolille on selvä, milloin siirto tapahtui. (Mikkonen 2014.)

Päivystyspoliklinikka on ympäristönä usein hektinen ja henkilökunnan työpaineet ovat kovat. Päivystyshenkilökunnan olisi hyvä keskeyttää muut toimet ja keskittyä raportin vastaanottamisen ajaksi, mikäli potilaan kliininen tila sen mahdollistaa. Myös ensihoidon antaman raportin sisältö saattaa vaihdella, mikäli käytössä ei ole selkeää strukturoitua raportointimenetelmää. (Kempainen 2013, 97.) Komi ja Tapanainen (2009) havaitsivat tutkimuksessaan suullisen raportoinnin ongelmiksi raportin viivästymisen, venymisen ja keskeytymisen. Kehitysehdotuksia ilmeni suullisen raportoinnin selkeyttämisen ja tiivistämisen suhteen, niin että suullisessa raportissa käytäisiin läpi vain potilaan hoidon kannalta oleellisen asiat. (Komi & Tapanainen 2009.)

Potilaskohtaiset erot voivat vaikuttaa potilasturvallisuuden toteutumiseen. Ambulanssilla sairaalaan tuotu kiireetöntä hoitoa tarvitseva potilas voi saada osakseen kiinnostuksen puutetta päivystyksen hoitajien puolesta, jolloin myös potilaan tilaa saatetaan aliarvioida ensihoitohenkilöstön raportoidessa. Ongelmia on havaittu ensihoidon antaman raportin laadussa ja myös päivystyksen raportin vastaanottokyvyssä. Yhtenäinen raportointimenetelmä edistäisi raportin laatua ja vastaanottamista, jolloin tiedonsiirto helpottuisi. (Mikkonen 2014.)

Kirjallisuuskatsauksessa Dawson, King ja Grantham (2013) havaitsivat, että potilaan luovutustilanteessa ensihoidolta päivystyspoliklinikalle tarvitaan kattavampaa ja ytimekkäämpää raportointia, ja kunnioittavampaa ja tehokkaampaa kommunikaatiota. ISBAR-menetelmän kaltainen strukturoitu raportointimenetelmä ratkaisisi monia ongelmakohtia potilassiirrossa ensihoidolta päivystyspoliklinikalle. (Dawson, King & Grantham 2013.)

## **3 Potilasturvallisuutta edistäviä menetelmiä**

### **3.1 Potilasturvallisuuden edistäminen**

Potilasturvallisuuden edistäminen on pitkä kehittämisprosessi ja siihen tarvitaan järjestelmällisiä toimia. Ammatillinen osaaminen ja potilasturvallisuusosaaminen ovat kehittämislinjana suomalaisessa potilasturvallisuusstrategiassa. Ammatillisessa osaamisessa on tärkeää tietojen ja taitojen hallitseminen, jotta potilaiden hoito olisi turvallista. Potilasturvallisuusosaamisessa tärkeää turvallisen hoidon kannalta ovat tehokkaat kommunikointitaidot ja yhteistyö. World Health Organization, WHO, on perustanut monia kansainvälisiä työryhmiä sekä kehittämishankkeita, jotka keskittyvät potilasturvallisuuden edistämiseen. (Helovuo, ym. 2011.) WHO on koonnut yhdeksän kehittämissuositusta, joilla voidaan edistää potilasturvallisuutta. Kehittämissuosituksia olivat mm. potilaan tunnistaminen, kommunikoiminen potilaasta, hyvä käsihygienia ja injektiovälineiden kertaikäyttäminen. (WHO 2015c.) National Patient Safety Agency:n mukaan seitsemällä kohdalla voidaan parantaa potilasturvallisuutta. Nämä seitsemän kohtaa ovat:

1. Turvallisen potilaskulttuurin luominen
2. Työntekijöiden johtaminen ja tukeminen potilasturvallisuuteen
3. Riskienhallinta, tunnistaa tilanteet, joissa voi syntyä haittatapahtumia
4. Raportointi haittatapahtumista
5. Kommunikointi potilaiden kanssa ja heidän kuunteleminen
6. Potilasturvallisuuskoulutusten järjestäminen
7. Pyrkiminen ehkäisemään haittojen syntymistä oppimalla haittatapahtumista ja harjoittelemalla (NPSA 2004)

### **3.2 Tarkistuslistat**

Maailmanterveysjärjestö WHO on luonut tarkistuslistoja mm. leikkaussaliin, turvalliseen synnytykseen, traumapotilaan hoitoon sekä H1N1-pandemian varalle. Tarkistuslistat ovat syntyneet alun perin ilmailualalla. Ensimmäinen lista luotiin Yhdysvalloissa 1935 kahden kokeneen pilotin kuoltua lento-onnettomuudessa. Ensimmäinen lääketieteen tarkistuslista julkaistiin 2009. Sen huomattiin vähentävän selvästi niin kuolleisuutta kuin sairastavuutta. Tarkistuslistoilla pyritään

standardoimaan toimenpiteet maailmanlaajuisesti, niin että jokainen potilas, jokaisen toimenpiteen kohdalla, saa yhdenmukaista hoitoa. (WHO 2015b.)

Inhimilliset virheet ovat väistämätön osa lääketieteen monimutkaista maailmaa. Niistä koituvat haitat potilaille eivät kuitenkaan ole välttämättömiä (WHO 2015b). Tarkistuslistojen käyttämisellä on tarkoitus vähentää hoitotyössä tapahtuvia virheitä. Niitä voidaan käyttää myös harvemmin tapahtuvissa toimenpiteissä ja virheiden havaitsemisessa päivittäisessä työssä. Tarkistuslistoihin kootaan turvallisuuden kannalta oleellisemmat kriteerit, jotka toistuvat aina samalla tavalla. Näin potilasturvallisuuden toteutuminen ei ole hoitohenkilökunnan muistin varassa. Tarkistuslistoista on apua potilaiden tietojen siirrossa, oikean potilaan tunnistamisessa ja toimenpidettä tehtäessä. Tarkistuslistojen käyttö on merkki hyvästä potilasturvallisuustietoudesta. Turvallisuutta voi edistää tarkastamalla kahteen kertaan, ääneen toteamalla, kollegan ristiintarkastamisella ja asian varmistamisella potilaalta. (Sairaanhoidon käsikirja 2014.)

Esimerkki maailmanlaajuisesti käytetystä tarkistuslistasta on kirurginen tarkistuslista. Maailmanterveysjärjestö WHO:n perustama työryhmä tuotti 19-kohtaisen kirurgisen tarkistuslistan leikkaussaliturvallisuuden parantamiseksi. Tarkistuslista on jaettu kolmeen osaan: alkutarkistukseen, aikalisään ja lopputarkistukseen. Alkutarkistus tehdään potilaan saapuessa leikkaussaliin. Siinä varmistetaan potilaan henkilöllisyys, toimenpide, potilaan suostumus, leikkausalue, anestesiavalmius, pulssioksimetri, allergiat, aspiraatoriski ja oletettu verenvuoto. Aikalisä-osio käydään läpi juuri ennen leikkauksen alkua. Siinä tarkistetaan tiimin jäsenten nimet ja tehtävät, potilaan ja leikkaustoimenpiteen tiedot, antibioottiprofylaksia, toimenpiteen kulku ja kriittiset tekijät leikkauksen kulussa sekä radiologiset kuvat. Lopputarkistus tehdään ennen leikkaussalista poistumista. Siinä tarkistetaan ääneen, että kaikki leikkauksessa käytetyt instrumentit, neulat ja taitokset täsmäävät aloitustilanteeseen, näytteet ovat merkitty ja välineistöongelmat on huomioitu. Diagnoosin, toimenpiteen nimen ja koodien tulee olla merkitty oikein ja seurantaohjeiden tulee olla annettu. (Blomberg & Pauriaho 2013, 276-280.)

### 3.3 Ei-tekniset taidot potilasturvallisuudessa

Ei-teknisillä taidoilla tarkoitetaan taitoja, jotka eivät välttämättä liity kliiniseen osaamiseen. Niihin kuuluvat taidot ovat tehtävän hallinta, tiimityö, tilannetietoisuus ja päätöksenteko. Jokainen osa-alue sisällyttää useampia taitoja. Tehtävän hallintaan kuuluu mm. suunnittelu ja valmistelu, priorisointi, standardien asettaminen ja säilyttäminen, resurssien tunnistaminen ja hyödyntäminen. Tiimityö sisältää toimintojen koordinoimisen tiimin sisällä, tiedon jakamisen, tiimin johtamisen jämykkyyden, auktoriteetin sekä valmiuksien arvioinnin ja muiden tiimin jäsenten auttamisen. Tilannetietoisuutta ovat tiedon hankinta, havaitseminen ja ymmärtäminen sekä ennakoiti. Päätöksentekoon kuuluu vaihtoehtojen muodostaminen, riskien arviointi ja valinta sekä seuranta ja uudelleenarviointi. (Nyström 2013, 105.)

Anestesiatyössä on havaittu, että jopa 80 % haittilanteista tai virheistä sattuu ei-teknisten taitojen pettäessä. Taustalla on usein huono kommunikaatio, puutteellinen monitorointi, virheet lääkkeiden tai välineistön ristiintarkistuksessa, mutta ei juurikaan teknisten taitojen puute tai laitteisto-ongelmat. Leikkaustiimin toiminnan tutkimuksissa on havaittu vaikeuksien johtuvan myös tilannetietoisuuden puutteesta tai tiimin huonosta kanssakäymisestä. Näitä ongelmia huomioidaan nyt enenevässä määrin myös koulutuksessa, jossa kiinnitetään huomiota kommunikaatiotaitoihin, tiimityöhön, johtajuuteen, tilannetietoisuuteen sekä päätöksentekoon. (University of Aberdeen 2012.)

Päivystyksessä potilassiirtoihin liittyviä olennaisia ei-teknisiä taitoja ovat mm. kommunikaatio, tiimityö ja tilannetietoisuus (Owen ym. 2009). Olennaista on työntekijöiden kyky havaita ongelmakohtia potilasturvallisuudessa, jolloin ongelmiin pystytään vaikuttamaan (Mikkonen 2014). Muiden työntekijöiden työnkuvan ja tavoitteiden tunteminen lisää tiimin tehokkuutta ja auttaa ymmärtämään eri ammattilaisten roolia potilaan hoitoketjussa. Kommunikaatiota voidaan tehostaa yhteisen kielen kehittämisellä luovuttavan ja vastaanottavan tahon välillä, jolloin päivystyksen henkilökunta saa ensihoidolta mahdollisimman selkeän kuvan sairaalan ulkopuolisista tapahtumista. Potilasturvallisuusmenetelmät edistävät ammattilaisten välisen yhteisen kielen ja tilannekuvan syntymistä ja



minimoivat vääristyneen tilannekuvan syntymistä, kun tieto liikkuu terveydenhuollossa ammattilaiselta toiselle. (Owen ym. 2009.)

Tarkistuslistan käytäntöön viemisen haasteista esimerkkinä toimii WHO:n kirurginen tarkistuslista. Vuosina 2007 ja 2008 kahdeksan eri sairaalaa maailmanlaajuisesti testasivat tarkistuslistaa pilottitutkimuksessa. Tulokset osoittivat, että leikkauskomplikaatioista johtuvat infektiot vähenivät kolmanneksen ja potilaan kuolemat puolittuivat. Halvaksi ja tehokkaaksi osoittautunut menetelmä levisi maailmanlaajuisesti. Myöhemmissä tutkimuksissa kaikki sairaalat eivät kuitenkaan ole päässeet pilottitutkimuksen mukaisiin tuloksiin. Imperial College of Londonin tutkijat alkoivat kartoittaa kirurgisen tarkistuslistan käyttöä. Tarkasteltuaan lähes 7000 kirurgista toimenpidettä viidessä eri Yhdistyneen kuningaskunnan julkisen terveydenhuollon sairaalassa tutkijat havaitsivat, että kirurginen tarkistuslista oli käytössä 97%:ssa tapauksia, mutta tarkistuslista käytiin läpi täysin vain 62% tapauksista.

Tutkijat havaitsivat, että tarkistuslista ei saanut ammattilaisten täyttä huomiota, tarkistuslistan välinetarkastuskohdista vain kolmasosa luettiin ääneen, 40%:ssa tapauksissa leikkauslistaa läpi käytäessä joku leikkaustiimistä ei ollut paikalla ja 10%:ssa tapauksista johtava kirurgi puuttui paikalta. Osa leikkaustiimin jäsenistä ilmoitti, että vanhemmat kirurgit vastustivat leikkauslistan käyttöä. Henkilökunta kritisoi myös tarkistuslistaa huonoista sanavalinnoista, aikaa vieväksi, epäkelvoksi tiettyihin toimenpiteisiin tai tarpeettomaksi muiden tarkistuslistojen kanssa. Tutkimustuloksissa painotettiin sairaalan johtajien merkitystä tarkistuslistan viemisessä työyhteisöön. Menetelmän vieminen käytäntöön vaatii aikaa selittää työntekijöille, mikä tarkistuslista on ja miksi sitä käytetään. Menetelmästä täytyy jakaa mahdollisimman paljon todistusaineistoa, teoriaa tai esittää käytännön esimerkkejä menetelmän käytön eduista. Jos tarkistuslista määrätään ylemmältä taholta käyttöön ilman kunnollista perehdyttämistä, on olemassa riski, että työntekijä kokee listan taakkana, eikä omaa työtään helpottavana apuvälineenä. (Anthes 2015.)

### 3.4 ANTS ja CRM

ANTS eli Anaesthetists Non-technical Skills on psykologien ja anesthesiologien Skotlannissa tekemien tutkimusten tuloksena syntynyt potilasturvallisuusmenetelmä. Se on tarkoitettu käytettäväksi muiden kliinisten taitojen tueksi tehostamaan potilasturvallisuutta jokapäiväisissä tilanteissa sekä nopeaa toimintaa vaativissa hätätilanteissa. ANTS kuvailee pääasiassa ei-tekniset taidot hyvässä anestesiahoitossa ja siinä käsitellään käyttäytymisen ja toiminnan merkitystä potilasturvallisuudessa. Menetelmää voi käyttää yksilön oman toiminnan kehittämiseen tai palautteen antamiseen harjoitustilanteissa, joissa harjoitellaan läpinäkyvää ja turvallista työskentelyä. Menetelmä on jaoteltu neljään ei-tekniseen toiminnan tasoon: tehtävien hallinta, tiimityö, tilannetietoisuus ja päätöksenteko. (University of Aberdeen 2012.)

Jokaisella tasolla on alaotsikoita, joista on tehty esimerkkejä hyvästä ja huonosta toiminnasta potilasturvallisuuden kannalta. Alaotsikoina tehtävien hallinta -kohdassa ovat suunnittelu ja valmistelu, priorisointi, laadukkaan hoidon tarjoaminen ja ylläpitäminen, resurssien tunnistaminen ja hyödyntäminen. Tiimityössä ne ovat työtehtävien tekeminen tasavertaisiksi tiimin kanssa, tiedonjakaminen, auktoriteetin ja itsevarmuuden hyödyntäminen, kykyjen arvioiminen ja toisten tukeminen. Tilannetietoisuuden alaotsikoita ovat tiedonkeruu, havainnointi ja ymmärtäminen sekä ennakointi. Päätöksenteossa ne ovat vaihtoehtojen tunnistaminen, riskien vakauttaminen ja vaihtoehtojen valitseminen sekä uudelleen arvioiminen. (University of Aberdeen 2012.)

CRM on ilmailualalta peräisin oleva menetelmä, jolla pyritään jatkuvasti parantamaan keinoja ja prosesseja turvallisuuden edistämiseksi. Terveystieteidenhuollossa CRM:llä tarkoitetaan yleisimmin sanoja Crisis Resource Management. Menetelmä pyrkii luomaan sellaisen toimintakulttuurin, jossa tiimin jäsenet voivat helposti puuttua virheisiin ja aiheellisesti kyseenalaistaa hierarkiassa ylempänä olevia ja samalla ottaa käyttöön koko tiimin osaamisen. (Nyström 2013, 102.) Menetelmällä pyritään saamaan järjestäytymätön tiimi toimimaan tehokkaasti yhteisen tavoitteen vuoksi (Handolin & Väisänen 2007). CRM pyrkii parantamaan turvallisuutta ja tehostaa tiimin toimintaa niin, että tiimin kokoonpanon vaihtuminen ei vaikuta työtulokseen. CRM:ssä resursseilla tarkoitetaan työnteki-

jää mm. hänen taitojaan, välineitä, proseduureja, systeemejä ja menetelmällä tarkoitetaan tiettyjä tapoja, johtamista, kommunikaatiota sekä päätöksentekoa. (Nyström 2013, 102.)

Yleisesti CRM jaetaan seuraaviin 15 ydinkohtaan: tunne ympäristösi, ennakoi ja suunnittele, kutsu apua ajoissa, harjoita johtamista ja tiimin jäsenenä olemista, jaa työkuormaa, mobilisoi kaikki resurssit, kommunikoi tehokkaasti, käytä kaikki saatavilla oleva informaatio, haasta mielikuvasi, tee kaksoistarkistuksia, käytä kognitiivisia apuvälineitä, arvioi asioita uudestaan useasti, työskentele muiden kanssa tiiminä, jaa huomiosi viisaasti sekä priorisoi dynaamisesti. Ydinkohtien on tarkoitus kiinnittää huomio asioihin, jotka voivat parantaa potilasturvallisuutta. (Nyström 2013, 103-105.) Lista on alun perin luotu anestesiatyöhön, mutta se on otettu käyttöön monilla erikoisaloilla ja erilaisissa ympäristöissä (Nyström 2013, 102), kuten esimerkiksi traumatiimin toiminnassa ja traumatiimisimulaatioissa, joissa joukon eri erikoisalojen ammattilaisia pitää hoitaa vaikeasti vammautunutta potilasta kovan paineen alla (Handolin & Väisänen, 2007).

CRM-menetelmän on havaittu olevan tehokas tiimityöskentelyn harjoittelemisessa. Se edistää tiimin jäsenten kommunikaatio- ja päätöksentekotaitoja ryhmän toiminnan kautta. Harjoituksesta opittujen käytäntöjen vieminen osaksi käytännön työtä ei ole kuitenkaan ongelmaton. Caly-Williams, Greenfield, Stone ja Braithwaite (2014) selvittivät Australialaisessa sairaalassa CRM-menetelmän tehokkuutta harjoitustilanteessa sekä käytännön työssä harjoittelun jälkeen. Harjoitus kehitti ryhmätyöskentelyä selvästi, mutta vain osa tutkimukseen osallistuneista terveydenhuollon ammattilaisista kertoi jatkaneen CRM-menetelmän käyttöä työssään. Siitä huolimatta, että osallistujat olivat tyytyväisiä sekä menetelmään että harjoitteluun, monet kokivat, että työpaikalla on yksilö-, tiimi- ja organisaatiotason esteitä CRM-menetelmän käyttöönotolle. (Caly-Williams, Greenfield, Stone & Braithwaite 2014.)

## **4 Kohdeorganisaatioiden toiminta**

### **4.1 Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta**

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta, Eksote on yhdeksän kunnan kuntayhtymä, jonka tehtävänä on terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakykyä edistävien palveluiden tuottaminen. Piiriin kuuluvat Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti, Savitaipale ja Taipalsaari. Lisäksi Imatralta saa erikoissairaanhoidon- ja kehitysvammaisten erityishuoltopalveluita. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri ja -erityishuoltopiiri kuuluvat Eksoten palveluihin. (Eksote 2015b.)

### **4.2 Erikoissairaanhoidon järjestäminen**

Erikoissairaanhoidon järjestäminen on kirjattu terveydenhuoltolakiin. Erikoissairaanhoidon määrittäminen lain mukaan seuraavanlaisesti: - - ”*lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisaloiden mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja.*” - - (Terveydenhuoltolaki) Eksoten alueella, Etelä-Karjalan keskussairaalassa, hoidetaan suunnitellusti ja päivystyksellisesti erikoissairaanhoidon tarvitsevia potilaita. Osastoja keskussairaalasta löytyy sisätaudeista kirurgisiin, lastenosasto sekä teho-osasto. Keskussairaalassa hoidetaan myös Etelä-Karjalan alueen synnytykset. (Eksote 2015c.)

### **4.3 Ensihoito**

Ensihoidon palvelujen sisältöön kuuluvat lain mukaan vakavasti loukkaantuneen tai sairastuneen ensihoito, ja kiireellinen kuljettaminen lääketieteellisesti tarkoituksenmukaisimpaan sairaanhoidon yksikköön, lukuun ottamatta meripelastuslaitoslaissa mainittuja tehtäviä (Terveydenhuoltolaki). Ensihoidon tulee myös ylläpitää hoitovalmiuttaan, johdettava ensihoidon operatiivista toimintaa, laadittava ohjeet kuljetettavan potilaan hoitoon ohjauksesta, sekä ohjeet niihin tilanteisiin, kun potilas jätetään kuljettamatta (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista). Ensihoidon tulee pystyä ohjaamaan potilas, hänen läheisensä, sekä muut tapaturman uhrin psykososiaalisen tuen pariin, osallistua suuronnettomuustilanteiden valmius- ja varautumissuunnitelmien, ja muiden terveydenhuollon erityistilanteiden suunnitelmien laatimiseen yhdessä viranomaisten kanssa.

Ensihoidolta veloitetaan myös virka-avun antamista poliisille, pelastus- ja meripelastusviranomaisille ja rajavartiolaitosviranomaisille. Kuntayhtymä voi päättää myös mahdollisesta ensivastetoiminnasta palvelutasopäätöksessään, jossa voidaan määritellä muun kuin ambulanssihenkilökunnan tarjoama hätäensiapu tavoittamisviiveen pienentämiseksi. (Terveydenhuoltolaki.)

Ensihoidon järjestäminen on Suomen lain mukaan jokaisen sairaanhoitopiirin velvollisuus. Se tulee järjestää yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa niin, että yhteistyö muodostaa toiminnallisen kokonaisuuden. Ensihoitopalvelu voidaan järjestää kuntayhtymän toimesta, yhteistyössä alueen pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiirin kanssa, tai hankkimalla palvelu ulkopuoliselta palvelun tuottajalta. Toiminnan tulee olla tehokasta ja tarkoituksenmukaista, ja ensihoidon tulee pystyä toteuttamaan toimintaansa myös ruuhkatilanteissa. (Terveydenhuoltolaki.) Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtävänä on ensihoitopalvelun päivittäistoiminnan järjestäminen, sekä erityistilanteiden huomioiminen ja niihin varautuminen. Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtävänä on, ensihoitopalveluun liittyvissä asioissa, alueensa väestön tiedottaminen ja neuvominen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista.)

#### **4.4 Päivystys**

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan kiireellinen sairaanhoito tarkoittaa äkillisen vamman, sairastumisen, sairauden pahenemisen tai toimintakyvyn alenemisen välitöntä arviointia ja kiireellistä hoitoa silloin, kun hoitoa ei voida siirtää sairauden tai vamman pahenemisen tai vaikeutumisen vuoksi. Kunnan tai sairaanhoitopiirin tulee järjestää itse ympärivuorokautinen päivystys. Siellä tulee olla tarpeeksi koulutettua henkilökunta, jolla varmistetaan hoidon laadun ja potilasturvallisuuden toteutuminen. Päivystysalueen työnjakoa suunniteltaessa tulee ottaa huomioon väestön koko ja palvelutarpeet, ensihoidon palvelut sekä muiden päivystysaluepisteiden etäisyys. (Terveydenhuoltolaki.)

*- - Päivystysyksikön vastaavan laillistetun lääkärin tai hammaslääkärin taikka hänen antamiensa ohjeiden mukaan muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön on ohjattava potilas hoidettavaksi joko päivystyksikössä, toisessa*

*terveydenhuollon toimintayksikössä tai muulla tarkoituksenmukaisella tavalla. Ohjauksessa on otettava huomioon päivystysyksikössä noudatettavat kiireellisyysluokat ja arvioitava henkilön yksilöllinen hoidon tarve ja riski sairauden pahenemisesta tai vamman vaikeutumisesta. Hoitoon ohjaus voi tapahtua myös puhelimitse tai muulla vastaavalla tavalla. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä.)*

Päivystyshoito jaetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysalueisiin. Perusterveydenhuollon päivystysalueen järjestämisestä vastaa kunta, ja palvelun tuottaa usein terveyskeskus, sairaanhoitopiiri tai yksityinen palveluntuottaja joko kokonaan tai osittain. Päivystystoiminta jaetaan virka-ajalla tapahtuvaksi, tai sen ulkopuolella järjestetyksi päivystykseksi. Virka-ajalla päivystysalue tarkoittaa käytännössä omalääkäreiden akuuttivastaanottoja, virkaajan ulkopuolella päivystys on järjestetty erikseen alueellisena keskitettynä päivystysalueena tai erikoissairaanhoidon kanssa yhteistyössä yhteispäivystysalueena. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

Päivystyksen henkilökunnan täytyy olla moniammatillista ja heillä täytyy olla riittävä koulutus, työkokemus ja tuntemus alueen olosuhteista. Lisäksi päivystyksessä täytyy olla koko ajan laillistettu lääkäri johtamassa päivystysyksikön toimintaa, oikeanlaiset palvelut potilaan tutkimista ja hoitamista varten, sekä lääkehoidon toteuttamiseen tarvittavat aineet ja välineet. Potilas tulee ohjeistaa hyvin myös silloin kun potilas ei ole sairaalassa. Potilaalle on annettava sopivat ohjeet oireiden seuraamista varten. Potilasta pitää ohjeistaa siitä, millaisissa tilanteissa potilaan täytyy jatkossa ottaa yhteyttä terveydenhuoltoon. Ohjeet on annettava tarvittaessa myös kirjallisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä.)

Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystyspoliklinikalla toimii keskitetty päivystys ma-to klo 16-08 ja pe 15-08 sekä viikonloppuisin ja arkipyhinä ympärivuorokautisesti. Erikoissairaanhoidon päivystyksessä ympärivuorokautisesti. Erikoissairaanhoidon päivystykseen tarvitaan lähete. Arkisin päivystys hoidetaan omilla terveys- ja hyvinvointiasemilla. Lemi, Luumä-

ki, Savitaipale, Taipalsaari ja Lappeenranta kuuluvat Etelä-Karjalan keskussairaalan alaisuuteen. Ruokolahti, Rautjärvi ja Parikkala kuuluvat Imatran Honkaharjun sairaalan päivystyksen piiriin iltaisin ja viikonloppuisin, mutta yöpäivystys järjestetään Lappeenrannassa Etelä-Karjalan keskussairaalassa. (Saltiola 2015.)

## **5 ISBAR-menetelmä**

### **5.1 ISBAR-menetelmän historiaa**

ISBAR on alun perin Yhdysvaltojen merivoimissa 1990-luvulla kehitetty menetelmä, jolla on pyritty yhdenmukaistamaan suullinen tiedonkulku. Menetelmä otettiin käyttöön pian myös ilmavoimissa ja myöhemmin terveydenhuollossa. Suomessa ISBAR-menetelmän käyttöä on ajanut eteenpäin Sairaanhoidajaliitto, jonka potilasturvallisuusasiantuntijaryhmä on tuottanut menetelmästä suomen- ja ruotsinkieliset esitteet ja muistikortit. (Sairaanhoidajaliitto 2014.)

### **5.2 ISBAR-menetelmän rakenne**

ISBAR-menetelmä on tarkistuslista, joka on otettu käyttöön terveydenhuollossa raportoinnin tueksi ja parantamaan potilasturvallisuutta. Se on vakioitu menetelmä, jolla voidaan taata raportin sisällön yhtenäisyys kiireellisissä ja kiireettömissä tilanteissa. (Helovuo ym. 2011.) ISBAR-menetelmä kannustaa kriittiseen ajatteluun ja rohkaisee toimintaehdotusten tekemiseen. ISBAR-kortteja kiireellisiin ja kiireettömiin tilanteisiin voi tilata sairaanhoidajaliiton nettisivuilta. (Sairaanhoidajaliitto 2014.)

Menetelmän nimi on lyhenne raportin vaiheista:

Identify = Tunnista

- Kerro kuka olet ja mistä soitat. Kerro potilaan henkilötiedot

Situation = Tilanne

- Kerro syy raportointiin

Background = Tausta

- Kerro tilanteen taustasta (aikaisemmat hoidot ja ongelmat, sairaudet ja hoidot, allergiat, tartuntavaarallisuus)

Assessment = Nykytilanne

- Kerro potilaan vitaalielintoiminnot sekä olennaiset asiat liittyen potilaan tilaan

Recommendations = Suositukset

- Ehdota miten toimitaan ja varmista saatu tieto

ISBAR-menetelmän tavoitteena on turvallisuuden lisääminen, virheiden vähentäminen, toiminnan yhdenmukaistaminen ja laadun parantaminen (Helovuo ym. 2011).

Päivystysalueella esitetyn (5.3.2014), Petteri Alavahtolan ISBAR-diasarjan mukaan Etelä-Karjalan ensihoitopalveluiden ja päivystysalueen työntekijät sekä lääkärit koulutetaan käyttämään ISBAR-menetelmää kaikkeen tiedonsiirtoon, kaikissa tilanteissa. Tavoitteena on koko Eksote-alueen potilastyötä tekevän henkilöstön kouluttaminen menetelmän käyttöön. (Alavahtola 2014.)

### **5.3 Aikaisemmat tutkimukset ISBAR-menetelmästä**

Mikkonen (2014) tutki potilaan luovutusprosessia Tampereen yliopiston Hoitotieteiden laitoksen Pro Gradu –tutkielmassaan ”Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalveluiden ja päivystyspoliklinikan välillä”. Vuonna 2014 tehdyssä kvantitatiivisessa tutkielmassa tutkimustehtävät ovat ”Miten potilaan luovutusprosessi ensihoidosta päivystyspoliklinikalle toteutuu toiminnan organisoinnin osalta päivystyspoliklinikan hoitajien ja ensihoitohenkilöstön näkökulmasta?”, ”Miten potilaan luovutusprosessi ensihoidosta päivystyspoliklinikalle toteutuu tiedonsiirron osalta päivystyspoliklinikan hoitajien ja ensihoitohenkilöstön näkökulmasta?” ja ”Miten potilaan luovutusprosessi toteutuu hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden osalta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle päivystyspoliklinikan hoitajien ja ensihoitohenkilöstön näkökulmasta?”. E-lomakkeella haastateltiin kahden eri yliopistosairaalan 33:a päivystyspoliklinikan hoitajaa ja kolmessa eri ensihoitopalvelussa yhteensä 67 ensihoitopalveluiden työntekijää. (Mikkonen 2014.)



Tutkielmassa havaittiin useita ongelmakohtia potilaan luovutusprosessin toteutumisessa. Toiminnan organisointiin liittyvät ongelmat olivat mm. potilaan hoitaminen päivystyspoliklinikalla ensihoitohenkilöstön antaessa raporttia, lääkärin odottaminen elvytyshuoneessa sekä hoitovastuun siirtymisen ajankohdan epäselvyys. Tiedonsiirron ongelmiksi havaittiin toimintaympäristön häiriötekijät, raportoinnissa ja sen vastaanottamisessa ilmenneet laadulliset erot, hoitohenkilöstön asenteelliset ongelmat sekä päivystyshenkilökunnan ja ensihoitohenkilökunnan näkemykselliset erot potilaan luovutusprosessin eri osa-alueista. Tutkielma osoitti, että hoitohenkilökunnalla on ongelmia havaita ongelmakohtia hoidon jatkuvuudessa sekä potilasturvallisuudessa. Tutkielmassaan Mikkonen ehdottaa strukturoidun raportointimenetelmän käyttöä helpottamaan havaitsemissaan ongelmia sekä tekee huomion kansallisen standardin tarpeellisuudesta potilaan luovutusprosessissa. (Mikkonen 2014.)

Australialaisessa sairaalassa vuonna 2011 tehdyssä tutkimuksessa tutkittiin ISBAR-menetelmän vaikutuksia apulaislääkäreiden käyttämänä. Tutkimukseen osallistui 36 lääkäriä, joista 25 (=71%) koki ISBAR-menetelmän parantavan yleistä kommunikaatiota. Apulaislääkärit uskoivat ISBAR-menetelmän parantavan potilasturvallisuutta sekä lisäävän heidän itseluottamusta potilasta luovutettaessa ja vastaanotettaessa. He kokivat menetelmän parantavan potilaan hoitoa ja potilasturvallisuutta. Tutkimuksessa todettiin myös, että ISBAR-raportointi ei pidentänyt potilaan luovutusprosessia eikä puhelinkonsultaation kestoa. (Thompson, Collett, Langbart, Purcell, Boyd, Yuminaga, Ossolinski, Susanto, McCormack 2011.)

ISBAR-raportoinnin havaittiin parantavan tiedonsiirtoa tutkimuksessa, jossa arvioitiin viimeisen vuoden lääketieteen opiskelijoiden puhelimitse tekemän lähetteen sisältöä simulaatiotilanteessa. Verrokkiryhmään nähden ISBAR-koulutusta saaneet opiskelijat antoivat sisällöltään paremman ja selkeämmän raportin. (Flanagan, Harrision & Marshall 2009.)

Taulukossa (Taulukko 1) on esitetty tiivistettynä joitakin viimevuosina julkaistuja ISBAR-aiheisia ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä.

<b>Tekijät, aihe ja vuosi</b>	<b>Tarkoitus ja tavoite</b>	<b>Tulokset</b>
<p>Laurean ammattikorkeakoulu: Hallström Krista ja Stigell Anastasia</p> <p>ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönotto Lohjan terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1-4</p> <p>2015</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää raportoinnin nykytilanne ja esitellä ISBAR-menetelmä ja saada osastot käyttämään menetelmää. Tavoitteena oli potilasturvallisuuden ja viestinnän paraneminen ja raportoinnin yhtenäistäminen osastojen välillä.</p>	<p>ISBAR-menetelmän koettiin helpottavan kiireellisessä tilanteessa tarvittavien tietojen kertomisesta, tukevan sekä suullista, että kirjallista raportointia. Lisäksi menetelmä koettiin selkeäksi muistamisen apuvälineeksi ja edistävän potilasturvallisuutta.</p>
<b>Tekijät, aihe ja vuosi</b>	<b>Tarkoitus ja tavoite</b>	<b>Tulokset</b>
<p>Oulun ammattikorkeakoulu: Franssi Sari ja Järvelä Satu</p> <p>”Tuliko kaikki sanottua?” -Havaintitutkimus suullisesta raportoinnista</p> <p>2015</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata, miten hoitajat raportoivat suullisesti potilaan siirtyessä jatkohoitoon, sekä toteutuivatko raportointitilanteissa ISBAR-tarkistuslistan osat alueet.</p>	<p>Potilaan hoitoon ja jatkohoitoon tulon syy tuli hyvin ilmi, potilaan tunnistamiseen pitäisi panostaa enemmän. Raportointitilanteet olivat rauhattomia ja kiireisiä, ABCDE-luokituksesta jäi puutteelliseksi osia.</p>

Tekijät, aihe ja vuosi	Tarkoitus ja tavoite	Tulokset
<p>Savonian ammattikorkeakoulu: Korkalainen , Turunen ja Viinikainen</p> <p>Raportointi siirrettävästä potilaasta - kokemuksia ensihoitajien saamasta potilasraportoinnista akuutti vaiheen potilas siirtotilanteessa</p> <p>2015</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueen ensihoitajien kokemuksia potilasraportoinnista, kun akuutin vaiheen potilas siirretään hoitolaitoksesta toiseen.</p>	<p>Ensihoitajien arvioivat kehittämisen varaa olevan melkein kaikilla osalualueilla. Kuljetusten aikaiseen hoitoon ja hoito-ohjeisiin olisi kiinnitettävä enemmän huomiota. Terveystieteiden yksiköiden väliset potilasraportointitavat erosivat toisistaan, toivottiin myös yhdenmukaisempaa ohjeistusta raportointiin.</p>
Tekijät, aihe ja vuosi	Tarkoitus ja tavoite	Tulokset
<p>Laurean ammattikorkeakoulu: Kosonen Nina, Lönnrut Petrus ja Rautiainen Pauliina</p> <p>ISBAR- raportointimenetelmä potilasturvallisuuden tukena – koulutuksen järjestäminen hoitotyön opiskelijoille</p> <p>2014</p>	<p>Tavoitteena oli tukea koulutukseen osallistuneiden valmiuksia hyvän suullisen raportin antamiseen, parantaa valmiuksia potilasturvallisuutta edistävien ja vaarantavien tekijöiden tunnistamisessa, sekä tukea ISBAR-menetelmän käytön jatkuvuutta Porvoon sairaalassa.</p>	<p>ISBAR-menetelmä tunnettiin paremmin koulutuksen vuoksi, koulutuksen aiheita pidettiin tärkeinä ja ajankohtaisina. Suurin osa koulutukseen osallistuneista aikoi käyttää menetelmää työssään. Koulutus pitäisi järjestää aikaisemmassa vaiheessa koulutusta.</p>

<b>Tekijät, aihe ja vuosi</b>	<b>Tarkoitus ja tavoite</b>	<b>Tulokset</b>
<p>Turun ammattikorkeakoulu: Erholtz Marit, Roos Elina ja Sievänen Jessica</p> <p>Raportoinnin tarkistuslista potilaan siirtyessä päivystyksestä osastolle</p> <p>2013</p>	<p>Tarkoituksena oli tehdä tarkistuslista suullisen raportin pitoon päivystysosastolle.</p>	<p>Tarkistuslistan sisältö muodostui lähdeaineiston pohjalta. Tarkistuslista oli riittävän lyhyt ja sitä pystyi helposti muokkaamaan sopivaksi, jos siitä puuttui olennaisia tietoja.</p>
<b>Tekijät, aihe ja vuosi</b>	<b>Tarkoitus ja tavoite</b>	<b>Tulokset</b>
<p>Vaasan ammattikorkeakoulu: Männikkö Mari ja Olkkonen Laura</p> <p>ISBAR-menetelmän käyttökokemukset Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikalla ja Pohjanmaan pelastuslaitoksen ensihoitoyksikössä</p> <p>2013</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvaila ISBAR-menetelmän käyttökokemuksia Vaasan sairaanhoitopiirissä ja Pohjanmaan pelastuslaitoksen Vaasan ensihoitoyksikössä.</p>	<p>ISBAR-menetelmän käyttö yksiköissä oli vähäistä ja lisäkoulutus oli tarpeellista. Menetelmää käytettiin erilaisissa raportointi- ja ilmoitustilanteissa. Menetelmää hankaloittavia tekijöitä olivat mm. kiire, osaamattomuus ja toisen menetelmän käyttäminen.</p>

Taulukko 1: Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä

## **6 Tutkimuskysymykset ja opinnäytetyön tavoitteet**

### **6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet**

Opinnäytetyömme tarkoitus on selvittää, miten ISBAR-menetelmä on toiminut ja millaiseksi sen käyttö on koettu Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueella ja ensihoitopalvelussa. Jatkossa kohdeorganisaatiot voivat kehittää omaa toimintaansa opinnäytetyöstämme saadun tiedon pohjalta. Opinnäytetyömme tavoite on edistää potilasturvallisuutta Etelä-Karjalan keskussairaalan ensihoitopalvelussa ja päivystysalueella.

### **6.2 Tutkimuskysymykset**

1. Milloin ensihoitopalvelussa ja päivystysalueella ISBAR-menetelmää käytetään potilaan siirrossa yksiköstä toiseen yksikköön, raportointitilanteessa ja konsultaatitilanteissa eli hoito-ohjetta pyydettyäessä?
2. Millaiseksi käyttäjät kokevat ISBAR-menetelmän käytön?
3. Millaisia kehitysehdotuksia työntekijöillä on ISBAR-menetelmän tai sen käytön suhteen?

## **7 Toteutus**

### **7.1 Kohderyhmä, kyselylomake, lupa-asiat**

Kohderyhmänä olivat ensihoitopalvelun ja päivystysalueen työntekijät. Saimme vastauksia yhteensä 38, mutta jakauma päivystysalueen ja ensihoitopalvelun välillä oli melko epätasainen. Saimme ensihoitopalvelusta vastauksia 25 ja päivystysalueelta 11. Toteutimme aineistokeruun Webropol-internetsivulla strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli myös avoimia kysymyksiä. Strukturoidulla kysymyksillä pyrimme saamaan tietoa ISBAR:in käyttöasteesta, ja avoimilla kysymyksillä tietoa käyttökokemuksista.

Strukturoituja kysymyksiä käytetään kvantitatiivissa tutkimuksissa eli määrää mittaavissa tutkimuksissa. Strukturoituihin kysymyksiin on annettu valmiit vastaukset, joista vastaaja valitsee sopivimman vaihtoehdon. (Hirsjärvi, Remes &

Sajavaara 2009.) Avoimia kysymyksiä käytetään kvalitatiivisissa tutkimuksissa eli laatua mittaavissa tutkimuksissa. Avoimissa kysymyksissä on jätetty tyhjä vastaustila kysymyksen jälkeen, mihin vastaaja voi kirjoittaa omin sanoin vastauksensa. (Hirsjärvi ym. 2009.) Näillä kysymyksillä pyrimme saamaan vastauksiksi uutta tietoa ja vastaajan näkökulmia esille.

Haimme Etelä-Karjalan keskussairaaltalta tutkimusluvan kyselyn toteuttamiseen, jonka myönsi Eksoten henkilöstöpalvelut. Kerroimme Etelä-Karjalan päivystysalueen esimiehelle ja Etelä-Karjalan ensihoitopalvelun ensihoidon palvelupäällikköön opinnäytetyömme aiheesta ja teimme yhteistyösopimuksen Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueen ja Etelä-Karjalan ensihoitopalvelun kanssa.

## **7.2 Aineiston keruu**

Halusimme tehdä opinnäytetyön, joka olisi työelämälähtöinen ja hyödyttäisi käytännössä tehtävää hoitotyötä. Olimme erityisen kiinnostuneita kehittämään potilasturvallisuutta. Lähestyimme päivystysalueen esimiestä Anne Saltiola keväällä 2014 opinnäytetyön aihetta miettiessämme. Päivystysalueella oli samana vuonna otettu käyttöön ISBAR-menetelmä, joka oli myös ensihoitopalvelussa käytössä. Hoitovastuun siirtyminen, tiedonsiirto ja kiireellinen sekä nopeasti muuttuva tilanne haastavat potilasturvallisuuden toteutumisen. Anne Saltiolan ehdotuksen perusteella päätimme tehdä kyselyn ISBAR-menetelmän käyttöasteen ja käyttökokemusten kartoittamiseksi.

Aineiston keruu tapahtui keväällä 2015 maaliskuussa e-lomakkeella (Liite 2). Olimme olleet kohdeorganisaatioiden esimiehiin yhteydessä ja selventäneet lyhyesti kyselymme aihetta, tavoitetta ja taustatietoja. Kyselymme alussa kävi ilmi osallistujien oikeudet ja kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuus. Kyselyn anonymiteetti vahvistettiin niin, että organisaatioiden esimiehet välittivät kyselylomakelinkin työntekijöille, jolloin me emme tienneet ketkä kyselyyn vastasivat.

Opinnäytetyön toteuttamisresursseiksi arvioimme käyttöoikeudet Webropol-kyselytutkimussovellukseen, alan kirjallisuuden, paljon aikaa, sekä yksiköiden henkilökunnan aikaa lomakkeiden täyttämiseen. Riskeiksi opinnäytetyömme luotettavuuden toteutumiselle arvioimme matalan vastausprosentin, avointen

kysymysten epäselvät vastaukset ja vastaamatta jättämisen. On mahdollista että vastausvaihtoehtomme koettiin epäselviksi tai että vastaajat eivät suhtautuneet vakavasti kyselyymme ja vastasivat huolimattomasti kysymykseen. (Hirsjärvi ym. 2009.) Kysymysten väärin ymmärtämistä pyrimme ehkäisemään mahdollisimman selkeällä kysymysten asettelulla.

### **7.3 Aineiston analysointi**

Keräsimme tietoa strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli 15 monivalintakysymystä, ja 6 avointa kysymystä. Avoimilla kysymyksillä pyrimme keräämään uutta tietoa ja kattavammin sellaisia huomioita, joita emme osanneet lomakkeessa kysyä. Keräsimme tutkimusaineiston yhdellä mittauskerralla useista yksiköistä eli käytimme poikkileikkausaineistoa.

Monivalintakysymykset analysoimme tilastollisen analyysin keinoin. Lähteenä kvantitatiivisen analyysin teoriaan käytimme KvantiMOTV-sivustoa. Laadimme muuttujia kvantitatiivisen tutkimuksen aineistosta, minkä jälkeen koodasimme kaiken aineiston SPSS-ohjelmistoon, joka on tilastotieteelliseen analyysiin kehitetty ohjelmisto. Jokaiselle havaintoyksikölle siis annettiin arvo jokaisella muuttujalla. Koodaaminen tapahtuu muuttujaluokituksella. Kvantitatiivinen aineisto analysoidaan selittävällä lähestymistavalla, missä käytetään yleensä tilastollista analyysiä ja päätelmien tekoa. Käytimme prosenttijakaumaa sekä ristiintaulukointia, eli ehdollisten jakaumien tarkastelua. Ristiintaulukoinnin avulla tulkitimme muuttujien jakautumista ja muuttujien välisiä riippuvuuksia. Selittävän muuttujan jakauman erilaisuutta tai samankaltaisuutta tutkitaan riippuvuus – tai riippumattomuustarkastelussa. Ristiintaulukoinnissa prosenttijakaumien laskeminen on tarkkaa tutkimusongelmien ratkaisun saamiseksi. Merkitsevyyttä testataan  $\chi^2$  – riippumattomuustestillä, minkä alkuoletuksena on riippumattomuus muuttujien välillä, eli nollahypoteesi. (KvantiMOTV 2004.)

Avoimet kysymykset analysoimme aineistolähtöisen sisällönanalyysimenetelmällä. Miles ja Huberman (1994) kuvasivat aineistolähtöisen prosessin koostuvan karkeasti kolmesta osasta: aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä, aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä ja lopuksi aineiston abstrahoinnista eli teoreettisten käsitteiden luomisesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Kvalitatiivisen analyysin teorian lähteenä käytimme Tuomen ja Sarajärven teosta Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Aineiston pelkistämässä eli redusoinnissa rajasimme analysoitavasta materiaalista pois kaiken epäolennainen, mikä ei liittynyt tutkimustehtävään. Pyrimme saamaan aineistosta irti tutkimustehtävän kannalta olennaisimmat asiat. Ennen redusointia määritimme analyysiyksikön, joka voi olla yksi tai useampi lause tai vaikkapa yksittäinen sana. Analyysiyksikön valintaan vaikuttavat tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Käytännössä alleviivasimme aineistosta olennaiset asiat, jonka jälkeen listasimme ja luokittelimme ne. Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä kävimme läpi aineistosta valitut alkuperäiset ilmaukset ja ryhmittelimme luokiksi aineistosta nousseita samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Luokittelu tiivistää aineistoa, sillä aineistossa ilmenneet yksittäiset tekijät on koottu yleisemmiksi käsitteiksi. Lopulta erottelimme olennaisen tiedon aineiston abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä, jonka perusteella muodostimme teoreettisia käsitteitä. Käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysillä tehtävän tulkinnan ja päättelyn kautta empiirisestä aineistosta päästään käsitteellisempään näkemykseen ilmiöstä, jota tutkittiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

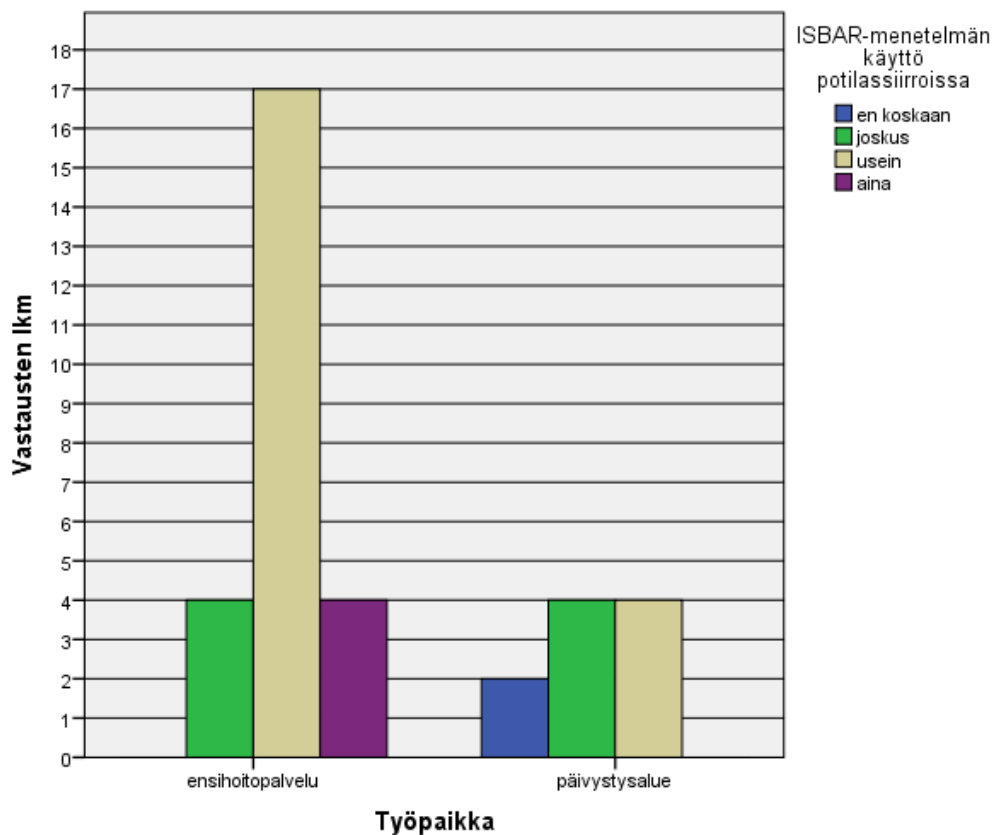
## **8 Opinnäytetyön tulokset**

### **8.1 Määrällisten kysymysten tulokset**

Kyselyyn (Liite 2) vastasi 38 työntekijää Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueelta ja ensihoitopalvelusta. Vastanneista 25 henkilöä ilmoitti työskentelevänsä ensihoitopalvelussa ja 11 päivystysalueella. Kaksi henkilöä oli jättänyt vastaamatta kysymykseen työpaikasta. Ensihoitajia kyselyyn vastasi 24 ja sairaanhoitajia 14. Kyselyyn vastanneista 37 henkilöä ilmoitti saaneensa koulutusta ISBAR-menetelmän käyttämiseen, yksi henkilö ei ollut vastannut kysymykseen. 36:sta vastaajasta vain 11 henkilöä kertoi kantavansa ISBAR-korttia mukanaan.



Kyselyn kohdassa 7 (Liite 2) kysyimme: ”Kuinka usein käytät ISBAR-menetelmää potilasta siirrettäessä yksiköstä toiseen?”.



Kuvaaja 1. ISBAR-menetelmän käyttö potilasta siirrettäessä yksiköstä toiseen  
 Ensihoitopalvelun työntekijöistä suurin osa, 17 vastaajaa, kertoi käyttävänsä ISBAR-menetelmää usein potilassiirroissa, 4 vastasi käyttävänsä menetelmää joskus, ja 4 aina ( $n_{\text{ensihoitopalvelu}}=25$ ). Päivystysalueen työntekijöistä 4 vastasi käyttävänsä menetelmää potilassiirroissa joskus, 4 usein ja 2 ei koskaan ( $n_{\text{päivystysalue}}=10$ ).

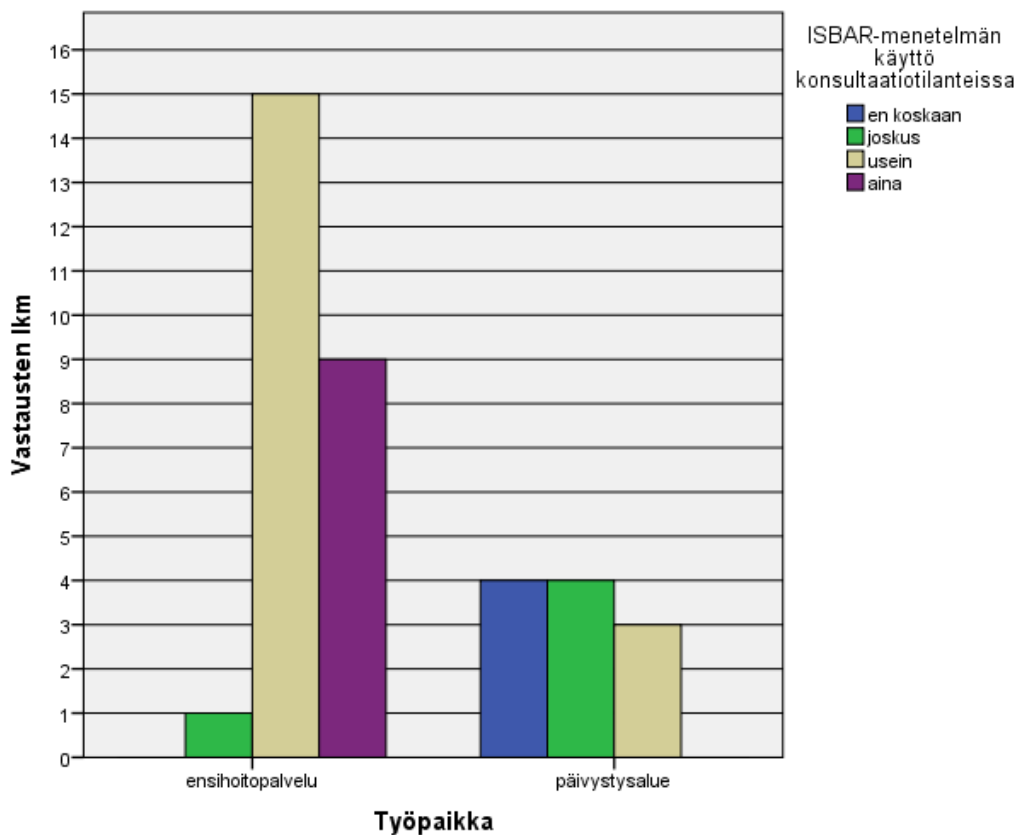
Ristiintaulukoimalla havaitsimme tilastollisesti merkittävän riippuvuuden työpaikan ja ISBAR-menetelmän käytössä potilassiirroissa ( $\chi^2=9,3$ ,  $df=3$ ,  $p<0,05$ ). Ensihoitopalvelussa 84% ( $n_{\text{ensihoitopalvelu}}=21$ ) vastaajista kertoi käyttävänsä ISBAR-menetelmää potilassiirroissa usein tai aina, kun taas päivystysalueella työskentelevistä 60% ( $n_{\text{päivystysalue}}=6$ ) vastasi käyttävänsä menetelmää ei koskaan tai joskus.

Työpaikka \* ISBARpotilassiirto ristiintaulukointi

			ISBAR:in käyttö potilassiirrossa				Yhteensä
			en koskaan	joskus	usein	aina	
Työpaikka	ensihoito	Lukumäärä	0	4	17	4	25
		Riviprosentti	0,0%	16,0%	68,0%	16,0%	100,0%
	päivystysalue	Lukumäärä	2	4	4	0	10
		Riviprosentti	20,0%	40,0%	40,0%	0,0%	100,0%
Yhteensä		Lukumäärä	2	8	21	4	35
		Riviprosentti	5,7%	22,9%	60,0%	11,4%	100,0%

Taulukko 2. Päivystysalueen ja ensihoitopalvelun työntekijöiden ISBAR-menetelmän käyttö potilassiirroissa

Kyselyn kohdassa 8 (Liite 2) kysimme: ”Kuinka usein käytät ISBAR-menetelmää konsultaatiotilanteissa?”.



Kuvaaja 2. ISBAR-menetelmän käyttö konsultaatiotilanteissa

Ensihoitopalvelun työntekijöistä suurin osa, 15 vastaajaa, kertoi käyttävänsä ISBAR-menetelmää usein konsultaatiotilanteissa, 1 vastasi käyttävänsä menetelmää joskus, ja 9 aina ( $n_{\text{ensihoidopalvelu}}=25$ ). Päivystysalueen työntekijöistä 4 vastasi käyttävänsä menetelmää potilassiirroissa joskus, 4 ei koskaan ja 3 usein ( $n_{\text{päivystysalue}}=11$ ).

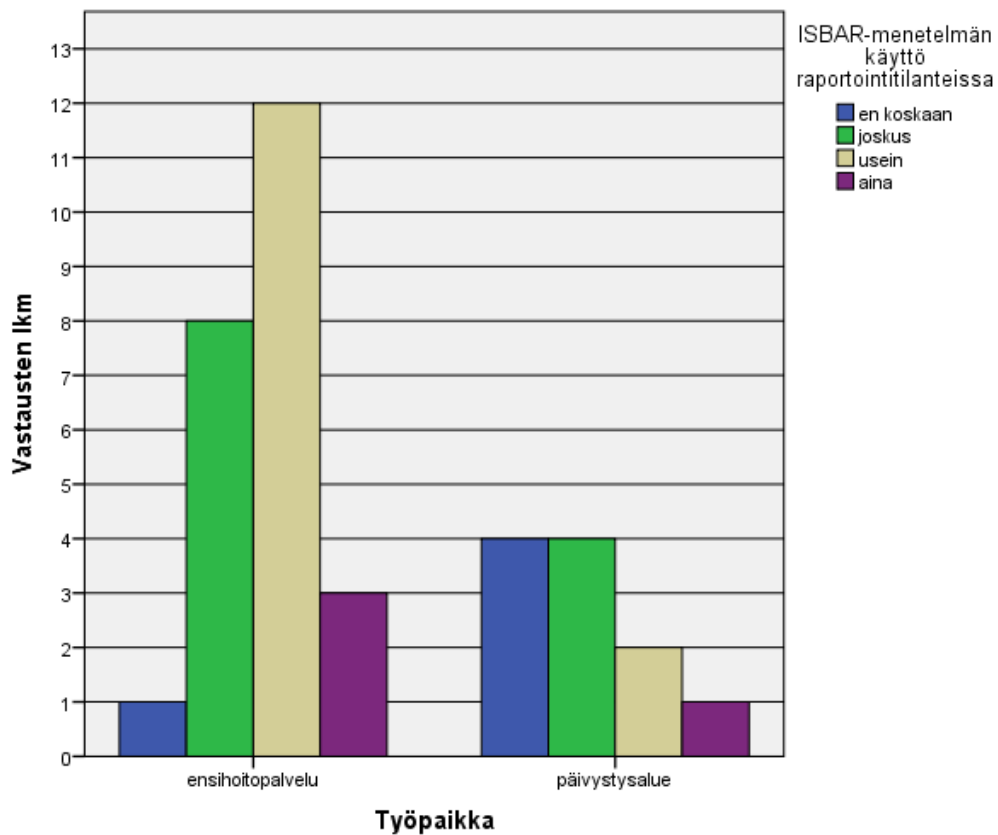
Tilastollisesti merkittävä riippuvuus ilmeni myös työpaikan ja ISBAR-menetelmän käytössä konsultaatiotilanteissa ( $\chi^2 = 20,4$ ,  $df=3$ ,  $p < 0,05$ ). Ensihoitopalvelussa työskentelevistä 96% ( $n_{\text{ensihoidopalvelu}}=24$ ) vastasi käyttävänsä menetelmää konsultaatiotilanteissa usein tai aina, päivystysalueella 72,8% ( $n_{\text{päivystysalue}}=8$ ) vastasi käyttävänsä menetelmää konsultaatioissa ei koskaan tai joskus.

**Työpaikka \* ISBARkonsultaatio ristiintaulukointi**

			ISBAR:inä käyttö konsultaatioissa				Yhteensä
			en koskaan	joskus	usein	aina	
Työpaikka	ensihoido	Lukumäärä	0	1	15	9	25
		Riviprosentti	0,0%	4,0%	60,0%	36,0%	100,0%
	päivystysalue	Lukumäärä	4	4	3	0	11
		Riviprosentti	36,4%	36,4%	27,3%	0,0%	100,0%
Yhteensä		Lukumäärä	4	5	18	9	36
		Riviprosentti	11,1%	13,9%	50,0%	25,0%	100,0%

Taulukko 3. Päivystysalueen ja ensihoidopalvelun työntekijöiden ISBAR-menetelmän käyttö konsultaatiotilanteissa

Kyselyn kohdassa 9 (Liite 2) kysyimme: ”Kuinka usein käytät ISBAR-menetelmää raportoidessasi kollegalle potilaan voinnista/tilanteesta?”.

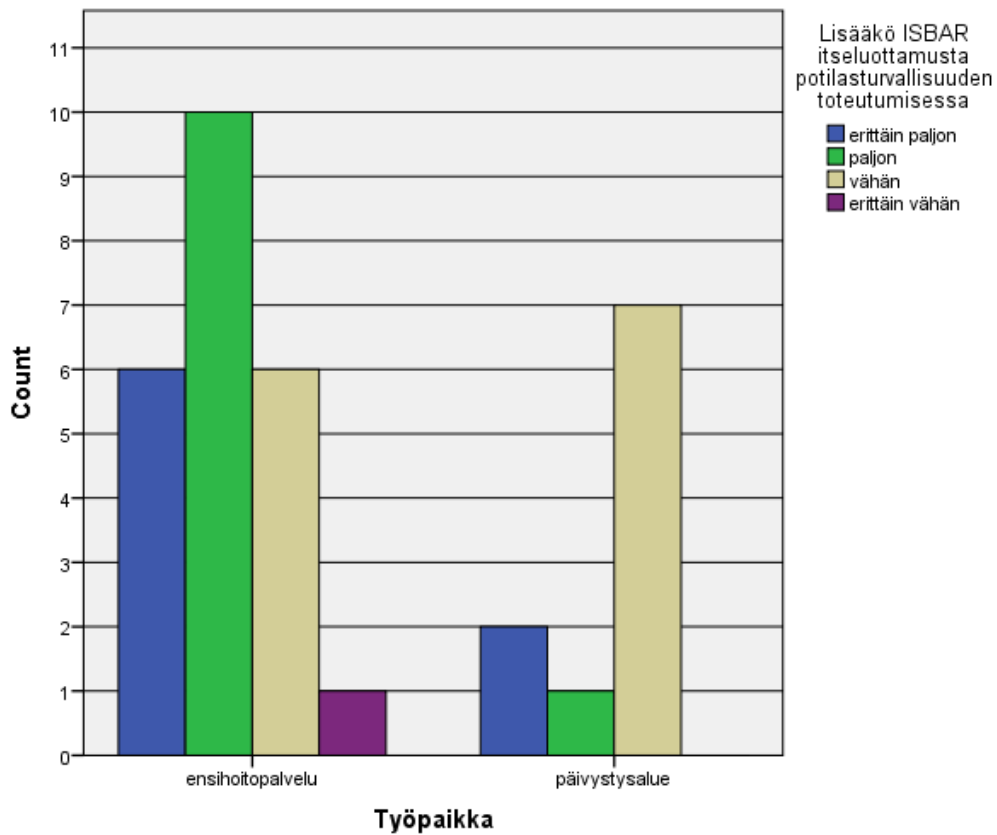


Kuvaaja 3. ISBAR-menetelmän käyttö raportointitilanteissa

Ensihoitopalvelun työntekijöistä 12 vastaajaa kertoi käyttävänsä usein ISBAR-menetelmää raportoidessa kollegalle potilaan voinnista tai tilanteesta, 8 vastasi käyttävänsä menetelmää joskus, 3 aina ja 1 ei koskaan ( $n_{\text{ensihoitopalvelu}}=24$ ). Päivystysalueen työntekijöistä 4 vastasi käyttävänsä menetelmää raportoidessa joskus, 2 usein, 1 aina ja 4 ei koskaan ( $n_{\text{päivystysalue}}=11$ ).

ISBAR-menetelmän käyttö raportointitilanteissa ei näyttänyt olevan tilastollisesti merkittävästi riippuvainen työpaikasta ( $p=0,58$ ).

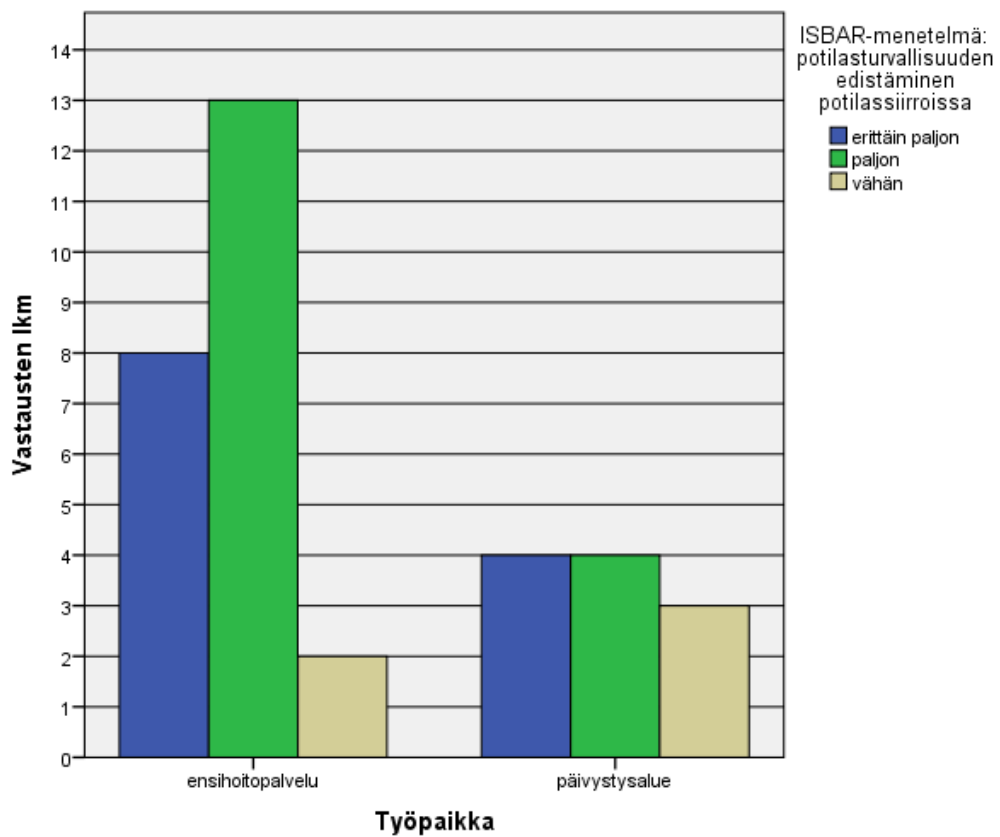
Kyselyn kohdassa 17 (Liite 2) kysyimme: ”Lisääkö ISBAR-menetelmän käyttö itseluottamustasi potilasturvallisuuden toteutumisessa?”.



Kuvaaja 4. ISBAR ja itseluottamuksen lisääminen

Ensihoitopalvelun työntekijöistä 10 vastasi ISBAR-menetelmän lisäävän itseluottamusta potilasturvallisuuden toteutumisesta paljon, 6 erittäin paljon, 6 vähän ja 1 erittäin vähän ( $n_{\text{ensihoitopalvelut}}=23$ ). Päivystysalueen työntekijöistä 7 vastasi menetelmän lisäävän itseluottamusta potilasturvallisuuden toteutumisessa vähän, 2 erittäin paljon ja 1 paljon ( $n_{\text{päivystysalue}}=10$ ).

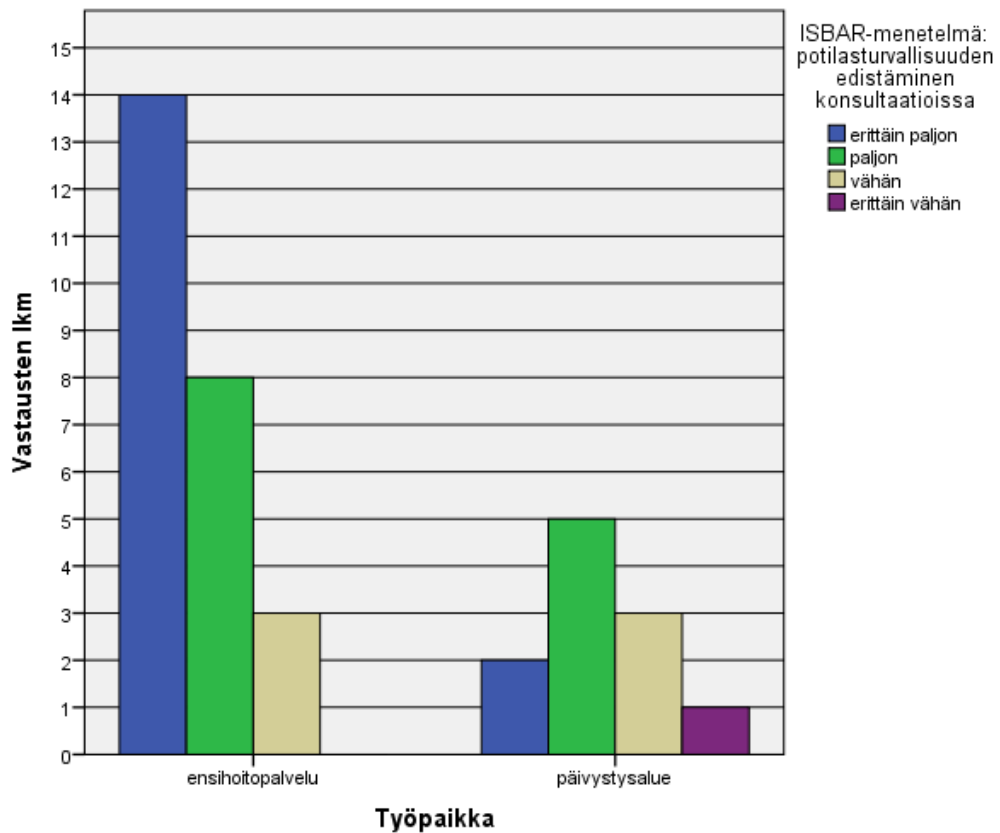
Kyselyn kohdassa 14. (Liite 2) kysyimme ”Koetko ISBAR-menetelmän edistävän potilasturvallisuutta potilasta siirrettäessä yksiköstä toiseen?”.



Kuvaaja 5: ISBAR ja potilasturvallisuuden edistäminen potilassiirroissa

Ensihoitopalvelun työntekijöistä 13 vastasi ISBAR-menetelmän edistävän potilasturvallisuutta potilassiirroissa paljon, 8 erittäin paljon ja 2 vähän ( $n_{\text{ensihoitopalvelu}}=23$ ). Päivystysalueen työntekijöistä 4 vastasi menetelmän edistävän potilasturvallisuutta potilassiirroissa erittäin paljon, 4 paljon ja 3 vähän ( $n_{\text{päivystysalue}}=11$ ).

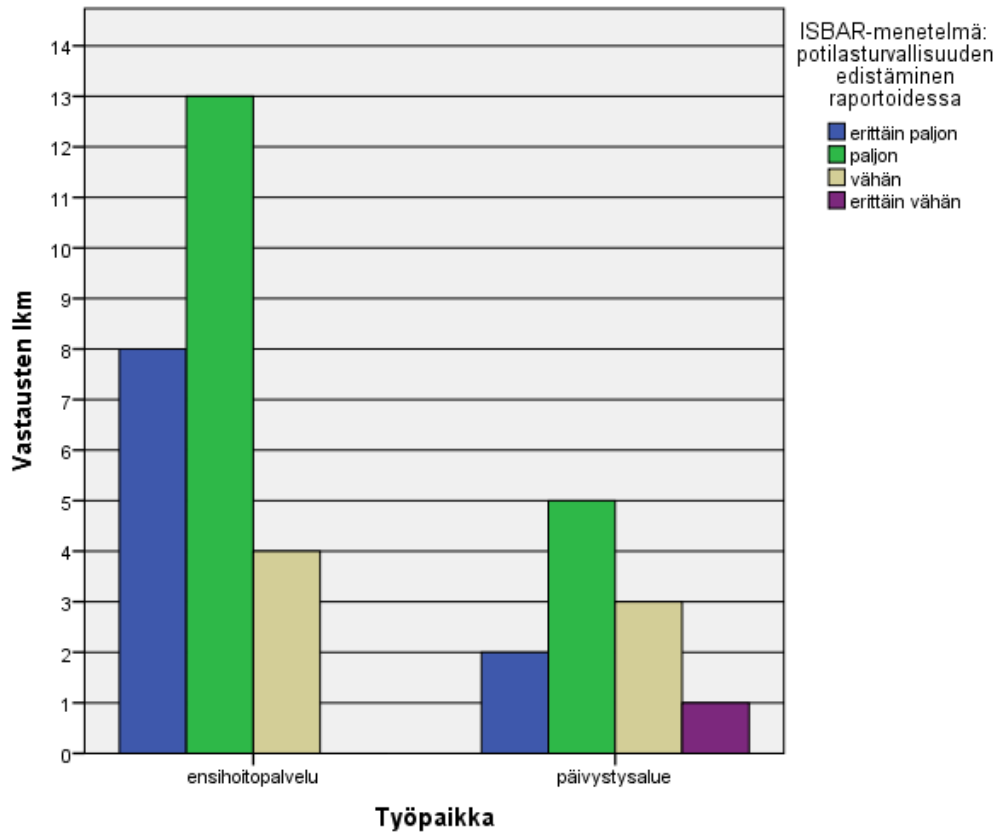
Kyselyn kohdassa 15 (Liite 2) kysyimme: ”Koetko ISBAR-menetelmän edistävän potilasturvallisuutta konsultaatioilanteissa?”.



Kuvaaja 6: ISBAR ja potilasturvallisuuden edistäminen konsultaatiossa

Ensihoitopalvelun työntekijöistä 14 vastasi ISBAR-menetelmän edistävän potilasturvallisuutta konsultaatiossa erittäin paljon, 8 paljon ja 3 vähän ( $n_{\text{ensihoitopalvelu}}=25$ ). Päivystysalueen työntekijöistä 5 vastasi menetelmän edistävän potilasturvallisuutta potilassiirroissa paljon, 3 vähän, 2 erittäin paljon ja 1 erittäin vähän ( $n_{\text{päivystysalue}}=11$ ).

Kyselyn kohdassa 16 (Liite 2) kysyimme: ”Koetko ISBAR-menetelmän edistävän potilasturvallisuutta raportoidessasi kollegalle?”.

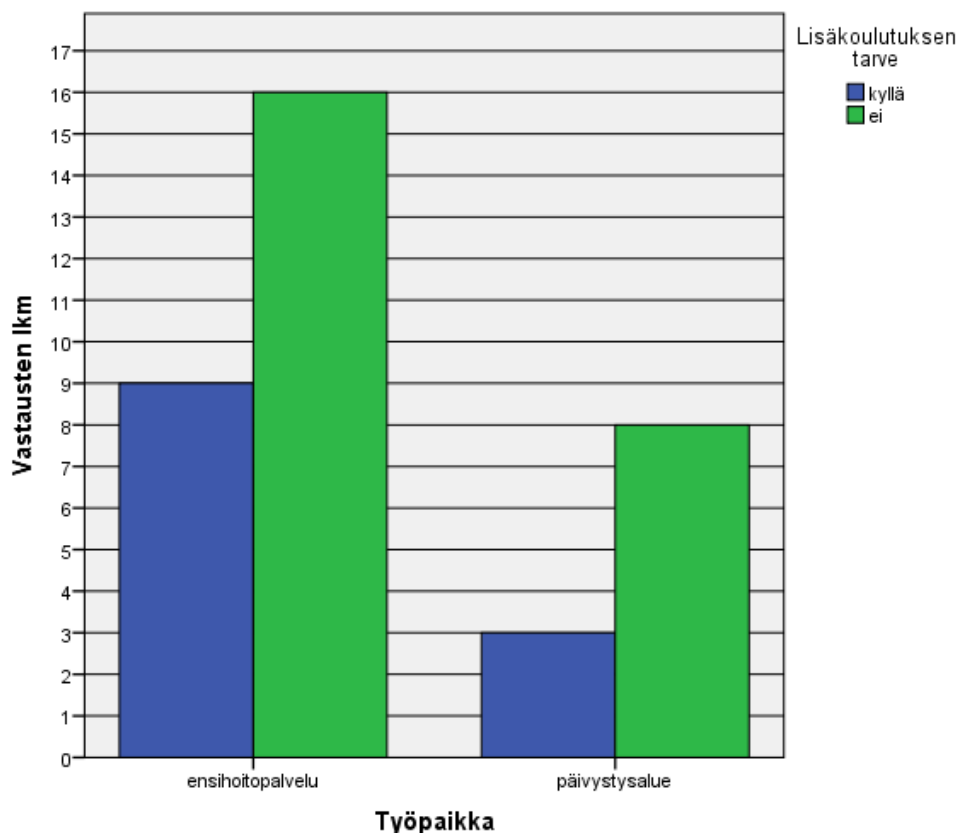


Kuvaaja 7: ISBAR ja potilasturvallisuuden edistäminen raportoidessa

Ensihoitopalvelun työntekijöistä 13 vastasi ISBAR-menetelmän edistävän potilasturvallisuutta raportoidessa paljon, 8 erittäin paljon ja 4 vähän ( $n_{\text{ensihoitopalvelu}}=25$ ). Päivystysalueen työntekijöistä 5 vastasi menetelmän edistävän potilasturvallisuutta potilassiirroissa paljon, 3 vähän, 2 erittäin paljon ja 1 erittäin vähän ( $n_{\text{päivystysalue}}=11$ ).



Kyselyn kohdassa 20 (Liite 2) kysyimme: ”Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta ISBAR-menetelmän käyttöön?”.



Kuvaaja 8: Lisäkoulutuksen tarve ISBAR-menetelmän käyttöön

Ensihoitopalvelun työntekijöistä 16 vastasi kysymykseen ISBAR-menetelmän lisäkoulutuksen tarpeesta kielteisesti, ja 9 myönteisesti ( $n_{\text{ensihoitopalvelu}}=25$ ). Päivystysalueen työntekijöistä 8 vastasi kielteisesti ja 3 myönteisesti ( $n_{\text{päivystysalue}}=11$ ).

## 8.2 Laadullisten kysymysten tulokset

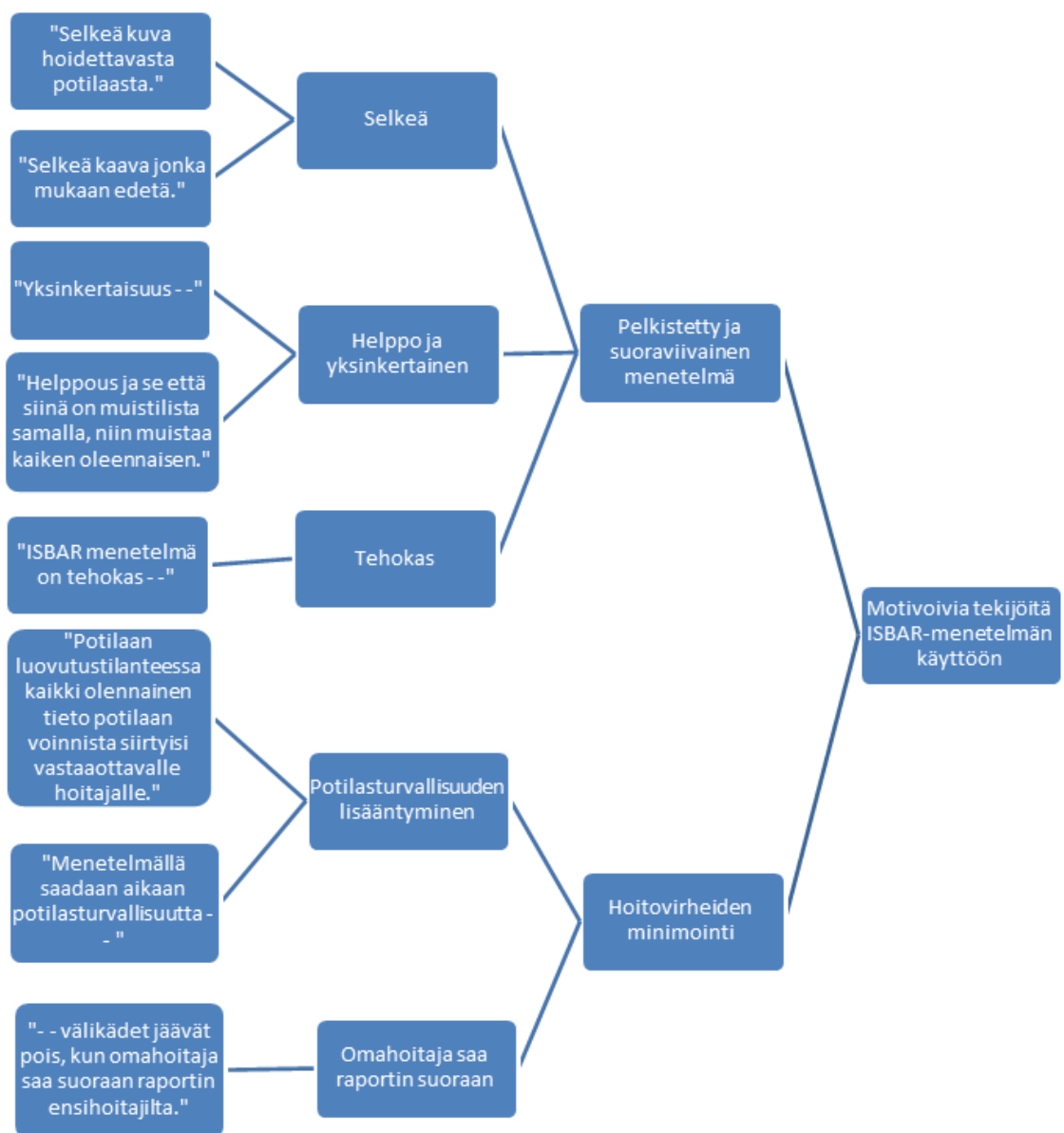
Kysymykseen siitä, mitkä tekijät motivoivat ISBAR-menetelmän käyttöön (Liite 2) vastasi 32 henkilöä. Pääluokaksi muodostettiin ISBAR-menetelmää motivoivat tekijät. Alkuperäisistä ilmauksista pelkistettiin 7 alaluokkaa, joita olivat menetelmän järjestelmällisyys, selkeys, helppous ja yksinkertaisuus, potilasturvallisuuden lisääntyminen, menetelmän nopeus, omahoitajana raportin saaminen suoraan sekä menetelmän tehokkuus. Yläluokkia ryhmiteltiin alaluokista 2, pelkistetty ja suoraviivainen menetelmä sekä hoitovirheiden minimointi. Pelkistettyyn ja suoraviivaiseen menetelmään ryhmiteltiin menetelmän selkeys, järjes-

telmällisyys, helppous, yksinkertaisuus, nopeus ja tehokkuus. Hoitovirheiden minimointiin ryhmiteltiin potilasturvallisuuden lisääntyminen ja omahoitajana raportin saaminen suoraan.

*"Selkeys. Tärkeimpien asioiden esiintulon varmistuminen. Potilasturvallisuus."*

*"Selkeyttää raportointia, välikädet jäävät pois, kun omahoitaja saa suoraan raportin ensihoitajilta"*

*"sen käytön helppous ja loogisuus"*



Kuva 2: Esimerkki motivoivista tekijöistä ISBAR-menetelmän käyttämiseksi

Kysymykseen mitkä tekijät hankaloittavat ISBAR-menetelmän käyttöä (Liite 2) vastasi 30 henkilöä. Pääluokaksi muodostettiin ISBAR-menetelmää hankaloittavat tekijät. Alkuperäisistä ilmauksista pelkistettiin 5 alaluokkaa, joita olivat liian pitkä raportointi, raporttia ei kuunnella, oma hoitajan poissaolo raportointitilanteesta, vieras menetelmä ja menetelmän vaikea käyttö. Alaluokista ryhmiteltiin 2 yläluokkaa, joita olivat koulutuksen puute ja kiire. Kiireeseen ryhmiteltiin omahoitajan poissaolo raportointitilanteesta, liian pitkä raportointi ja raportin kuuntelemattomuus. Koulutuksen puutteeseen ryhmiteltiin menetelmän vieraus ja vaikea käyttöisyys.

*"Omahoitaja ei ole paikalla tai estynyt ottamaan raporttia vastaan"*

*"omahoitaja ei ole usein saatavilla, jotta voisi antaa ISBAR raportin ensihoitajilta. - - "*

*"- - liian perusteelliset isbarit ärsyttävät, raportin pitäisi olla kyhyt ja napakka - - "*

*"Kaikkia toimijoita ei ole koulutettu käyttämään"*

*"Sellaiset hoitajat/lääkärit jotka eivät käytä tai eivät tiedä tai halua käyttää menetelmää."*

*"Vaatimukset, että hoitajan pitäisi olla jatkuvasti tavoitettaessa ISBAR-raportointiin. Ambulanssi ei kuitenkaan odota 30min kun esim. kipsaat potilasta vaan kiirehtii ISBARin kanssa"*



Kuva 3: Esimerkki hankaloittavista tekijöistä ISBAR-menetelmän käyttämiseksi

Kysymykseen käytätkö ISBAR-menetelmän tilalla jotain vaihtoehtoisia menetelmiä (Liite 2) vastasi 17 henkilöä. Vastajista 6 kertoi käyttävänsä sovellettua ISBAR-menetelmää ja 3 vastaajaa kertoi käyttävänsä ISBAR-menetelmää. Loput 8 vastaajaa kertoivat käyttävänsä erilaisia menetelmiä raportointiin.

*"vapaaluontoinen keskustelu"*

*"Perinteistä raportointia , missä kerron olennaiset hoitoon vaikuttavat asiat."*

*"ennen isbar –nimikettä käytimme samankaltaista vähän kevennettyä versiota"*

*"- - SAKU 210 kaavake toimii sellaisena järjestelmällisenä raportointia ohjaavana listana."*

*"extempore oman mielen mukainen juttu harvoin."*

Pyysimme mainitsemaan yhden tai useamman tyyppillisen tilanteen, jossa vastaaja käyttää ISBAR-menetelmää, ja kokee sen olevan hyödyksi. (Liite 2) Kysymykseen vastasi 31 ja vastauksissa ilmeni yhteensä 48 tilannetta. Vastauksista ilmeni, että 18 vastaajaa koki ISBAR-menetelmän hyödylliseksi potilassiirto- tai potilaanluovutustilanteessa, 14 vastasi hyödylliseksi tilanteeksi konsultation eli hoito-ohjeen pyytämisen, 7 vastasi hyödylliseksi tilanteeksi ennakkoilmoituksen, 6 vastasi monivammapotilas, monipotilas tai kiireellisessä tilanteessa menetelmän hyödylliseksi ja 3 vastasi hyödylliseksi raportointitilanteen kollegalle. Vastauksissa ilmeni myös seuraavanlaisia kommentteja:

*"- - lääkärit eivät kyllä eksoten alueella osaa iSBAR raportointia."*

*"- - tosin suuri osa ensihoitajista soveltaa, ei käy joka kohtaa ja järjestyksessä."*

*"Käytän joskus potilasta siirrettäessä osastolle, mutta hyvin usein osasto ei halua isbar-raportointia."*

Kysymykseen miten vastaaja toivoo työorganisaation jatkossa edistävän ISBAR-menetelmän käyttöä (Liite 2), vastasi 18 henkilöä. Pääluokaksi muodostettiin työorganisaation edistämiskeinoja ISBAR-menetelmän käyttämiseksi. Alkuperäisistä ilmauksista pelkistettiin 5 alaluokkaa. Alaluokat olivat kaikille ISBAR-kortit, enemmän ylläpitokoulutuksia ja ISBAR-menetelmän hyödyntäminen koulutuksissa, havainnoivaa seurantaa ja välitöntä palautetta, menetelmän rutiiniksi muodostumista, yhteinen linja potilaan luovuttamisprosessista. Alaluokista ryhmiteltiin 2 yläluokkaa, jotka olivat koulutusten lisääminen ja motivoituminen menetelmään. Koulutusten lisäämiseen kuuluivat enemmän ylläpitokoulutuksia ja ISBAR-menetelmän hyödyntäminen koulutuksissa ja menetelmän rutiiniksi muodostuminen. Menetelmän motivoitumiseen kuuluivat havainnoivaa seurantaa ja välitöntä palautetta, yhteinen linjaus potilaan luovuttamisprosessista ja ISBAR-kortit hoitohenkilökunnalle. Kyselyssä ilmeni myös seuraavia alkuperäisiä ilmauksia:

*"- - Nykyinen linja on hyvä. Se on käytössä jos sitä haluaa käyttää."*

*"- - ulkomaalaiset lääkärin menevät sekaisin isbareista - -"*

*"- - isbar on melko epäolennainen minusta. Asiat voi opetella sanomaan oikeassa järjestyksessä ilmentäen. - -"*

*" Menetelmää olisi hyvä kerrata ajoittain koulutuksen muodossa, samalla ehkä voitaisiin huomioida mahdolliset kehittämistarpeet "*

*" toivottavasti kaikki motivoituisivat sen käyttöön"*

*"Kaikkia toimijoita ei ole koulutettu käyttämään."*

*"Havainnoivaa seuranta menetelmän käytöstä ja välitöntä palautetta."*



Kuva 4: Esimerkki kehitysehdotuksista ISBAR-menetelmän käyttöön

Kysymykseen onko ISBAR-menetelmässä kaikki oleelliset asiat vastaajan työhön liittyen vai puuttuuko siitä jotakin tai on jotakin ylimääräistä (Liite 2), vastasi 22 henkilöä. Vastaajista 8 kertoi, että menetelmässä on kaikki oleellinen, 3 kertoi että menetelmässä on liikaa tietoa. Vastauksissa ilmeni myös seuraavia kommentteja:

*” - - voisi olla ”muita hoitoon vaikuttavia seikkoja” –tyylinen kohta, jossa voisi mainita asioita, joille ei ole aivan välitöntä kiirettä, mutta mahdollisesti hoidon kuluessa merkitystä potilaan kannalta - -”*

*”Liikaa tietoa useammissa korteissa, pitäisi yksinkertaistaa ja reilusti.”*

*”ISBAR on käytännössä ihan kiva juttu, muttei oikeastaan toimi potilasraportoinnissa niin kauan kuin perustyö on hektistä.”*

*”sopivasti, oleelliset asiat ovat tiivistetty siihen”*

## **9 Pohdinta**

### **9.1 Luotettavuus ja eettisyys**

Tutkimuksen luotettavuus eli tulosten toistettavuus on reliabiliteettia, sen täytyy vastata tilastollisen tutkimuksen vaatimuksia. Tutkimuksen täytyy olla myös validi eli pätevä ja sen saamiseksi mietimme tutkimuskysymykset sekä strukturoidun lomakkeen kysymykset täsmällisesti. (Hirsjärvi ym. 2009)

Opinnäytetyön tulee toteuttaa mahdollisimman hyvin tieteellisen toiminnan yleisiä sääntöjä, kuten universaaliuden, yhteisöllisyyden, puolueettomuuden ja järjestelmällisen epäilyn periaatteita. Universaaliudella tarkoitetaan tutkimuksen tieteellistä totuusarvoa, eikä siihen saa vaikuttaa henkilökohtaiset näkemykset tai asenteet. Yhteisöllisyydellä tarkoitetaan koko kansainvälisen tiedeyhteisön tavoitettavissa olevaa tietoa. Puolueettomassa tiedossa yksilön oma ura tai tieteellinen arvovalta jää huomiotta, tieto on riippumatonta sen esittäjästä. Järjestelmällisen epäilyn periaate tarkoittaa tieteellisten tulosten julkista, kriittistä tarkastelua. (Hirsjärvi ym. 2009.)

Opinnäytetyössä on noudatettava tiedeyhteisön toimintatavoiksi hyväksytyjä teemoja, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä. Lisäksi tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa sekä tutkimuksen arvi-

oinnissa on huomioitava hyväksytyt toimintatavat. Tutkimuksessa käytetään tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, jotka ovat eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Tutkimuksen tekijöiden tulee ottaa huomioon tutkimuksessa käyttämiensä muiden tutkijoiden saavuttamat tiedot ja julkaisut, viittaamalla ja lähteisiin merkitsemällä. Tutkimus täytyy olla suunniteltu ja se pitää toteuttaa, raportoida ja tallentaa tieteellisten tietojen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimuksen tutkimusluvut täytyy olla kunnossa, ennen tutkimuksen tekemistä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2014.)

Kyselyn toteuttamistavaksi valitsimme verkkolomakkeen, jolloin aineisto tallentuu suoraan sähköiseen muotoon, ja kysely voidaan lähettää useille vastaanottajille aikaa ja postituskuluja säästäen. Kvalitatiivisessa aineistossa suorien tunnisteiden poistamisella taataan tutkimukseen vastaajalle yksityisyys. Kvantitatiivisen lomakeaineiston keskeisimpiä tekijöitä ovat tutkittavien informointi, taustamuuttujat, aineiston aihepiiri ja avoimista tekstivastauksista koostuvat muuttujat. Anonymiteetin varmistamiskeinoja kvantitatiivisessa aineistossa ovat mm. tunnisteiden poistaminen avointen kysymysten vastauksista, kokonaistutkimuksen sijasta otannan käyttäminen, muuttujan saamien arvojen tai ääriarvojen uudelleen luokittelu. (Kuula 2011.)

Opinnäytetyömme eettisyyttä ja luotettavuutta arvioitaessa pyrimme toimimaan mahdollisimman hyvin niin laadullisen, kuin määrällisen tutkimuksen teorian pohjalta. Kysymyslomaketta suunnitellessamme pyrimme muotoilemaan avoimet ja strukturoidut kysymykset vastaamaan tutkimuskysymyksiämme ilman, että kysymykset johdattelisivat vastausta. Samoin arvioimme strukturoitujen kysymysten vastausvaihtoehtojen asettelua niin, että vastausvaihtoehdot olisivat sopivasti toisistaan erottuvia. Jätimme pois neutraalin vaihtoehdon kuten ”en osaa sanoa”, sillä toivoimme, ettei siihen ei tartuta liian herkästi. Toisinaan kysymyksiin oli jätetty vastaamatta, joka voi liittyä neutraalin vaihtoehdon puuttumiseen.

Opinnäytetyömme luotettavuutta heikentää jonkin verran 38 vastauksen otoskoko. Se vaikuttaa tilastollisen analyysin luotettavuuteen, mutta ei niinkään laadulliseen analyysiin. Vastausprosentti on kuitenkin aina riskinä tilastollista analyysia tehdessä. Laadullisten kysymysten analysoinnissa on olemassa mahdol-



lisuus, että tekijöinä omat tiedostamattomat mielipiteet tai asenteet ovat voineet vaikuttaa analyysiin. Olemme kuitenkin tiedostaneet tämän riskin analyysivaiheessa ja pyrkineet minimoimaan henkilökohtaisten näkemysten vaikuttavuuden opinnäytetyöhömme. Lähdimme tekemään opinnäytetyötä ilman aiempaa kokemusta, joten ennakoasenteiden vaikutus toisen tutkimusmenetelmän suosimiseen tuloksia analysoitaessa ei ole todennäköistä.

Tiedotimme kyselyyn osallistujia saatekirjeessä (Liite 1) osallistumisen vapaaehtoisuudesta, anonymiteetin säilymisestä läpi prosessin sekä kerättyjen tietojen hävittämisestä työn valmistuttua. Kerroimme yhteystietomme ja opinnäytetyömme tavoitteen. Vastaajat valikoituivat kohdeorganisaatioiden perusteella. Käsittelimme kaikki saamamme vastaukset tuloksissa. Rahoituksen vaikuttavuus tuloksiin on poissuljettu, sillä emme saaneet palkka tai palkkiota työn toteuttamisesta. Lähetimme verkkolomakkeen päivystysalueen sekä ensihoitopalvelun esimiehille, jotka välittivät kyselyn internetlinkin työntekijöilleen, jolloin vastaajien henkilöllisyys ei välittynyt meille asti.

## **9.2 Johtopäätökset**

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa ISBAR-menetelmän käytön laajuutta ja käyttökokemuksia. Kartoitimme myös kehitystoiveita ja työntekijöiden kokemaa lisäkoulutuksen tarvetta. Kyselymme toteutettiin aikavälillä 2.3.2015 - 9.6.2015.

Kaikki vastanneista kertoivat ISBAR-koulutuksesta kysyttäessä saaneensa koulutusta menetelmän käyttöön. Kyselyssä ilmeni, että ISBAR-menetelmän koettiin edistävän potilasturvallisuutta. ISBAR-menetelmää käytettiin pääasiassa usein tai aina potilassiirroissa, sekä pyydettyä hoito-ohjetta eli konsultaatiotilanteissa. Kollegalle raportoidessa sitä käytettiin enimmäkseen joskus tai usein. Motivoivia tekijöitä ISBAR-menetelmän käyttöön nimettiin selkeys, helppokäyttöisyys ja potilasturvallisuutta lisäävä vaikutus. Motivoivaksi koettiin myös yhtenäisyys menetelmän käytössä, jolloin kaikki tuntevat ja käyttävät ISBAR-menetelmää. Suurin osa kertoi ISBAR-menetelmän edistävän potilasturvallisuutta työssään paljon tai erittäin paljon. Avoimiin kysymyksiin oli vastattu runsaasti menetelmän käyttökokemuksista, mikä kertonee siitä, että työntekijät

ovat vieneet menetelmän käyttöä eteenpäin omassa työssään ja pystyvät arvioimaan menetelmän käytännön hyötyjä ja haasteita.

ISBAR-menetelmän käytössä ilmeni myös käytännön ongelmia. Haasteiksi koettiin, että työelämässä ISBAR-menetelmä ei ole kaikille työntekijöille vielä tuttu, kaikki eivät olleet motivoituneita käyttämään sitä tai kaikilla ei ollut taskukokoisia ISBAR-kortteja. Ongelmaksi koettiin myös kiire ja oman ISBAR-raportin antaminen, jos vastaanottava taho ei tuntenut tai halunnut käyttää menetelmää.

Kyselyn tuloksissa ilmeni, että ISBAR-menetelmän käyttötarkoitus on jäänyt osittain epämääräiseksi, sitä käytettiin haluttaessa tai epäjärjestelmällisesti. ISBAR-menetelmän potilasturvallisuutta edistävä vaikutus saattaa käytännössä jäädä satunnaiseksi tai osittaiseksi, kun menetelmää ei käydä läpi kunnolla. Strukturoidun menetelmän ideana on, että jokainen kohta käydään läpi, jolloin voidaan varmistaa, että tiedonsiirrossa ei ilmene aukkoja. Jos strukturoidusta menetelmästä valitaan ns. parhaat palat, riskinä on että potilasturvallisuusmenetelmästä tulee kuin mikä tahansa muukin muistilappu, jolloin sen potilasturvallisuutta parantavaa vaikutusta on hankala arvioida.

Vastaajien saamasta ISBAR-koulutuksesta huolimatta ISBAR-menetelmään suhtauduttiin osin myös melko kriittisesti. Päivystysalue on luonteeltaan hektinen työympäristö. Kun resurssit ovat niukat, työympäristön puutteiden havainnointi, parannusehdotusten kehittely tai uusien tapojen sisäistäminen kenties väistyvät herkemmin syrjään, koska henkilökunta panostaa käytännön työntekoon. Uudistukset herättävät kriittisyyttä työpaikalla, joka on usein tarkoituksenmukaista ja palvelee hyvien sekä huonojen uudistusten erottamista. Jos ilmanikin on pärjätty, on olennaista pystyä osoittamaan uudistuksen hyödyt käytännön työssä. Pelkkä koulutustilaisuus ei aina ratkaise menetelmän käyttöönoton onnistumista, vaan työntekijät pitää motivoida uuden menetelmän käyttöön ja osoittaa menetelmän hyödyt. Myös johdon tuki ja esimerkki ovat tärkeitä kun muutosta viedään läpi organisaatiossa. Uuden menetelmän onnistunut käyttöönotto vaatii lisäresursseja, koulutusta, käytön seuraamista ja palautteen antamista, jotta menetelmä sisäistetään. ISBAR-menetelmän kohdalla kiirettä ei tulisi nähdä esteenä menetelmän käyttöön, vaan nimenomaan apuvälineenä myös niissä olosuhteissa, joissa moni asia kilpailee huomiosta, tilanteet vaihtu-

vat nopeasti, ja tiedonkulun katkeamattomuus ihmisten välillä vaikuttaa vahvasti potilasturvallisuuden toteutumisessa. Strukturoitu menetelmä auttaa minimoimaan inhimillisiä virheitä, mutta edellyttää menetelmän tuntemista ja ymmärtämistä.

Kyselyssä tuli ilmi erot päivystysalueen ja ensihoitopalvelun välillä ISBAR-menetelmän käytöstä. Työpaikkakohtaiset erot ISBAR-menetelmän käytöstä osoittautuivat ristiintaulukoinnin tuloksissa tilastollisesti merkittäviksi potilassiirron ja konsultaation eli hoito-ohjeen pyytämisen osalta. Ensihoitopalvelun työntekijät käyttivät ISBAR-menetelmää enemmän potilassiirroissa ja konsultaatiossa, mutta työpaikkakohtainen ero ei pätenyt annettaessa ISBAR-raporttia kollegalle. ISBAR-menetelmä ei ole vielä levinnyt kokonaan Etelä-Karjalan keskussairaalaan, joten päivystyksen hoitajat eivät välttämättä pysty aina onnistuneesti käyttämään menetelmää potilassiirroissa, konsultaatiossa eli hoito-ohjetta pyydettäessä ja raportoidessa muille osastoille. Tämän vuoksi menetelmää ei ehkä koeta toimivaksi käytännössä. Työpaikkojen välillä ilmeneviä eroja yhteisen menetelmän käytöstä voisi kaventaa koulutuksella.

Potilassiirroissa käytetyn ISBAR-raportoinnin onnistuminen vaatii osaamista ISBAR-menetelmästä niin ensihoitopalvelun kuin päivystysalueen työntekijältä. Potilassiirtotilanne on aina kriittinen kohta onnistuneen tiedonsiirron kannalta, joten ISBAR-raportoinnin osaaminen niin luovuttavan kuin vastaanottavan tahon kannalta on ehdottoman tärkeää. Ensihoitopalvelun ja päivystysalueen välisen saumattoman ISBAR-raportointiin saavuttamiseksi potilassiirtotilanteessa raportointia voitaisiin harjoitella moniammatillisella simulaatiolla. Koulutukseen olisi hyvä osallistua mahdollisimman laajasti terveydenhuollon työntekijöitä. Yhteisen ISBAR-raportoinnin syvempi kouluttaminen edistäisi potilasturvallisuutta ja tiedonsiirtoa tilanteessa, joka tapahtuu ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä jatkuvasti. Eri ammattiryhmien välillä voi olla myös eroja kommunikaatiokulttuurissa. ISBAR-menetelmän moniammatillinen simulaatiokoulutus ehkäisisi myös kommunikaatioeroista johtuvaa mahdollista turhautumista, hoputtamista ja lähentäisi kommunikaatiokulttuuria ammattiryhmien välillä.

Yhtenäisen linjan pitäminen ISBAR-menetelmän käytössä on olennaista onnistuneen raportoinnin kannalta. On tärkeää, että raportin antaja sekä raportin vas-

taanottaja tuntee menetelmän. Yhteisellä linjalla voidaan parantaa raportin laatua ja potilasturvallisuuden toteutumista kollegoiden välillä, työyhteisön ja työorganisaation sisällä, mutta myös valtakunnallisella tasolla. Tämä helpottaisi erityisesti ensihoitajien tekemää raporttia, sillä yksi ensihoidon oleellisista tehtävistä on potilassiirrot eri sairaaloiden välillä. Eri sairaaloiden yhtenäiset käytännöt takaisivat paremman potilasturvallisuuden myös potilassiirtoa tehtäessä toiseen sairaalaan. Suunnitelmallisen ISBAR-koulutuksen, joka alkaa perusopintojen aikana ja jatkuu ammattilaisten kouluttamisessa, tulee olla yhtenäistä niin lääkärin, sairaanhoitajien kuin ensihoitajienkin kesken. ISBAR-menetelmä tarjoaa selkeän ja yhtenäisen menetelmän kaikkien terveydenhuollon ammattiryhmien sisäiseen sekä ammattiryhmien väliseen kommunikaatioon.

Ehdotamme jatkotutkimusaiheiksi Etelä-Karjalan keskussairaalle eri osastoille koulutuksen järjestämistä ISBAR-menetelmästä. Näin menetelmä siirtyisi eteenpäin ja lopulta olisi käytössä koko sairaalan alueella tai jopa koko Eksoten alueella. Oman opinnäytetyömme pohjalta ehdotamme moniammatillisen simulaatio- tai koulutuspäivän järjestämistä ISBAR-raportoinnista ensihoitopalvelun ja päivystysalueen henkilökunnalle, jotta raportoinnista saadaan mahdollisimman yhtenäistä. Päivystysalueen ISBAR-menetelmän raportointia voitaisiin havainnoida ja antaa siitä palautetta.

### **9.3 Oma oppiminen**

Opinnäytetyön tekeminen on opettanut meille pitkäjänteistä työskentelyä, aika-  
tauluttamista ja keskeneräisyyden sietämistä. Prosessin aikana olemme oppineet arvostamaa opinnäytetyöparin työpanosta ja näkökulmaa työn tekemiseen sekä ulkopuolisten henkilöiden antamaa palautetta ja tukea. Arvostamme myös opponenteiltamme saamaa palautetta. Olemme syventyneet potilasturvallisuuteen, potilasturvallisuuskoulutukseen ja ISBAR-menetelmään. Opinnäytetyön myötä olemme ymmärtäneet entistä paremmin potilasturvallisuuden merkityksen hoitotyössä.

Olemme oppineet käyttämään tilastolliseen analyysiin tarkoitettua SPSS-ohjelmistoa, sisällönanalyysin työvaiheita sekä perehtyneet laadullisen ja määrällisen teoriaan. Olemme kehittyneet tiedonhaussa ja lähdekritiikissä. Pääsim-

me tekemään itse kyselylomakkeen, jota tehdessä jouduimme arvioimaan kysymyksenasettelua ja strukturoitujen kysymysten kohdalla vastausvaihtoehtojen toimivuutta. Opinnäytetyö on opettanut käytännön kautta, kuinka tilastollista ja laadullista tutkimusta tehdään.

## 10 Lähteet

Alavahtola, P. 2014. ISBAR+esitys päivystys. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus. PowerPoint.

Anthes, E. 2015. The trouble with checklists. *Nature* 523 (7562), 516-518.

Baxter, P., Akhtar-Danesh, N., Valaitis, R., Stanyon, W. & Sproul, S. 2009. Simulated experiences: nursing students share their perspectives. *Nurse education today* 29 (8), 859-866.

Blomgren, K. & Pauniahho, S-L. Terveystieteiden tarkistuslistat. Teoksessa Aaltonen, L-M., Rosenberg, P. (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 276-280.

Clay-Williams, R., Greenfield, D., Stone, J. & Braithwaite, J. 2014. On a wing and a prayer: an assessment of modularized crew resource management training for health care professionals. *The journal of continuing education for health professions* 34 (1), 56-67. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24648364>. Luettu 21.10.2015.

Dawson, S., King, L., Grantham, H. 2013. Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emergency Medicine Australasia* 25 (5), 393-405. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24099367>. Luettu 20.10.2015.

Dieckmann, P., Lippert, A. & Østergaard, D. 2013. Jälkipuinti. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. 1. painos. Keuruu: Fio-ca, 195-215.

Eksote 2015a. Eksoten ensihoidon asiakkaat tyytyväisiä ensihoidon palveluihin. <http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/Ajankohtaista/Tiedotarkisto/Sivut/Eksoten%20ensihoidon%20asiakkaat%20tyytyv%C3%A4isi%C3%A4%20palveluihin.aspx>. Luettu 14.9.2015.

Eksote 2015b. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus. <http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/Sivut/default.aspx>. Luettu 26.5.2015

Eksote. 2015c. Lääkäri- ja sairaanhoitajapäivystys. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus. <http://www.eksote.fi/fi/terveyspalvelut/paivystys/paivystysiltainoininjaviiikonloppuisin/sivut/lääkäri--ja-sairaanhoitajapäivystys.aspx>. Luettu 3.8.2015.

Erholtz, M., Roos, E. & Sievänen, J. 2013. Raportoinnin tarkistuslista potilaan siirryessä päivystyksestä osastolle. Theseus. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turun ammattikorkeakoulu. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/59858/oppari.pdf?sequence=1>. Luettu 9.4.2014.

Flanagan, B., Harrision, J. & Marshall, S. 2009. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication.

Quality and safety in health care 18(2), 137-140.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19342529>. Luettu 24.10.2015.

Franssi, S., Järvelä, S. 2015. "Tuliko kaikki sanottua?" –Havainnointitutkimus suulisesta raportoinnista. Theseus. Opinnäytetyö. Oulun ammattikorkeakoulu.  
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/97628/Theseusversio.pdf?sequence=1>. Luettu 20.10.2015.

Hallikainen, J. & Väisänen, O. 2007. Simulaatio-opetus ensihoidossa. Finnanest 40 (5). 436-439. [http://www.finnanest.fi/files/hallikainen\\_simulaatio.pdf](http://www.finnanest.fi/files/hallikainen_simulaatio.pdf). Luettu 17.7.2015.

Hallström, K., Stigell, A. 2015. ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönotto Lohjan terveyskeskuksen vuodeosastoilla 1-4. Theseus. Opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu.  
<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/98394/ISBAR-raportointimenetel-man%20kayttoonotto%20Lohjan%20terveyskeskuksen%20vuodeosastoilla%201-4.pdf?sequence=1>. Luettu 20.10.2015

Handolin, L. & Väisänen O. 2007. Traumatiimin simulaatiokoulutus – kuinka harjoitella ryhmätyönä suoritettua kriittistä hoitotapahtumaa? Suomen Lääkärilehti 62 (11), 1163-1166. <http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/ltk/koti>. Luettu 31.8.2015.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Miten potilasturvallisuus määritellään? Potilasturvallisuus. 1. painos. Helsinki: Fioca Oy.

Henkilötietolaki 22.4.1999/ 523

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 13.-14. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Ironside, P., Jeffries, P. & Martin, A. 2009. Fostering patient safety competencies using multiple-patient simulation experiences. Nursing outlook 57 (6), 332-337.

Kemppainen, M. 2013. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porttan, K. & Taskinen, T. Ensihoito. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro oy, 92-101.

Komi, M. & Tapanainen, M. 2009. Hoitotyön suulliset raportointikäytännöt keuhkosairauksien sekä yleiskirurgian ja traumatologian vuodeosastoilla Seinäjoen keskussairaalassa. Ylempi AMK - opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu. Terveysala.  
[http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6109/tapanainen\\_marja.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6109/tapanainen_marja.pdf?sequence=1)  
Luettu 20.10.2015.

Korkalainen, T., Turunen, J., Viinikainen, M. 2015. Raportointi siirrettävästä potilaasta – Kokemuksia ensihoitajien saamasta potilasraportoinnista akuuttivaiheen siirtotilanteessa. Theseus. Opinnäytetyö. Savonian ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma

[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/91951/Korkalainen\\_Tiina.Viinikainen\\_Mikko.Turunen\\_Jouni.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/91951/Korkalainen_Tiina.Viinikainen_Mikko.Turunen_Jouni.pdf?sequence=1). Luettu 20.10.2015.

Kosonen, N., Lönnrot, P. & Rautiainen, P. 2014. ISBAR-raportointimenetelmä potilasturvallisuuden tukena – koulutuksen järjestäminen hoitotyön opiskelijoille. Theseus. Opinnäytetyö. Hoitotyönkoulutusohjelma. Laurean ammattikorkeakoulu.

<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/71214/Opinnaytetyo%20ISBAR..pdf?sequence=1>. Luettu 9.4.2014.

Kuisma, M. 2005. Potilaiden luovutus. Teoksessa Koponen, L., Sillanpää, K. Potilaan hoito päivystyksessä, 1.painos, Helsinki: Tammi, 44.

Kupari, P. & Rantanen, T. 2012. ISBAR auttaa viestimään olennaisen. Systole No 2, 20-22.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

KvantiMOTV 2004. Ristiintaulukointi.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi.html>. Luettu 31.5.2015.

Laki potilaan asemista ja oikeuksista 17.8.1992/758.

Mattila, M-M., Suominen, P. & Roivanen, P. 2013. Laitteet. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. 1. painos. Keuruu: Fioca, 73-87.

Mikkonen, S., 2014. Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu – tutkielma. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96030/GRADU-1409307065.pdf?sequence=1>. Luettu 18.5.2015.

Männikkö, M. & Oikkonen, L. 2013. ISBAR-menetelmän käyttökokemukset Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikalla ja Pohjanmaan pelastuslaitoksen Vaasan ensihoitoyksikössä. Theseus. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma, terveydehoitotyön suuntautumisvaihtoehto.

<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/60675/Mannikko%20Mari%20ja%20Oikkonen%20Laura.pdf?sequence=1>. Luettu 9.4.2014

NPSA 2004. Seven steps to patient safety - The full reference guide. 2004. National Patient Safety Agency. 2. painos. file:///C:/Users/lina/Downloads/NRLS-0034-seven-steps-pat-reference-2004-07-v1.pdf. Luettu 24.10.2015.

Nyström, P. 2013. CRM ja ei-tekniset taidot ensihoidossa. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 101-106. 105

Owen, C., Hemmings, L., Brown, T. 2009. Lost in translation: Maximizing hand-over effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742->



6723.2009.01168.x/epdf Emergency Medicine Australasia. 21, 102-107. Luettu 13.5.2015.

Pakkanen, J., Salminen, L. & Stolt, M. 2012. Potilassimulaatio sairaanhoitaja-opiskelijoiden hoitotyön taitojen oppimisessa – kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 24 (2), 163-174.

Potilasvahinkolaki 27.11.1998/879.

Rall 2013. Simulaatio – mitä, miksi, milloin ja miten? Teoksessa Ranta, I. (toim.) *Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa*. 1. painos. Keuruu: Fioca, 9-20.

Riihelä, J., Porthan, K. 2013. Dokumentointi. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.) *Ensihoito*. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 36.

Sairaanhoidon käsikirja 2014. Potilasturvallisuuden varmistaminen. *Terveysportti*. [http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/shk/avaa?p\\_artikkeli=shk04806](http://ezproxy.saimia.fi:2055/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk04806). Luettu 16.10.2014.

Sairaanhoitajaliitto 2014. ISBAR – menetelmä turvallisempaan tiedonkulkuun! Potilasturvallisuus. [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/hoitotyon\\_kehittaminen/potilasturvallisuus/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/hoitotyon_kehittaminen/potilasturvallisuus/) Luettu 9.4.2014.

Saltiola, A. 2015. Päivystyksen esimies. Eksote. Lappeenranta. Sähköpostiviesti. 24.11.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2014a. Ensihoito. [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/terveyspalvelut/ensihoito](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/ensihoito). Luettu 14.9.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Päivystys. [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/terveyspalvelut/paivystys](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/paivystys). Luettu 29.5.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 6.4. 2011/340.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 23.9. 2014/782.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä, Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111806/potilasturvallisuus\\_julkaisu\\_2009\\_3\\_verkko\\_UP.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111806/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1). Luettu 12.7.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014b. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä – suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 7. Luettu

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon periaatteet. 2010. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Sosiaali- ja terveysministeriö.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf) Luettu 9.4.2014

Tella, S., Liukka, M., Jamookeeah, D., Smith N-J., Partanen, P. & Turunen, H. 2014. What do nursing students learn about patient safety? An integrative literature review. *Journal of nursing education* 1(53), 7-13.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24308538>. Luettu 2.11.2015.

Tella, S. 2015. Learning about Patient Safety in Pre-registration Nursing Education. Comparing Finnish and British Nursing Students' Evaluations. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Tella, S., Smith N-J., Jamookeeah, D., Partanen, P., Lamidi, M-L. & Turunen, H. 2015. Learning to ensure patient safety in clinical settings: comparing Finnish and British nursing students' perceptions. *Journal of clinical nursing* 24(19-20), 2954-2964. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26216053>. Luettu 2.11.2015.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

THL. 2015a. Laitteiden turvallisuus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.  
<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus/laitteiden-turvallisuus>. Luettu 19.10.2015

THL. 2015b. Lääkehoidon turvallisuus. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.  
<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus/laakehoidon-turvallisuus>. Luettu 24.10.2015.

THL. 2015c. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Mitä on potilasturvallisuus?  
<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>. Luettu 19.10.2015.

Thompson, JE., Collett LW., Langbart, MJ., Purcell, NJ., Boyd, SM., Yuminaga, Y., Ossolinski, G., Susanto, C., McCormack, A. 2011. Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. *Postgraduate Medical Journal* 87(1027), 340-344.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21310805>. Luettu 12.11.2015.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2014. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteissä/periaatteet#1>. Luettu 17.9.2014

Tutkimus- ja opinnäytetyöluvut 2014. Eksote.  
[http://www.eksote.fi/fi/eksote/tutkimus\\_kehittaminen/tutkimus-%20ja%20opinn%C3%A4ytety%C3%B6t/luvut/sivut/default.aspx](http://www.eksote.fi/fi/eksote/tutkimus_kehittaminen/tutkimus-%20ja%20opinn%C3%A4ytety%C3%B6t/luvut/sivut/default.aspx). Luettu 9.4.2014.

University of Aberdeen 2012. Anaesthetists' Non-technical Skills (ANTS) System Handbook v1.0: Framework for Observing and Rating Anaesthetists' Non-technical Skills. Scottish Clinical Simulation Center. Pdf.

WHO. 2015a. Patient Safety. World Health Organization.  
<http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/background/en/>. Luettu 9.8.2015.

WHO. 2015b. Patient Safety Checklists. World Health Organization.  
<http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/en/> . Luettu 9.8.2015.

WHO 2015c. Patient Safety Solutions Preamble. World Health Organization.  
<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf?ua=1>.  
Luettu 24.10.2015.

## Liitteet

### Liite 1: Saatekirje

Arvoisa kyselyyn vastaaja

Olemme kaksi Saimaan ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijaa (AMK). Teemme opinnäytetyötämme ISBAR-menetelmän käytöstä Etelä-Karjalan keskussairaalan ensihoidossa ja päivystyksessä. Tarkoituksenamme on kartoittaa kuinka paljon käytössä olevaa ISBAR-potilasturvallisuusmenetelmää käytetään ja millaiseksi sen käyttö koetaan.

Kyselyyn vastaaminen vie muutaman minuutin, ja on Teille täysin vapaaehtoista. Vastauksia käytämme vain kyseessä olevaan opinnäytetyöhön. Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytenne tule esille missään tutkimuksen vaiheessa. Opinnäytetyön valmistuttua hävitämme kaiken vastausaineiston. Vuoden loppupuolella pidämme osastotunnin kyselyn tuloksista Etelä-Karjalan keskussairaалalla. Valmis opinnäytetyömme julkaistaan myös The-seuksessa, ammattikorkeakoulujen julkaisuarkistossa.

Arvostamme kovasti vastaustanne,

*Lina Saastamoinen*

lina Saastamoinen  
puh.0505018757

[iina.saastamoinen@student.saimia.fi](mailto:iina.saastamoinen@student.saimia.fi)

*Alma Sipari*

Alma Sipari  
puh. 0405363786

[alma.sipari@student.saimia.fi](mailto:alma.sipari@student.saimia.fi)

## Liite 2: Kyselylomake

### ISBAR-menetelmän ISBAR-menetelmän käyttö potilassiirroissa ja konsultaatiotilanteissa Eksoten päivystyksessä ja ensihoidossa

Hyvä kyselyyn vastaaja, tämän kyselyn vastaukset analysoidaan opinnäytetyötämme varten. Kyselyn tarkoitus on kartoittaa ISBAR-menetelmän käyttöä Eksoten päivystyksessä ja ensihoidossa. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. KIITOS VASTAUKSESTASI!

#### 1. Ikäsi?

19 - 29

30 - 40

41 - 51

52 - 62

63 +

#### 2. Työkokemuksesi sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla?

Alle 1 vuosi

1 - 5 vuotta

6 - 10 vuotta

Yli 10 vuotta

**3. Missä työskentelet?**

- Ensihoito
- Päivystyspoliklinikka
- Nova-osasto

**4. Ammattinimikkeesi?**

- Ensihoitaja
- Sairaanhoidaja
- Lähihoitaja

**5. Oletko saanut koulutusta ISBAR-menetelmästä?**

- Kyllä
- Ei

**6. Kuljetatko ISBAR-muistikorttia mukanasasi?**

- Kyllä
- Ei

**7. Kuinka usein käytät ISBAR-menetelmää potilasta siirrettäessä yksiköstä toiseen?**

En koskaan

Joskus

Usein

Aina

**8. Kuinka usein käytät ISBAR-menetelmää konsultaatiotilanteissa?**

En koskaan

Joskus

Usein

Aina

**9. Kuinka usein käytät ISBAR-menetelmää raportoidessasi kollegalle potilaan voinnista/tilanteesta?**

En koskaan

Joskus

Usein

Aina

**10. Mitkä tekijät motivoivat ISBAR-menetelmän käyttöön?**

---

---

---

**11. Mitkä tekijät hankaloittavat ISBAR-menetelmän käyttöä?**

---

---

---

**12. Käytätkö jotakin yhtä tai useampaa vaihtoehtoista menetelmää ISBAR:in tilalla? Jos käytät, niin mitä?**

---

---

---

**13. Mainitse yksi tai useampi tyypillinen tilanne jossa käytät ISBAR-menetelmää ja koet sen olevan avuksi.**

---

---

---



**14.** Koetko ISBAR-menetelmän edistävän potilasturvallisuutta potilasta siirrettäessä yksiköstä toiseen?

Erittäin paljon

Paljon

Vähän

Erittäin vähän

**15.** Koetko ISBAR-menetelmän edistävän potilasturvallisuutta konsultaatitilanteissa?

Erittäin paljon

Paljon

Vähän

Erittäin vähän

**16.** Koetko ISBAR-menetelmän edistävän potilasturvallisuutta raportoidesasi kollegalle?

Erittäin paljon

Paljon

Vähän

Erittäin vähän

**17.** Lisääkö ISBAR-menetelmän käyttö itseluottamustasi potilasturvallisuuden toteutumisessa?

Erittäin paljon

Paljon

Vähän

Erittäin vähän

**18.** Tukeeko työyhteisösi ISBAR-menetelmän käyttöä?

Erittäin paljon

Paljon

Vähän

Erittäin vähän

**19.** Miten toivot työorganisaatiosi jatkossa edistävän ISBAR-menetelmän käyttöä?

---

---

---

**20.** Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta ISBAR-menetelmän käyttöön?

Kyllä

Ei

**21.** Onko ISBAR-menetelmässä mielestäsi työsi kannalta oleelliset asiat?  
Puuttuuko siitä jotakin tai onko siinä jotakin ylimääräistä?

---

---

---