

# **ISBAR -tarkistuslista suullisen raportoinnin työkaluksi**

Satu Kinnunen  
Heidi Väisänen

Opinnäytetyö  
Maaliskuu 2016

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK

Jyväskylän ammattikorkeakoulu  
JAMK University of Applied Sciences



Tekijä(t) Kinnunen, Satu Väisänen, Heidi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 07.03.16
	Sivumäärä 46	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>ISBAR -tarkistuslista suullisen raportoinnin työkaluksi</b>		
Koulutusohjelma Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) Hannele Tyrväinen, Pirjo Tiikkainen		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän kaupunki, Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus (JYTE)		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää raportointia potilaan siirtyessä ensiavusta osastolle, jotta ennen potilaan siirtoa siirtyy oleellinen tieto osastolle valmisteluja varten. Työn tavoitteena on luoda tarkistuslista kehittämään suullista raportointia potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Tuotoksena syntyvä tarkistuslista parantaa tiedonkulkua potilassiirroissa. Opinnäytetyö on kehittämistyö ja se toteutettiin vuoden 2015 aikana, erään Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen (JYTE) ensiavussa ja osastolla. Kehittämistyön aikana ensiavun ja osaston henkilökunta osallistutettiin aivoriihillä ja haastatteluilla kehittämään jo käytössä olevaa ISBAR – lomaketta tarkoituksen mukaisemmaksi. Osallistuttamisten aikana kerättiin ISBAR -lomakkeita osastolla, jotta nähtäisiin, kuinka lomake toimii käytännössä. Lopuksi aivoriihien ja haastattelujen materiaalit analysoitiin ISBAR-lomakkeen parantamiseksi. Kehittämistyön toteutuksen pohjana käytettiin Engeströmin ekspansiivisen oppimisen mallia.</p> <p>Aivoriihien ja haastattelujen pohjalta muodostettiin uusi ISBAR -lomake, jossa otettiin huomioon molempien yksiköiden henkilökunnan kehitysehdotukset. Kehittämistyön tulosten perusteella voidaan todeta tarkistuslistan tarpeellisuus hoidon jatkuvuudelle. Kehittämistyön todetaan lisänneen avointa keskustelua suullisesta raportoinnista ja sen merkityksestä potilasturvallisuudelle. Opinnäytetyö oli pilotointi ISBAR -tarkistuslistojen käytölle ja se jalkautetaan koko JYTE:n alueelle.</p>		
Avainsanat ( <u>asiasanat</u> ) Tarkistuslista, potilasturvallisuus, hoidon jatkuvuus, raportointi, potilassiirto		
Muut tiedot		



Author(s) Kinnunen, Satu Väisänen, Heidi	Type of publication Master's thesis	Date 07.03.16
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 46	Permission for web publication: x
Title of publication <b>ISBAR –Checklist to support spoken report</b>		
Degree programme EXPERTISE IN CLINICAL NURSING, Master's degree, University of Applied Sciences		
Tutor(s) Hannele Tyrväinen, Pirjo Tiikkainen		
Assigned by Jyväskylä Collaboration Area (JYTE)		
Abstract <p>The aim of this thesis was to improve reporting in patient transfers from first aid to the ward so that the required information would arrive at the ward in advance when preparations are required. The objective was to create a checklist that would enhance oral reporting and thus improve patient safety. The checklist would also improve the flow of information during patient transfers. The thesis was a development project, and it was implemented in 2015 in co-operation with one of the Emergency Room in Jyväskylä Collaboration Area's (JYTE) as well as in its ward. During the process the personnel participated in the project by brainstorming and by being interviewed to improve the currently used ISBAR-form to be more practical. While the personnel was involved, the ISBAR-forms were collected in the units in order to see how they worked in practice. Finally, the collected material and the ideas from brainstorming sessions were analysed in order to improve the ISBAR-form. The development work was based on Engeström's model of expansive learning.</p> <p>On the basis of brainstorming and the interviews, a new ISBAR-form was created by taking into account the ideas and proposals of the personnel of both units. Based on the results of the development work, it can be stated that the checklist is important for uninterrupted care. This development work has increased discussion on oral reporting and its significance to patient safety. This thesis was a pilot project on using the ISBAR-checklists and it is to be deployed by whole JYTE area.</p>		
Keywords/tags ( <a href="#">subjects</a> ) Checklist, patient safety, continuity of the treatment, reporting, patient transfers		
Miscellaneous		

## Sisällys

1	Kehittämistyön taustaa .....	3
2	Potilasturvallisuus .....	4
2.1	Turvallisuuskulttuuri .....	4
2.2	Potilasturvallisuus lainsäädännössä .....	5
2.3	Potilasturvallisuus kansainvälisissä tutkimuksissa.....	6
2.4	Potilastietoturva .....	7
2.5	HaiPro vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmä.....	8
3	Hoidon jatkuvuus .....	9
3.1	Raportointi .....	10
3.2	Suullinen raportointi .....	12
3.3	Tarkistuslistat ja ISBAR – menetelmä .....	12
3.4	Tarkistuslista hoidon jatkuvuudessa.....	15
4	Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet .....	16
5	Kehittämistyön lähtökohdat ja kohdeorganisaation kuvaus .....	16
5.1	Lähtökohdat ISBAR tarkistuslistan luomiselle .....	16
5.2	Kohdeorganisaatio .....	17
6	Kehittämistyön toteutus .....	18
6.1	Ekspansiivinen oppiminen .....	18
6.2	Aineistonanalyysi .....	19
6.3	Haastattelujen toteutukset.....	20
6.3.1	Ensiavun haastattelut .....	20
6.4	Osastotunnin tulokset .....	21
7	Kehittämistyön eteneminen .....	23
7.1	Tiimipalaverien tulokset .....	24
7.2	Lomakkeiden tiedonkeruun tulokset.....	25

7.2.1	Vanhan ISBAR -lomakkeen kirjaamisen tulokset.....	25
7.2.2	Muokatun ISBAR –lomakkeen kirjaamisen tulokset .....	28
7.2.3	Täytettyjen tietojen vertailu.....	30
8	Tulosten tarkastelua.....	31
8.1	Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys .....	32
8.2	Kehittämisehdotukset ja johtopäätökset .....	34
	LÄHTEET.....	36
	LIITTEET.....	42
	Liite 1. Vanha ISBAR -lomake .....	42
	Liite 2. Alkuperäinen ISBAR -lomake.....	43
	Liite 3. Ensiavun taskuversio lopullisesta ISBAR-lomakkeesta .....	44
	Liite 4. Osaston lopullinen ISBAR-lomake .....	45

## KUVIOT

Kuvio 1.	HaiPro lomake ( <a href="http://www.haipro.fi">http://www.haipro.fi</a> ) .....	8
Kuvio 2.	Surgical Safety Checklist (WHO 2008) .....	13
Kuvio 3.	Kehittämistyön eteneminen .....	18
Kuvio 4	Tiimipalaverien ja haastattelujen tulokset .....	21
Kuvio 5	Osastotunnin tulokset .....	22
Kuvio 6.	Vanha ISBAR: Tunnistusosion täyttäjakauma .....	26
Kuvio 7.	Vanha ISBAR: Tulotilanneosion täyttäjakauma.....	26
Kuvio 8.	Vanha ISBAR: Taustatilanneosion täyttäjakauma .....	27
Kuvio 9.	Vanha ISBAR: Nykytilanneosion täyttäjakauma.....	27
Kuvio 10.	Muokattu: ISBAR Tunnistusosion täyttäjakauma.....	28
Kuvio 11.	Muokattu: ISBAR Taustaosion täyttäjakauma .....	29
Kuvio 12.	Muokattu: ISBAR Nykytilanneosion täyttäjakauma .....	29
Kuvio 13.	Tulosten vertailu: Tunnistus .....	30
Kuvio 14	Tulosten vertailu: Taustatilanne.....	30
Kuvio 15.	Tulosten vertailu: Nykytilanne.....	31

## 1 Kehittämistyön taustaa

Potilasturvallisuusasioissa Suomi on monia muita länsimaita jäljessä ja alan tutkimusta on tehty vähän (Roine & Kaila 2014, 1740 -1741). Potilasturvallisuuskulttuurin luomisella edistetään potilaan hoitoa systemaattisesti. Yhtenäiset toimintaohjeet, selkeät käytännöt ja ajantasaiset kuvaukset ovat potilasturvallisuuden keskeisiä käsitteitä. Toimintaohjeiden on oltava kaikkien saatavilla ja ne on huomioitava myös työyhteisön kehittämisessä ja hankintapäätöksissä. (STM 2009, 11- 13.)

Tarkistuslistoja pidetään ratkaisuna suullisen raportoinnin ongelmiin, koska tarkistuslistojen on todettu luovan raportoinnille selkeän rungon ja varmistavan tiedon jatkuvuuden (Hohenhaus, Powell & Hohenhaus 2006). Huonossa raportoinnissa saattaa potilaan hoidon ja sijoittelun kannalta jäädä tärkeitä seikkoja huomaamatta. Potilasturvallisuutta edistetään potilassiirroissa eri hoitoyksiköiden välillä käyttämällä erilaisia tarkistuslistoja. Menetelmä järjestää informaation selkeään ja tiiviiseen muotoon ja sitä voidaan käyttää sellaisenaan tai toimintayksikön omien tarpeiden mukaan muokattuna. Tarkistuslistat toimivat selkeän raportoinnin mallina kehittäen kriittisen ajattelun taitoa ja rohkaisten toimintaehdotusten tekoon. (Kupari, Peltomaa, Inkinen, Kinnunen, Kuosmanen & Reunama 2012, 29- 31.)

Keväällä 2014 kohdeorganisaation vuodeosastolla keskusteltiin, että puhelinilmoituksessa osastolle tulevista uusista potilaista jää tärkeitä tietoja saamatta. Syynä tähän on tiedonkulku monien välikäsien kautta. Kehittämistyö arvioitiin tarpeelliseksi, tärkeäksi, ajankohtaiseksi ja tarkistuslistaa työstettiin yhteistyössä ensiavun kanssa. Tavoitteena oli virheiden määrän vähentäminen, turvallisuuden lisääminen, toiminnan yhdenmukaistaminen ja laadun parantaminen. Aikaisemminkin on kehitetty vastavia raportoinnin muistilistoja, mutta niiden toimivuus on jäänyt testaamatta ja käyttö on koettu hankalaksi johtuen listojen tulosta työyhteisön ulkopuolelta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda tarkistuslista kehittämään suullista raportointia potilasturvallisuuden säilymiseksi ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Sen tavoitteena on varmistaa oikean tiedon välittyminen vuodeosaston tietoon ennen potilaan siirtymistä. Kehittämistyön tuotoksena syntyvä tarkistuslista parantaa tapahtuvaa tiedonsiirtoa.

## 2 Potilasturvallisuus

### 2.1 Turvallisuuskulttuuri

Turvallisuuskulttuurilla tarkoitetaan yksiköiden ja ryhmien arvoja, asenteita, käsityksiä, valmiuksia ja toimintoja, jotka määrittävät organisaation turvallisuussuunnitelmiin sitoutumisen. Vaikka ei ole vaikeaa määritellä sanaa turvallisuuskulttuuri, voi olla vaikeampaa varsinaisesti tietää ja ymmärtää niitä ominaisuuksia, jotka määrittävät turvallisuuskulttuurin ja sen osallisuuden sekä vaikutukset organisaatiossa. Turvallisuuskulttuuri on monimutkainen ilmiö, joka ei ole aina täysin yksiselitteisesti johdon ymmärryksessä ja usein voi olla hankalaa panna täytäntöön. Johtajuuden puute on este turvalliselle kulttuurille. (Sammer, Lykens, Singh, Mains & Lackan 2010, 156–165.) Tutkimusten mukaan potilasturvallisuuteen vaikuttavia muita inhimillisiä tekijöitä ovat potilaskulttuuri, johtajuus ja johtaminen, kommunikaatio, tiimityön rakenteet ja prosessit, yksittäisen työntekijän kognitiiviset taidot ja henkilökohtaiset voimavarat sekä työskentely-ympäristön uhat ja vaaratekijät. (Flin, Winter, Sarac & Raduma 2009; Gordon, Darbyshire, Barker 2012, 1050; Silén, Lipponen 2005, 27.)

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos (THL 2014) on listannut verkkosivuillaan työkaluja potilasturvallisuuskulttuurin arviointiin. Suomessa kehitettyjä malleja ovat DISC-malli ja TUKU-turvallisuuskulttuurikysely. DISC-mallissa (Design for Integrated Safety Culture) voidaan käyttää organisaatiossa potilasturvallisuuskulttuuria arvioitaessa, nykyisten potilasturvallisuustoimien kannattavuutta ja oikeellisuutta sekä kehitettäessä turvallisuuskulttuuria. TUKU-turvallisuuskulttuurikyselyssä arvioidaan organisaation potilasturvallisuuskulttuuria erilaisten väittämien avulla. Molemmat mallit ovat Valtion teknillinen tutkimuslaitoksen kehittämiä (VTT). Näiden lisäksi myös THL:n (2014) malleihin kuuluu Potilasturvallisuuskulttuurin arviointikysely (HSOPSC).

Hoitotyön esimiesten on jatkuvasti oltava potilasturvallisuudesta ajan tasalla. Potilasturvallisuus on keskeinen näkökulma toiminta- ja taloussuunnitelmassa ja päätökset tulee arvioida aina potilasturvallisuusnäkökulmasta. Toimintayksikköön tulee johdon toimesta nimetä henkilö tai henkilöt koordinoimaan potilasturvallisuustyötä toimintayksikössä. Potilasturvallisuus on lisäksi sisällytettävä peruskoulutuksen lisäksi henkilöstön perehdytykseen, jatko- ja täydennyskoulutukseen sekä otettava myös huomioon opiskelijanohjauksessa. Potilasturvallisuuden edistäminen kuuluu koko henkilökunnalle ja terveydenhuollon toimijoille. (STM 2009, 15–16, 42–45, 78.)

Potilasturvallisuutta vahvistetaan jatkuvalla työllä kaikissa terveydenhuollon yksiköissä henkilökuntaa kouluttamalla ja hoitoprosessien sujuvoittamisella. Oikea-aikainen hoito, joka perustuu tutkittuun tietoon, on sellaisenaan yksi tärkeimmistä potilasturvallisuuden osatekijöistä. Edellytyksenä potilasturvallisuuden kehittymiselle on organisaation kyky nähdä potilasturvallisuus yksittäisen työntekijän velvollisuuden lisäksi osana organisaation toimintaa. (Kaila, Niemi-Murola & Kauppi 2014, 1739.)

## 2.2 Potilasturvallisuus lainsäädännössä

Potilasturvallisuus on terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation välisiä periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus suojaten potilasta vahingoittumasta. Potilasturvallisuus tarkoittaa potilaan näkökulmasta sitä, että hän saa oikeaa hoitoa oikeaan aikaan, oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Lähes joka kymmenes potilas kokee haittatapahtumia hoitonsa aikana, joista jopa puolet olisi voitu välttää (Brennan, Leape, Laird, Herbert, Localio, Lawthers, Newhouse, Weiler & Hiatt 2004, 145–151). Tarkistuslistasta on myös juridinen turva (Miettinen 2012, 10–13). Kaiken toiminnan on oltava turvallista, laadullista, ammatillisesti ja tieteellisesti asianmukaista. Lisäksi sen tulee perustua näyttöön ja hyviin toimintatapoihin sekä hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin. (STM 2009, 15).

Potilasturvallisuus kattaa hoito-, lääkehoito- sekä laiteturvallisuuden. Hoidon turvallisuudella tarkoitetaan sekä hoidon toteuttamisprosessin, että hoitomenetelmän turvallisuutta. Vääristä hoitomenetelmistä saattaa aiheutua haittavaikutuksia ja hoito-



prosessissa voi tapahtua poikkeama. Lääketurvallisuus saattaa vaarantua lääkevalmisteen haittavaikutusten takia (lääketurvallisuus) tai lääkehoitoprosessin aikana sattuneen poikkeaman vuoksi (lääkitysturvallisuus). Laiteturvallisuus voidaan jakaa laitteen käytön osaamiseen ja käytön turvallisuuteen, jolloin poikkeama voi johtua toimintahäiriöistä tai laiteviasta. Vaaratapahtumiin kuuluvat myös ”läheltä piti”-tilanteet, joista ei koidu haittaa potilaalle sekä haittatapahtumat, joista koituu haittaa potilaalle. (STM 2009, 15–16.)

### 2.3 Potilasturvallisuus kansainvälisissä tutkimuksissa

Potilasturvallisuutta on tutkittu maailmalla jo pitkään. Australia, Iso-Britannia, Uusi-Seelanti ja Yhdysvallat ovatkin kärkimaita tutkimuksissa. Pohjoismaista Tanska on ollut aina potilasturvallisuuden edelläkävijä ja edistäjä. World Alliance for Patient Safety ja The European Union Network For Patient Safety (EUNetPaS) ovat kansainvälisiä potilasturvallisuusverkostoja, jotka tukevat eri maiden omaa potilasturvallisuustyötä luomalla monikansallisen verkoston tutkimustyön tueksi. (Helovuuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 24–27.)

Laajoissa Yhdysvalloissa tehdyssä Institute of Medicine tutkimuksessa ”To err is human: Building a safer healthcare system” (1999) haittatapahtumiin todetaan kuolevan 44 000 – 98 000 potilasta vuosittain. Suomessa tämä tarkoittaa 750–1500 hoidollisista haittatapahtumista johtuvaa kuolemaa, mikä on keskimäärin kolme potilasta päivittäin. Haittatapahtumista kertyy vuosittain noin 48 000 hoitopäivää lisää, joka nostaa kustannuksia huomattavasti. (Kinnunen & Peltomaa 2009; Helovuuo ym. 2011, 18–19, 24–27.)

Euroopan komissio suosittelee kolmen mittarin käyttöä potilasturvallisuuden arviointiin. Mittarit ovat: Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), josta on tehty omat versiot avohoitoon, hoitokoteihin sekä sairaaloihin, ”Manchester Patient Safety Assessment Framework” (MaPSaF) sekä ”Safety Attitudes, Questionnaire” (SAQ). Potilasturvallisuuskulttuuria arvioidaan kuudella eri osa-alueella: turvallisuusilmapiiri, työtyytyväisyys, johtaminen, tiimityö, työolosuhteet ja työn kuormittavuus. (Euroopan komissio 2012, 3.)

Potilasturvallisuutta ja potilasturvallisuuskulttuuria on kansainvälisesti tutkittu laajalaisesti. Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ) mittaria käyttämällä on tutkittu potilasturvallisuuskulttuuria useissa maissa kuten Japanissa, Kiinassa, Intiassa, Taiwanissa, Turkissa, Saudi-Arabiassa, Libanonissa, Italiassa, Portugalissa, Belgiassa, Norjassa, Ruotsissa ja Yhdysvalloissa. Terveysthuollon henkilöstö kaipaa johdon tukea, sekä koulutusta potilasturvallisuuskulttuurista. (Aboshaiqah & Baker 2013, 272–280; Bagnasco, Tibaldi, Chirone, Chiaranda, Panzo, Tangolo, Aleo, Lazzarino & Sasso 2011, 1188–1195; Bodur & Filiz 2010; Brborovic, Skelebar, Brborovic, Brumen, Mustajbegovic, Bajic, Komericki & Babic 2014, 125–132; Chen & Li 2010; Eiras, Monteiro & Silva 2014, 111–122; El-Jardali, Damassi, Jamal, Jaafar & Hemadeh 2011, 1-12; Ito, Seto, Kigawa, Fujita, Hasegawa & Hasegawa 2011, 1-7; Nie, Mao, Cui, He, Li & Zhang 2014, 122; Patel & Wu 2014; Nordin, Wilde-Larsson, Nordström & Theander 2013, 41–50; Olsen 2007, 2656–2660; Park, Lee & Choi 2011, 2129–2132; Sorra & Nieva 2004; Vlayen, Schrooten, Wami, Welcome, Marc, Leandro, Claes & Hellings 2013, 1-12.)

#### 2.4 Potilastietoturva

Tietoturva on käsitteenä erittäin laaja sisältäen järjestelmien, palveluiden ja tietojen suojaamista, mitkä takaavat sen korkean laadun. Tietoturvan kolme ominaisuutta ovat yhdenmukaisuus, suojaustaso ja käyttäjätaso, jotka vaikuttavat laatuun. Edellä mainittujen lisäksi tietoturvan laatuun vaikuttaa käytettävyys ja päivitettävyys. (Hakala, Vainio & Vuorinen 2006, 4-6.)

Tietojen varmentamisella ja korkealaatuisella tietoturvalla taataan asiakkaalle ehdottomasti luotettava tietoturva sähköisen asioinnin lisääntyessä. Sähköinen asiointi tuo paljon riskejä, josta käyttäjän tulee olla tietoinen ja osata ennaltaehkäistä riskien toteutumista. Sähköinen asiointi on tiedon ja tuotteen käsittelyä tietoverkossa ja se kasvaa tärkeäksi osaksi ihmisten elämää. (Tietoyhteiskuntaneuvosto 2005, 52–53.) Terveysthuollossa sähköinen asiointi on keskittynyt ammattiryhmien suorittamaan tietojenhakuun tai tarkastamiseen (Saranto 2007, 232).

## 2.5 HaiPro vaara- ja haittatapahtumien raportointijärjestelmä

HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja tietotekninen työkalu. Se on käytössä yli 200 sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä Suomessa. HaiPro -järjestelmään ilmoitetaan sekä vaaratapahtumat, että ”läheltä piti” -tilanteet. (HaiPro:n www-sivut 2014.)

Valtion Teknillinen Tutkimuskeskus (VTT) kehitti vuosina 2005–2008 terveydenhuoltoon soveltuvan sähköisen vaaratapahtumien dokumentointijärjestelmän HaiPro:n (ks. kuvio 1). Järjestelmää tarjottiin terveydenhuollon organisaatioille koekäyttöön vuonna 2007. Vaaratapahtumajärjestelmä oli osa HaiPro-projektia siirtyen maksulliseksi yksityisen yrityksen tuotteeksi 2008. (Kinnunen, Keistinen, Ruuhilehto & Ojanen 2009, 121 -122.)

**HaiPro - Potilasturvallisuusilmoitus** Sisäiset sivut

Ilmoituksen pvm: 20.2.2015

pakolliset kentät merkitty tähdellä (\*)

<b>Osasto/yksikkö</b>	Ilmoittajan yksikkö (*) <input type="text" value="Hae"/>	
	Valitse <input type="text"/>	
	Yksikkö, jossa tapahtui (*) <input type="text" value="Hae"/>	
	Valitse <input type="text"/>	
<b>Ilmoittajan ammattiryhmä</b>	Valitse <input type="text"/>	
<b>Tapahtuma</b>	<b>Tapahtuma-aika(*)</b> Pvm (p.k.vvvv): <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa Kellonaika: <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ei tiedossa <b>Tapahtumapaikka</b> Valitse <input type="text"/>	<b>Tapahtuman luonne (*)</b> <input type="radio"/> läheltä piti <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> tapahtui potilaalle <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Täytetään myös työturvallisuusilmoitus
<b>Tapahtuman tyyppi</b>	Valitse <input type="text"/>	
<b>Tapahtuman kuvaus (*)</b>	Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitä seurauksia oli potilaalle ja hoitavalle yksikölle. <input type="text"/>	
	Kuva lisäksi tapahtumahetken olosuhteet ja muut tapahtuman syntyyn vaikuttaneet tekijät.	
	Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää?	
<b>Sähköpostiosoite (*)</b>	Jos haluat, että käsittelijä voi kysyä sinulta lisätietoja, anna sähköpostiosoitteesi alla olevaan kenttään. Osoitetta ei näytetä käsittelijälle, mutta järjestelmä ilmoittaa sinulle mahdollisesta lisätietopyynnöstä sähköpostitse. Lisätietopyyntöön voit vastata sähköpostiviestissä olevan linkin kautta ja järjestelmä ilmoittaa käsittelijälle kun lisätieto on annettu.	

**Kuvio 1. HaiPro lomake (<http://www.haiopro.fi>)**

HaiPro -järjestelmän käyttöönotto 2006 lisäsi yksiköiden tietoisuutta ongelmien olemassaolosta helpottaen riskikohtien tunnistamista. Järjestelmän avulla pystyttiin tekemään tarkempaa analyysia vaaratapahtumista. Se auttoi yksiköitä avoimempaan keskusteluun ja turvallisuuskulttuuriin lisäten yksiköiden välistä vuorovaikutusta. Vaaratapahtumista oppimisen ymmärrettiin järjestelmän avulla olevan jatkuvaa ke-

hittämistä ja kehittymistä. Järjestelmän tarkoituksena on potilasturvallisuuden parantaminen sekä terveydenhuollon kehittämiskohteiden selvittämisen ja vertailun. HaiPro -ilmoitusten avulla pyritään selvittämään terveydenhuollon vaaratapahtumatekijöitä ja sitä millaisilla toimilla virheet voitaisiin estää. (Knuuttila, Ruuhilehti & Wallenius 2007, 47.)

HaiPro -ilmoitukset tehdään sähköisesti internet selaimen kautta. Ilmoituksen tekijänä toimivat virheen havaitsija tai mukana ollut henkilö anonymisti. Nimettömyys rohkaisee tekemään ilmoituksia sekä suojaa työntekijän asemaa työyhteisössä. Ohjelman valikosta ilmoituksen täyttävä valitsee tarvittavat tiedot:

- ilmoittajan ammattinimike
- vaaratapahtuman luonne ja tyyppi
- tapahtumapaikka ja – aika
- oliko kyseessä ”läheltä piti” – tilanne vai potilaalle toteutunut tapah-  
tuma. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 121; HaiPro 2009.)

HaiPro -lomakkeen avoimet kysymykset mahdollistavat tapahtumaan vaikuttaneiden olosuhteiden ja tekijöiden kuvaamisen sekä mahdollisen kehittämissuositusten tekemisen. Ilmoitus siirtyy sähköisesti käsittelijälle, joka on yleensä osastonhoitaja. Käsittelijä tekee ilmoituksen tarkemman jatkoluokituksen, valitsee tarkemman tapaturmaluokan ja täydentää myötävaikuttaneet taustatekijät. Pääluokkien lisäksi tapahtuman tekijöitä ja olosuhteita voidaan tarkentaa alaluokkien avulla. Käsittelijä voi tehdä ilmoituksen ylemmälle taholle tai yksikössä voidaan miettiä kehittämistoimenpiteitä, jotta vastaavilta tilanteilta vältytään. HaiPro järjestelmän kautta voidaan ilmoittaa myös työpaikan väkivaltatilanteista. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 121; HaiPro 2009.)

### 3 Hoidon jatkuvuus

Eloranta (2006,12) määrittelee hoidon jatkuvuuden olevan hoidon turvaamiseksi tehtyjä sopimuksia ja hoitosuunnitelmaa, joissa potilas on tietoinen omasta tilanteestaan. Potilastietojärjestelmään tehdyt selkeät ja helppolukuiset kirjaukset vaikuttavat

hoidon jatkuvuuteen ja turvallisuuteen. Tärkeä osa hoidon turvallisuutta on katkeamaton ja luotettava tiedonsiirto. Hoitajalle hoidon jatkuvuus on ajantasaisen tiedon saantia potilaan tilasta. Potilasturvallisuus ja hoidon laatu paranee ajantasaisen tiedon myötä. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 44.)

### 3.1 Raportointi

Tehokas suullinen viestintä ja tiimityöskentely ovat keskeiset osa-alueet turvallisessa ja laadukkaassa hoitotyössä. Suullisen raportoinnin epäonnistuminen on suurin syy potilasturvallisuuden pettämiseen. Jo suullisen raportoinnin yksinkertaisilla ja yhteisillä säännöillä voidaan nämä virheet välttää. (Leonard, Graham & Bonacum 2004, 85- 90.)

WHO (World Health Organisation, Maailman terveysjärjestö) on käynnistänyt vuonna 2006 projektin, missä kiinnitetään huomiota potilasturvallisuuden viideltä eri osa-alueelta ja yksi niistä on raportointi (World Health Organization 2012). Viestinnän tulee olla mahdollisimman suoraa ja tiivistettyä huolimatta siitä, että tämän kaltainen viestintä saatetaankin sosiaalisissa tilanteissa kokea uhkaavaksi. Vakiintuneilla raportointikäytännöillä saavutetaan selkeyttä ja nopeutta raportointiin, vaikkakin kaavamaisesti toteutettu raportointi saattaa aluksi tuntua kankealta ja vaikealta. (Helovuori 2008, 25–26.)

Suullisen raportoinnin ongelmat johtuvat usein tiedonkulun katkeamisesta sekä annetun tiedon väärinymmärtämisestä. Kyseiset ongelmat vaikuttavat jopa 70 % hoitotyön vaaratapahtumista. Kommunikaatio-ongelmien takana on usein monimutkaisia käytäntöjä ja hierarkiaongelmia, joihin puolestaan vaikuttavat ammattiryhmien keskinäinen kunnioituksen puute sekä huono lähijohtaminen. Erilainen raportointikulttuuri vaikuttaa myös tiedon oikeanlaiseen siirtymiseen. (Kupari ym. 2012, 29.) Vaaratapahtumien synnyn taustalla ovat usein synnä tiimin ongelmat kommunikoinnissa (Jones, Podila & Powers 2013, 194).

Organisaatiossa sovitut yhteiset linjaukset ja käytännöt pienentävät haittatekijöitä. Tiedonkululla on huomattava merkitys riskien myös hallinnassa, sillä väärin välitetty

tieto tai puutteellinen tieto aiheuttaa vaaratilanteen siirtyvälle potilaalle tai hoitavalle yksikölle (STM 2003; STM 2009, 15–16). Turvallisuutta lisää hyvä dokumentointi ja raportointi. Viestitys ja kuittaaminen on hyvä keino varmistaa toisen henkilön kuulleensa ja ymmärtäneensä asian oikein (Helovuori 2009; WHO 2012).

Potilassiirroissa eri yksiköiden välillä on suuria epäselvyyksiä, jotka johtuvat koordinoimattomasta tiedonvälityksestä (Chaboyrt, James & Kendall 2005, 16–29). Hoitajat joutuvat työskentelemään usein ympäristössä, jossa tiedonkulun ongelmat johtuvat työntekijöiden, osastojen vastuiden sekä roolien muuttumisesta (Hohenhaus ym. 2006). Ongelmat suullisessa tai sähköisessä kirjaamisessa voivat aiheuttaa potilaalle haittaa. (Coleman & Beterson 2004.)

Perkiö (2008, 64) toteaa päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien raportoivan sisätautien vuodeosaston sairaanhoitajille päivystyspotilaan tulotilanteesta, hoidosta, tutkimustuloksista ja jatkohoitosuunnitelmista. Sisätautien vuodeosastojen sairaanhoitajat ovat tyytyväisiä saamiinsa suullisiin raportteihin mutta he kaipaavat lisää tietoa potilaan kotilääkityksestä, tehdyistä tutkimuksista, nykytilasta, liikuntakyvystä ja hoito-ohjeista. Lisäksi hoitajat kaipaavat tietoa potilaan tuloon valmistautumista koskevista asioista sekä omaisten tietoisuudesta potilaan sairaalaan jäämisestä. (Perkiö 2008, 64.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista nostaa esiin salassapitovelvollisuuden lähinnä kirjallisen raportoinnin kannalta mutta myös suullisen raportoinnin kohdalla on syytä kiinnittää erityistä huomioita salassapitovelvollisuuteen sekä potilaan yksityisyyden suojaan (L1992/785). Potilaan tietosuoja takaa potilastietojen luottamuksellisuuden ja potilasta koskevia tietoja tulee käsitellä niin, että ne eivät kantaudu ulkopuolisten, esimerkiksi muiden potilaiden tietoon. Hoitajan tehdessä havaintoja potilaan luona vierailevista omaisista ja potilaasta itsestään voi syntyä tilanne, että hoitajalla on potilaasta tietoa, mitä potilas ei edes tiedä hoitajilla olevan. Tämä vaikeuttaa entisestään hoitajan raportointia eteenpäin huomioitaessa salassapitoa koskevat asiat. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008 151–152.)

### 3.2 Suullinen raportointi

Käytännön hoitotyössä tavanomaisin tiedonvälitystapa työvuorojen vaihtuessa on suullinen tiedotustilaisuus (Saranto & Ikonen 2007, 156–157; Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003, 4-9). Raportin antaa yleensä vastuuhoitaja tai kaikki työvuorossa olevat hoitajat omista potilaistaan. Suullinen raportti annetaan joko yhdelle tai useammalle henkilölle työvuoron vaihtuessa ja tarkoituksena on varmistaa potilaiden hoidon jatkuvuus ja turvallisuus. (Puumalainen ym. 2003, 4-9.) Tilannetta, missä annetaan raportti usealle seuraavaan työvuoroon tulijalle samanaikaisesti, nimitetään ryhmäraportiksi (Lammond 2000, 794–804). Hand over – tilanteet (potilaan luovutus-tilanteet) luovat erityisiä tilannetietoisuuden haasteita osastojen ja hoitoyksiköiden välillä. Ilman yhdenmukaista tiedonvälityskäytäntöä oleellisia potilastietoja saattaa jäädä huomioimatta hoidon seuraavassa vaiheessa. (Coleman, Parry, Chalmers & Min 2006, 1822–1828.)

Suullisen viestinnän ongelmat kohdistuvat erityisesti viestin sisältöön ja vastaanottajan kykyyn ymmärtää annettu viesti. Erityisesti haasteellisten ja moniongelmaisten potilaiden kohdalla suullinen raportointi koetaan tarpeelliseksi, eikä suullisesta raportoinnista ei haluta luopua, koska raportointitilaisuus koetaan hyvänä keskusteluhetkenä ammattilaisten välillä. (Saranto & Ikonen 2007, 157.)

### 3.3 Tarkistuslistat ja ISBAR – menetelmä

Virheitä tehdään korkeasta koulutuksesta, pitkästä työkokemuksesta ja huolellisuudesta huolimatta ja terveydenhuollossa toimitaankin usein pelkän muistin varassa. Työpaineidenkin alla tarkistuslistat toimivat muistutuksena kaikista hoidettavista asioista lisäten potilasturvallisuutta. Tarkistuslistan tulee olla selkeä, helppolukuinen ja loogisesti etenevä, eikä se saa hidastaa henkilökunnan työtä. Tarkistuslistan käyttö helpottaa raporttia antavan hoitajan työtä, eikä hänen tarvitse enää luottaa vain omaan muistiinsa. Usein muistilistoja kehitettäessä havaitaan, että monet listan asiat ovat käytännössä jo käytössä mutta käyttö ei ole systemaattista. (Blomgren & Pauriaho 2013, 284–285, 287–288; Helovuo ym. 2011, 208–209.)

Terveydenhuollossa on otettu käyttöön erilaisia tarkistuslistoja. Britannian National Patient Safety Agency (Kansallinen Potilasturvallisuus virasto) julkaisi ”Seven steps to

patient safety” (suomeksi: Seitsemän askelta potilasturvallisuuteen) -oppaan kuvaten terveydenhuollon turvallisuuden parantamisen organisaation näkökulmasta (National Patient Safety Agency 2004, 2). Hollannissa tarkistuslista-ajattelu on viety pidemmälle. Surgical Patient Safety System (SURPASS) on tarkistuslista, joka kulkee potilaan mukana koko kirurgisen hoitopolun ajan ja onkin ensimmäinen koko kirurgisen hoitopolun kattava ja validoitu tarkistuslista. (de Vries, Hollmann, Smorenburg, Gouma & Boermeester 2009, 121.)

World Health Organization SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)		
Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
<b>SIGN IN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> PATIENT HAS CONFIRMED           <ul style="list-style-type: none"> <li>• IDENTITY</li> <li>• SITE</li> <li>• PROCEDURE</li> <li>• CONSENT</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> SITE MARKED/NOT APPLICABLE</li> <li><input type="checkbox"/> ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED</li> <li><input type="checkbox"/> PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING</li> <li>DOES PATIENT HAVE A:           <ul style="list-style-type: none"> <li>KNOWN ALLERGY?               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NO</li> <li><input type="checkbox"/> YES</li> </ul> </li> <li>DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK?               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NO</li> <li><input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE</li> </ul> </li> <li>RISK OF &gt;500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)?               <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> NO</li> <li><input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<b>TIME OUT</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE</li> <li><input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM           <ul style="list-style-type: none"> <li>• PATIENT</li> <li>• SITE</li> <li>• PROCEDURE</li> </ul> </li> <li>ANTICIPATED CRITICAL EVENTS           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS?</li> <li><input type="checkbox"/> ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS?</li> <li><input type="checkbox"/> NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS?</li> </ul> </li> <li>HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES?           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> YES</li> <li><input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE</li> </ul> </li> <li>IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED?           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> YES</li> <li><input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE</li> </ul> </li> </ul>	<b>SIGN OUT</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM:           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED</li> <li><input type="checkbox"/> THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE)</li> <li><input type="checkbox"/> HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME)</li> <li><input type="checkbox"/> WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT</li> </ul>

THIS CHECKLIST IS NOT INTENDED TO BE COMPREHENSIVE. ADDITIONS AND MODIFICATIONS TO FIT LOCAL PRACTICE ARE ENCOURAGED.

**Kuvio 2. Surgical Safety Checklist (WHO 2008)**

WHO on laatinut leikkaussaliin tarkoitetun tarkistuslistan (ks. kuvio 2), jota testattiin kahdeksassa maassa vuoden ajan (Helovu 2008, 106–107). Kyseistä leikkaussalin tarkistuslistaa ja sen käyttöä on tutkittu Suomessa Ikosen ja Pauniahon (2010) toimesta. Tutkimuksessa ennen ja jälkeen leikkaushoitoa hoitoon osallistuneille tehtiin tarkistuslistan teemoista kysely. Tulokset osoittivat tarkistuslistan vaikuttavan myönteisesti huolellisuuteen ja tiedonkulkuun. Koko hoitoon osallistuvien henkilöiden tietoisuus potilaan allergioista, perussairauksista ja lääkkeitä lisääntyi. (Ikosen & Pauniahon 2010, 108–111.)

Liian työlääksi ja hitaaksi koettu tarkistuslista jää helposti rutiininomaisesti käyttämättä. Tarkastuslistojen suunnittelussa tulisi käyttää harkintaa sen suhteen, mitkä



ovat kyseisen työvaiheen kannalta kriittisimmät toimenpiteet ja rajoittaa tarkistuslistan sisältö niihin. Mikäli tarkistuslistan sisältö koetaan merkityksettömäksi turvallisuuden kannalta, on suurempi riski, että se jää käyttämättä todellisissa työtilanteissa. (Helovuori 2008, 106–107.)

Laajan kansainvälisen tutkimuksen mukaan tarkistuslistan käyttö vähensi potilaiden kuolemia ja välittömiä komplikaatioita noin kolmanneksella (Haynes, Weiser, Berry, Lipsitz, Breizat, Dellinger, Herbosa, Joseph, Kibatala, Lapitan, Merry, Moorthey, Reznick, Taylor & Gawande 2009, 419–499). Suomessa THL:n potilasvakuutuskeskus edellyttää tarkistuslistan käyttöä, muut viranomaiset (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen terveydenhuollon menetelmien hallitun käyttöönoton HALO- neuvottelukunta) suosittelevat raportointitilanteissa tarkastuslistojen päivittäistä käyttöä (THL tiedote 21.11.2012).

Eri ammattiryhmien väliseen kommunikaatioon ja tiimityöskentelyyn parantamiseen on myös kehitetty tarkistuslistia (Desai, Caldwell & Herning 2011, 32). Lisäksi lääkäreiden hoitoa koskevaa päätöksentekoa, suunnittelua ja raportointia on pyritty helpottamaan tarkistuslistojen avulla (Cook, Brismée, Pietrobon, Sizer, Hegedus & Riddle. 2010, 29–41). Strukturoitu kommunikaatiotyökalu edistää potilasturvallisuutta ja antaa kehykset organisoidulle informaatiolle (Haig, Sutton & Whittington 2006, 167–175; Carroll 2006, 295–299).

SBAR-menetelmä on 1990-luvulla Yhdysvaltojen puolustusvoimissa kehitelty menetelmä suullisen tiedonkulun yhdenmukaistamiseksi kriittisessä viestinnässä. SBAR lyhenne tulee sanoista ”situation” (tilanne), ”background” (tausta), ”assessment” (nykytilanne) ja ”recommendation” (toimintaehdotus). Menetelmä yleistyi nopeasti ilmailualalle ja sieltä edelleen terveydenhuoltoon, johon menetelmästä muokattiin ISBAR-menetelmä. ISBAR-menetelmään on lisätty vielä identify (tunnista) -osio, sisältäen niin potilaan henkilötiedot, kuin ilmoittajan sijainnin ja nimenkin. (Kupari ym. 2012, 29–30.)

Aktiivinen kuuntelu, mahdollisimman häiriötön ympäristö ja varmistus viestin perillemenosta ovat ISBAR-menetelmän käytön lisäksi avaimia onnistuneeseen raportointiin. Raportin antajan käyttämät selkeät ilmaisut ja ajan antaminen vastaanottajalle kysymysten esittämiseen ja kirjaukseen sekä varmistus, että hänet on ymmärretty oikein tukevat viestin välitystä. ISBAR-menetelmässä käytetään niin sanottua suljetun ympyrän viestintää, missä viestin vastaanottaja toistaa kuulemansa takaisin viestin antajalle. (Kupari ym. 2012, 29–30.)

Menetelmänä tarkistuslista on yksinkertainen, helppokäyttöinen ja halpa. Tarkistuslistan käyttöön tulisi kuitenkin sitouttaa kaikki sen käyttäjät, jotta listan käyttö olisi mahdollisimman tehokasta ja jatkuvaa. Kaikkien uusien työtapojen ja -menetelmien opettelu vaatii henkilökunnalta aikaa, joten se voi aiheuttaa voimakastakin vastustusta. Osa henkilökunnasta voi pitää tarkistuslistaa rasitteena tai ajanhukkana ja suurin haaste onkin vanhasta poisoppiminen tai vanhoihin toimintatapoihin palaaminen. (Kupari ym. 2012, 30.)

### 3.4 Tarkistuslista hoidon jatkuvuudessa

Tarkistuslista on terveydenhuollossa käytetty apuväline, minkä käyttö lisää potilasturvallisuutta ja auttaa henkilökuntaa pääsemään hoidossa parhaaseen lopputulokseen ja ehkäisemään inhimillisten erehdysten syntymistä (Blomgren & Pauniahon 2013, 274–276). Vakavia, raportoituja potilasturvallisuusongelmia ja haittatilanteita on Suomessa varsin vähän (Holmström, Kuisma, Porthan & Taskinen 2013, 63–65). WHO (Maailman terveysjärjestö) on listannut yhdeksän asiaa, joilla potilasturvallisuutta voidaan kehittää. Oikean potilaan tunnistaminen on tärkeää, jotta oikeat toimenpiteet tehdään oikealle henkilölle. Potilaiden siirrossa tulee huolehtia tiedonsiirosta tehtyjen toimenpiteiden, tutkimusten ja hoitojen osalta, potilaan mukana seuraavaan hoitopaikkaan. Näin toimimalla vältetään tarpeettomilta tutkimuksilta ja hoitoilta. (WHO 2007.)

## 4 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämistyön kohdeorganisaatio on Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus (JYTE). Tavoitteena on varmistaa oikea tiedon välittyminen vuodeosaston tietoon ennen potilaan ensiavusta siirtymistä. Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda tarkistuslista kehittämään suullista raportointia potilasturvallisuuden säilymiseksi ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Sen tavoitteena on varmistaa oikean tiedon välittyminen vuodeosaston tietoon ennen potilaan siirtymistä. Kehittämistyön tuotoksena syntyvä tarkistuslista parantaa tapahtuvaa tiedonsiirtoa. Opinnäytetyössä pyrittiin selvittämään, auttaako tarkistuslista tiedonsiirrossa ja toimiiko se käytännön hoitotyössä.

## 5 Kehittämistyön lähtökohdat ja kohdeorganisaation kuvaus

### 5.1 Lähtökohdat ISBAR tarkistuslistan luomiselle

Tärkein syy tarkistuslistan tarpeeseen oli potilasilmoituksissa monien välikäsien kautta kulkeva tieto. Toimistoaikaan ilmoitus potilaasta kulkee seuraavan polun: ilmoittava yksikkö (ensiapu, Keski-Suomen keskussairaala tai muu yhteistyökumppani) soittaa potilaasta jonohoitajalle. Jonohoitaja soittaa potilaan vastaanottavan osastonsihteerille ja sihteerit toimittaa tiedon potilaasta osastolla työskenteleville hoitajille. Tässä ketjussa tiedon muuttuminen tai poisjäänti on enemmän kuin todennäköistä ilman selkeää raportointitapaa. Päivystysaikaan potilaat ilmoitetaan päivystyspuhelimeen, josta hoitaja ohjaa potilaan oikealle osastolle ilmoittaen raportin suoraan kyseisen osaston hoitajalle.

Suurimman ongelman raportoinnissa hoitajat kokivat olevan, että ilmoittava taho ei ilmoita viikonloppuna tulevista potilaista otettavia laboratoriokokeita, sillä kaikissa Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen (JYTE) yksiköissä ei saada viikonloppun aikana otettua kuin pika-CRP ja pika-Tnt. Usein tiedot tarvittavista eristyksistä, uusista lääkkeistä ja potilaan sijoittelun kannalta muista tärkeistä asioista jäivät saamatta. Asioiden huomaaminen jo potilaan tultua osastolle lisää hoitajien työtaakkaa

ja vaarantaa sekä jo osastolla olevien potilaiden turvallisuuden, että aiheuttaa haittaa osastolle tulevalle potilaalle

## 5.2 Kohdeorganisaatio

Ensiavussa työskentelee kolme sairaanhoitajaa tai lähihoitajaa, jotka vastaavat kiireellistä hoitoa tarvitsevien tarkkailupotilaiden hoidosta, vieritestien otosta, tukisidoksien laittamisesta ja potilaiden siirrosta vuodeosastoille. Ensiavussa ei ole erikseen lääkäriä, vaan lääkärit tulevat vastaanotoilta hoitamaan potilaitaan ensiapuun tai tarkkailuun. Tarkkailussa on lepopaikat kolmelle potilaalle ja saman verran myös käytäväpaikkoja. Ensiapu pidetään kiireellistä hoitoa vaativien potilaiden käytössä ja valmiudessa. Ensiapu on auki arkipäivisin kello 8.00–16.00, minkä jälkeen hoito siirtyy Keski-Suomen keskussairaalan perusterveydenhuollon päivystykseen.

Terveyskeskussairaalan osastolla on 32 vuodepaikkaa, ja se on profiloitunut saattohoitoon ja muistisairauksiin. Osastolla hoidetaan pääsääntöisesti alueen akuuttihoitoa tarvitsevia potilaita, jotka eivät tarvitse erikoissairaanhoitoa. Osastolla on hoitajia yhteensä 34 ja ammattiryhmittäin henkilökunta jakautuu seuraavasti: sairaanhoitajia 15, lähi- ja perushoitajia 17 ja osastonhoitaja. Hoitohenkilökunnan lisäksi osastolla työskentelevät osastonsihteeri, laitoshuoltajat, fysioterapeutit ja kaksi lääkäriä. Lääkäri työskentelee osastolla arkisin klo 9.00–17.00, muina aikoina lääkäriä voi konsultoida puhelimitse Keski-Suomen keskussairaalan perusterveydenhuollon päivystyksestä. Viikonloppuisin osastolla käy päivystävä lääkäri aamuvuoron aikaan.

Kehittämistyöhön osallistuvat osaston henkilökunnasta kaikki muut paitsi osaston lääkärit, sillä osallistuttamiset tehdään asiantuntijatiimeissä, joihin kuuluvat kaikki muut ammattiryhmät. Asiantuntijatiimit ovat seuraavat: osallisuus-, kuntoutus- ja potilasturvallisuustiimi. Tiimit eroavat koostumukseltaan hieman toisistaan, sillä kaikki fysioterapeutit kuuluvat luonnollisesti kuntoutustiimiin, muuten jokaiseen tiimiin kuuluu joku jokaisesta ammattiryhmästä. Osastonsihteeri ei kuulu mihinkään tiimiin, joten hänet haastateltiin erikseen.

Potilasturvallisuustiimi vastaa lääkehoidosta ja sen kehittämisestä. Vastuisiin kuuluvat myös laiteturvallisuus, osaston yleinen turvallisuus, infektioiden torjunta ja tietosuoja-asiat sekä tiedonkulku. Kuntoutustiimi puolestaan vastaa apuvälineistä ja niiden kunnosta sekä henkilökunnan opastamisesta apuvälineiden käyttöön. Yhteistyöstä fysioterapeuttien kanssa ohjeistetaan potilaita ja omaisia kuntoutusasioissa. Osallisuustiimi osallistuttaa potilaan omaan hoitoonsa ja tukee omaisia osallistumaan läheistensä hoitoon ja kuntoutukseen. Näiden lisäksi vastuisiin kuuluvat henkilökunnan työhyvinvoinnin kehittäminen ja työssäjaksamisen tukeminen. (Ilomäki 2014.)

## 6 Kehittämistyön toteutus

### 6.1 Ekspansiivinen oppiminen



**Kuvio 3. Kehittämistyön eteneminen**

Ekspansiivinen oppiminen on uuden oppimista ja uusien työkäytänteiden kehittämistä, jossa organisaatiot kehittävät käyttöönsä kokonaan uudenlaisen toimintamallin. Työntekijät ratkaisevat itse toiminnassaan olemassa olevia ongelmia tulkitsemalla työn tarkoitusta, kohdetta ja tuotosta laajemmissa yhteyksissä. Käynnistäjänä kehittämiseen ovat yleensä kehitysristiriidat, jotka näkyvät usein toistuvina työkulun häiri-

öinä tai katkoksina, laatuvirheinä tai työn tehottomuutena. Laajemman kokonaisuuden hallitseminen edellyttää toiminnan laadullista uudistamista, joka puolestaan edellyttää usein välineiden, työjakoratkaisujen ja sääntöjen kehittämistä. Toiminnan laadullinen uudistaminen on monivaiheinen prosessi ja kehittämiseen sisältyy muutoksia ja kriisejä. (Virkkunen, Engeström, Pihlaja & Helle 2001, 15; Engeström 2004, 59-60.)

Toiminnan kehitys ei ole suoraviivaista, eikä kehitys etene tasaisesti vaiheesta toiseen, vaan liike on edestakaista. Kehityssykli on pitkäkestoista ja voi kestää kuukausista vuosiin. Engeström (2004) mukaan ekspansiivisen syklin askeleet ovat yhteisiä oppimistekoja, joita ovat esim. kyseenalaistaminen, analyysi, mallintaminen ja mallin tutkiminen. Yhteiset oppimisteot syntyvät dialogin eli vuoropuhelu avulla. Ekspansiiviselle oppimiselle on ominaista hyvän dialogin avulla erilaisten näkökulmien törmäminen ja väittely. (Virkkunen, Engeström ym. 2001, 15; Engeström 2004, 59-61.) Kehittämistyön eteneminen on kuvattu aikajärjestyksessä kuviossa 3.

## 6.2 Aineistonanalyysi

Kehittämistyön aivoriihet ja haastattelut nauhoitettiin ja nauhoitteet litteroitiin auki. Litteroiduista ajatuksista koottiin SWOT-analyysi (Strengths (vahvuudet), Weaknesses (heikkoudet), Opportunities (mahdollisuudet) Threats (uhat) avulla pääajatuksot nelikenttiin. Kuvioon 4 on koottu ensiavun haastattelujen sekä osaston aivoriihien pääkohdat. Kuviossa 5 on osastolla pidetyn osastotunnin pääajatuksot. Aineistosta esiin nousseiden ajatusten pohjalta koottiin uusi raportointipohja, johon liitetään ensiavun haastatteluista saadut ehdotukset mukaan tarkistuslistan kehittämiseksi. Litteroitua tekstiä tuli aivoriihistä ja haastatteluista yhteensä neljä sivua ja tekstistä poimittiin kehittämistyön kannalta oleelliset asiat sisällön analyysia hyödyntäen ja muu teksti jätettiin huomiotta. Osastolla ja ensiavussa tehdyt haastattelujen litterointien sisällöt käytiin ISBAR-lomakkeen otsikoinnin mukaisesti lävitse. Tekstiä muokattiin asiayhteyksien saamiseksi saman otsikon alle, jotta aineistosta saadaan tiivis kokonaisuus. Kerättyjen vanhojen ja muokattujen ISBAR-lomakkeiden tulokset siirrettiin Excel-taulukkolaskentaohjelmaan, missä niistä muodostettiin graafiset kuvat. Tulokset luokiteltiin ISBAR -lomakkeen otsikoiden mukaan neljään pääosaan ja jokainen kohta lomakkeesta oman osion pääotsikon alle.

### 6.3 Haastattelujen toteutukset

Opinnäytetyön osallistaminen alkoi lyhyillä infotilaisuuksilla ISBAR tarkistuslistasta ja tulevasta opinnäytetyön tarkoituksesta. Henkilökunta osallistui aivoriihien ja haastattelujen, sekä osastotuntien avulla ISBAR -lomakkeen muokkaukseen. Henkilökunnalta saatujen ideoiden ja ajatusten pohjalta muokattiin tarkistuslistaa käyttökelpoisempaan suuntaan.

Haastattelujen pohjana käytettiin kysymyksiä:

1. Mitä hyvää ISBAR -lomakkeessa on?
2. Mitä huonoa uudessa ISBAR -lomakkeessa on?
3. Mitä tietoja kaivataan lisää?
4. Mitä tietoa ei tarvita?
5. Miten saadaan vastaukset paremmin tärkeisiin kohtiin, esimerkiksi tietävätkö omaiset siirrosta kohtaan?

Saatujen vastausten pohjalta ISBAR -lomaketta kehitettiin käytettävämmäksi ja paremmaksi työkaluksi.

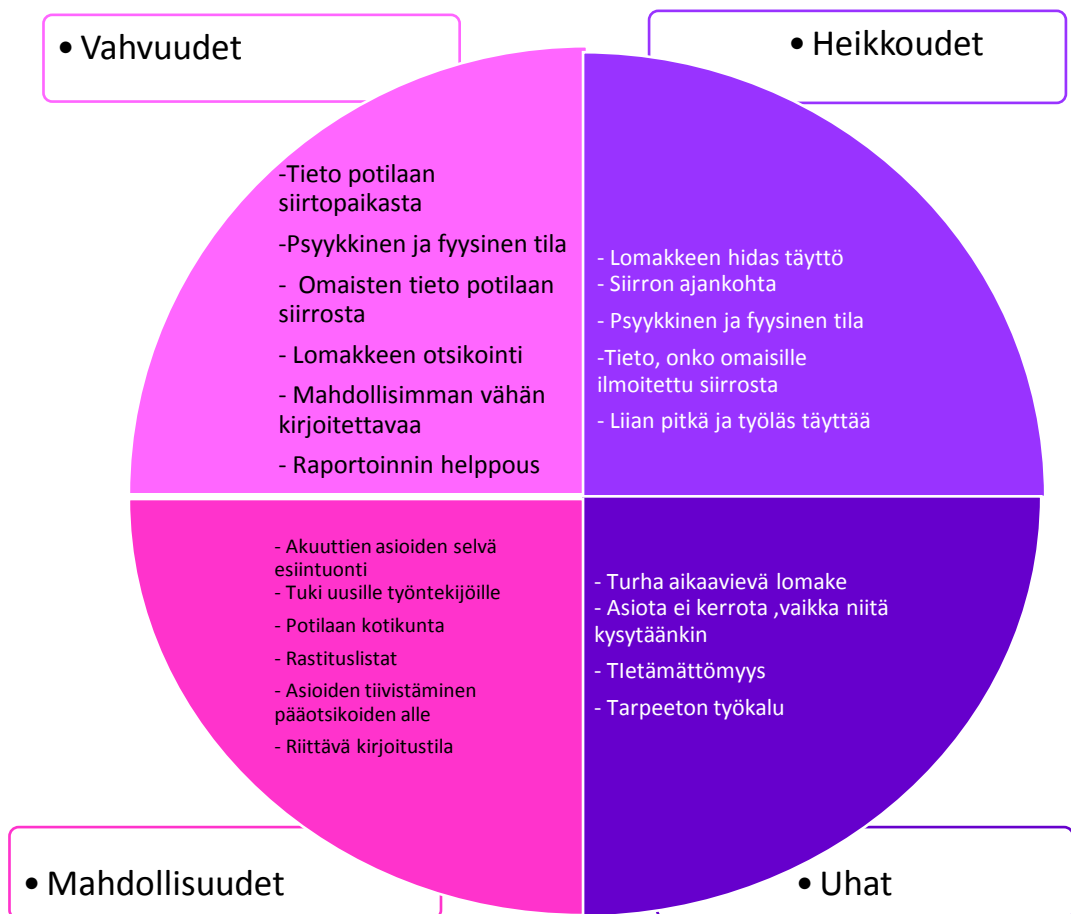
#### 6.3.1 Ensiavun haastattelut

Ensiavun henkilökunta haastateltiin henkilökohtaisesti toukokuussa 2015. Heiltä kysyttiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Onko lomake tarpeellinen?
2. Millainen on hyvä tarkistuslista?
3. Mitä hyvää on osastolla jo käytössä olevassa ISBAR -lomakkeessa?
4. Miten muuttaisit jo olevaa lomaketta?

Haastattelusta esiin nousi tarkistuslistan tarve, sillä potilasta ilmoitettaessa eteenpäin olisi helpompi antaa raporttia sovitun kaavan mukaan. *”Mukavaa, että voi antaa rapsan tietyllä sapluunalla, eikä tarvii mieltiä mitä puhuu”*. Toisena tärkeänä asiana

esiin nousi, tarkistuslistoista tietämättömyys. ”Mikä on ISBAR?”, ”ei olla ikinä kuul-  
tukkaan.” Osa vastaajista oli sitä mieltä, että tarkistuslista on tarpeeton ja ”se jää  
vain pöytälaatikkoon pölyttymään ja siellä niitä on muitakin opinnäytetöitä.”  
”Ehkä olisi uusille hoitajille hyvä työkalu.” ”Kyllä sitä osaa jo kertoa mitä pitääkin,  
eikä ole väliä missä järjestyksessä niistä kertoo.” Tarkistuslistaa haluttiin ensiavussa-  
kin muuttaa nopeammin täytettäväksi ja alusta alkaen rastituslistan käyttö nousi kes-  
kusteluissa esiin. Lomake koettiin liian pitkäksi, hankalaksi täyttää ja värityksensä ko-  
ettiin luotaan työntäväksi.



**Kuvio 4 Tiimipalaverien ja haastattelujen tulokset**

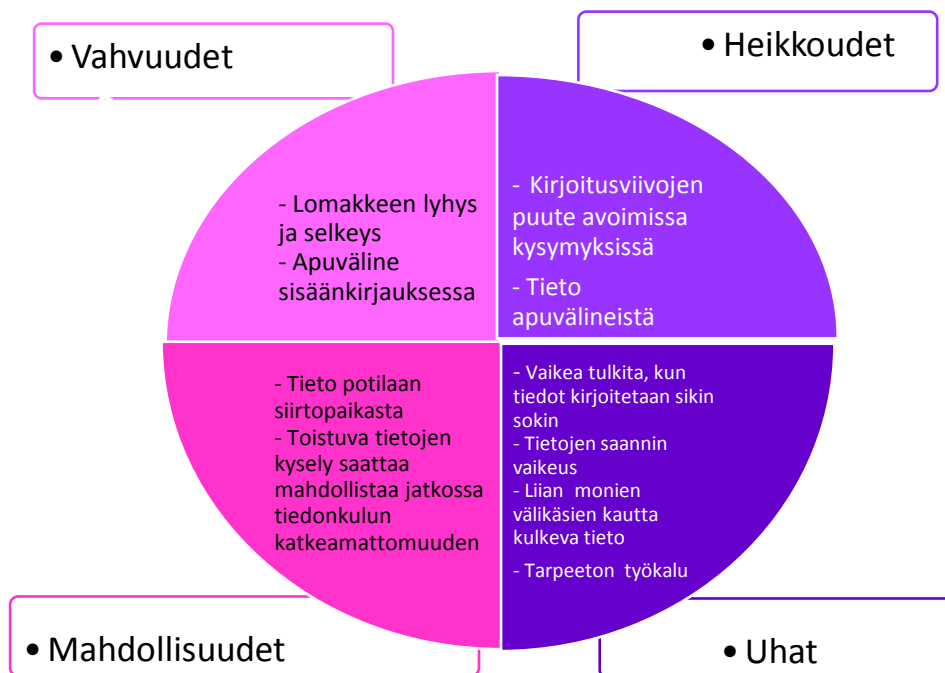
#### 6.4 Osastotunnin tulokset

Osastolla pidetyn osastotunnin aiheena oli uudistetun ISBAR-lomakkeen käytettävyys ja tietojensaanti osastolle. Osastotunnilla keskusteltiin vilkkaasti uuden lomakkeen aihealueista ja kuinka tieto tulisi muuttumattomana osastolle asti. Hyviksi asioiksi koettiin lomakkeen lyhyys ja selkeys. Huonoja asioita hoitajat eivät osanneet sanoa haastattelussa. Lomakkeeseen toivottiin takaisin tietoa potilaan siirtopaikasta, josta



hän siirtyy osastolle, sillä tieto helpottaisi potilaan sisäänkirjausta. Nykyään useat hoitajat käyttävät ISBAR-lomaketta potilaan sisäänkirjauksen apuna. Tulossy ja perussairaudet kohtiin ehdotettiin lisäviivoja, sillä lomaketta on vaikea lukea, jos asiat on kirjattu epäselvästi. Siirtovaiheessa tietoa apuvälineistä osaston työntekijät eivät tunnuneet tarvitsevan: *”Mä en oikeestaan niitä edes kysele, koska mä katon sen sitten, kun potilas tulee mitä se tarvii. Usein ne sanoo sieltä, että tää liikkuu pyörätuolilla. Mut useesti ne ei tiedä ollenkaan, ku se on kokoajan maannu siinä paareilla.”*

Konkreettisia keinoja tiedonsiirtoon osastolle asti ei keksitty, sillä useat välikädet haittaavat tai jopa estävät tiedonkulkua. Keinoksi tiedonsaannin parantamiseksi nousi, lomakkeen tietojen kysyminen potilaan osastolle ilmoittavalta hoitajalta. Näiden tietojen pohjalta tuotettiin lopullinen ISBAR-lomake osastolle ja ensiavun taskuversio (ks. liite 3 ja 4.)



**Kuvio 5 Osastotunnin tulokset**

## 7 Kehittämistyön eteneminen

Kehittämistyön lähtökohtana olivat potilasilmoituksissa monien välikäsien kautta kulkeva tieto sekä tiedonkulkuun ja -hallintaan liittyvä HaiPro ilmoitusten prosentuaalinen suuri määrä JYTE:n alueella, joita oli tehty tammi-huhtikuussa 2014 38 kappaletta. Osaston ja ensiavun henkilökunnalle tiedotettiin henkilökunnan viikkokokouksissa tulevasta kehittämistehtävästä sekä koko työyhteisön osallistumisesta. Toinen opinnäytetyön tekijöistä oli ennen prosessin alkamista muokannut osaston käyttöön ISBAR -lomakkeen, jossa oli käytetty pohjana Sairaanhoidtajaliiton julkaisemaan kii-reettömän hoidon tarkistuslistaa. Lomakkeita kerättiin (ks. liite 1.) kuukauden ajan käyttöasteen kartoittamiseksi ja ensiavussa sitä käytettiin raportoitaessa potilaasta jonohoitajalle.

Keväällä 2015 osaston henkilökunta osallistui tiimipalavereissa pidettäviin aivoriihi keskusteluihin oman asiantuntijatiiminsä aihealueen pohjalta. Tiimipalaverissa käsitellään tiimiä koskevia asioita ja osastotunnilla puhutaan koko osastoa koskevista asioista. Palavereissa aihetta pohjustettiin perustellen ISBAR:n tärkeys potilasturvallisuudessa. Samalla henkilökuntaa tutustutettiin ekspansiiviseen oppimiseen. Lisäksi osallistuville kerrottiin saadut tulokset aikaisemmin kerätyistä lomakkeista (ks. luku 7.4). Alustuksen jälkeen jokainen sai vapaasti osallistua aivoriihityyppiseen keskusteluun, jonka aiheena olivat ISBAR-lomakkeesta saadut käyttökokemukset ja siihen tarvittavat muutokset. Keskustelu pyrittiin kuitenkin pitämään ISBAR-lomakkeen teemojen mukaisena.

Varsinaisia koekäyttöjä ensiavussa oli kaksi ajalla 12.1- 23.1.2015 ja 9.3–20.3.2015. Ensiavun koekäytöistä ja osaston tiimipalavereista saatujen käyttökokemusten mukaan muokattiin uusi ISBAR-lomake (ks. liite 2). Uusi ISBAR -lomake otettiin käyttöön heti sen valmistuttua. Kesällä 2015 uudistettua ISBAR -lomaketta kerättiin kahden viikon ajan, jotta saadaan selville lomakkeen uudistamisesta tullut mahdollinen hyöty. Osastolla 5.8.2015 pidetyssä viikoittaisella osastotunnilla aiheena oli muokattu ISBAR-lomake ja sen käytettävyys. Haastattelussa oli neljä kysymystä ISBAR-lomakkeen

käytettävyydestä ja yksi tietojen siirtymisestä osastolle. Osastotunnista saatujen tulosten perusteella käyttöön muokattiin lopullinen ISBAR-lomake osastolle ja ensiapuun, missä se otettiin käyttöön syksyllä 2015.

### 7.1 Tiimipalaverien tulokset

Osaston osallistamiset tehtiin aikavälillä, 26.2–17.4.2015. Pitkä aikaväli johtuu tiimien kokousajoista, jotka olivat harvakseltaan. Keskeisenä asiana jokaisessa tiimissä esiin nousi vanhan ISBAR-lomakkeen liian hidas täyttö johtuen sen laajuudesta: *”Tässä kaavakkeessa on yksinkertaisesti liikaa asiaa, sitä pitäisi yksinkertaistaa”*. Pidettiin tärkeänä, että lomake viestittää vain akuutit asiat potilaasta ennen potilaspapereiden avausta.

Alkuperäistä lomaketta moitittiin hitaaksi tai työlääksi käyttää. Lisäksi se sai arvostelua tarpeellisuudestaan lähinnä täyttäjien antamien puutteellisten tietojen takia. Tämän syynä saattoi olla kiire. *”Liikkuminen nyt: siihen aika useesti tulee vastaus, et se on maannut tossa pritseillä nyt, ei hän tiedä miten se kävelee eikä mulla oo aikaa selvittää”*. Toisaalta lomakkeen tärkeys nousi esiin: *”Kaavake on hyvä, kun tulee osastolle esim. sijaisena eikä ole ennen ottanut vastaan potilaita, voi kaavakkeesta nähdä suoraan mitä puhelimesta tulee kysyä”*. Täysin turhana tietona lomakkeella pidettiin siirron ajankohtaa potilaan tulosta osastolle, koska potilaan oletettiin siirtyvän saman päivän aikana. *”Mistä potilas on tulossa”* -kohta oli ainoa asia, mikä vastanneiden mielestä vaikutti tuloaikaan. Potilaan tullessa ensiavusta siirto tapahtui 10–20 minuutin sisällä ilmoituksesta vaatien ripeämpiä toimia, kun vastaavasti keskussairaalan osastoilta tai päivystyksestä tuntien sisällä.

Potilaan psyykkisen ja fyysisen tilan ilmoittamisesta etukäteen nousi ristiriitaisia mielipiteitä. Osa tiimeistä oli sitä mieltä, että potilaan sijoittelun kannalta olisi hyvä tietää ennakkoon, mutta osa taas ilmoitti, että sen näkee sitten, kun potilas on osastolla. *”Psyykkinen tila onhan se kiva tietää jos se on sekaisin tai tarvii tilavamman huoneen apuvälineiden takia”* ja *”Psyykkisestä ja fyysisestä tilasta? Ehkä ne käy sitten ilmi, niin tulotilanteessahan sen näkee, jos on psyykepotilas ja perussairauksista”*. Ehdottoman tärkeänä kaikki osallistuneet pitivät tietoa omaisten tiedottamisesta osas-

tolle siirrosta. Usein ilmoitus omaisille siirrosta on jäänyt tekemättä, eikä tieto ilmoittamattomuudesta tule osastolle. Keskustelua käytiin myös potilaan kotikunnan ilmoittamisesta sillä päivystysaikaan jonopuhelimeen vastaavan hoitajan tulee tietää minne potilas ohjataan.

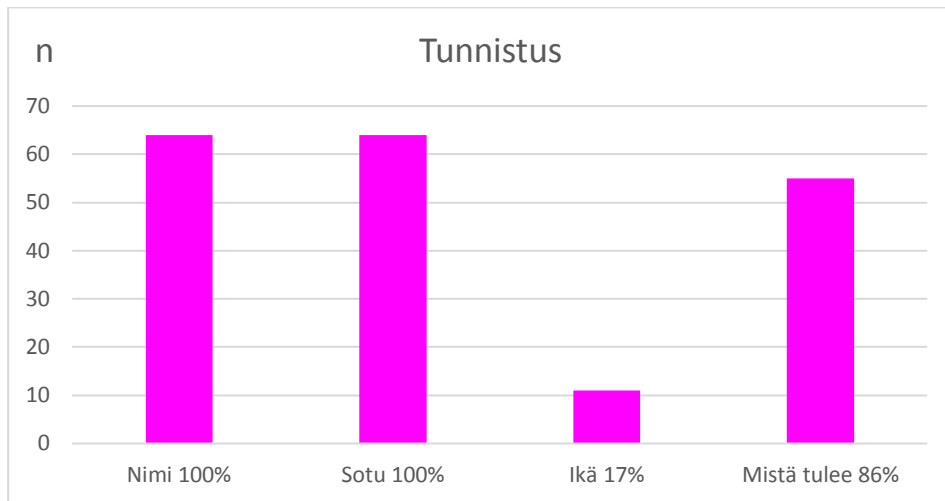
Kysyttäessä, kuinka lomakkeen täyttöä voisi nopeuttaa kiireellisessä puhelinraportoinnissa, nousivat rastituslistat esiin niiden täyttötavan nopeuden vuoksi. Lomakkeen otsikointia pitivät kaikki ryhmät hyvänä, mutta otsikoiden alle tulevia tietoja toivottiin yhdistettäväksi: *”Mistä tulee, yhdistetään tulotilanteeseen. Tulossy ja oireet voitaisiin yhdistää, ääh perussairaudet olis varmaan ihan kiva tietää. Ja nuo riskitiedot, ja hoidon linjaus ja eristykset. Nää voitais varmaan yhdistää...”*. Kaikki osallistujat pitivät tärkeänä sitä, että uudessa lomakkeessa on mahdollisimman vähän kirjoitettavaa. Tärkeänä pidettiin tietojen selkeyttä ja tiivistettyä tietoa.

## 7.2 Lomakkeiden tiedonkeruun tulokset

### 7.2.1 Vanhan ISBAR -lomakkeen kirjaamisen tulokset

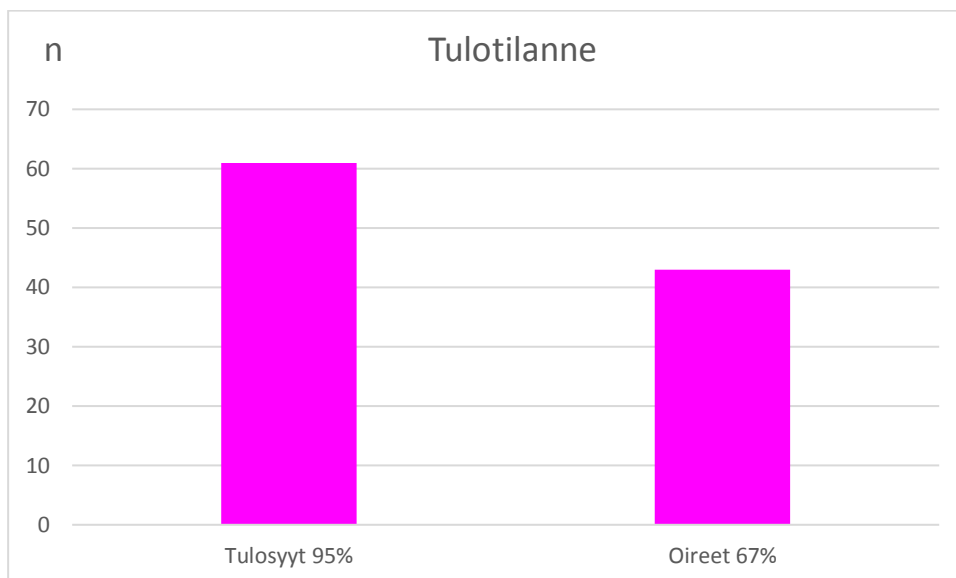
Osastolla aiemmin käytössä olleita sihteerin ja hoitajien täyttämiä lomakkeita kerättiin 17.11–17.12.2014 välisenä aikana ja tutkimukseen kelpuutettiin yhteensä 64 lomaketta. Lomakkeita tutkittiin vain täyttömäärien perusteella eikä tässä yhteydessä sisältöön puututtu.

Tulokset esitetään ISBAR -lomakkeen eri osa-alueiden mukaan. Tunnistusosio oli osiosta parhaiten täytetty. Tunnistus jakaantuu neljään osaan, jotka ovat nimi, sosiaaliturvatunnus, ikä ja mistä tulee (ks. kuvio 6). Kaikkiin 64 lomakkeeseen on täytetty nimi ja sosiaaliturvatunnus. Mistä tulee, on täytetty 55:n lomakkeeseen ja ikä ainoastaan 11:sta.



**Kuvio 6. Vanha ISBAR: Tunnistusosion täyttäjakauma**

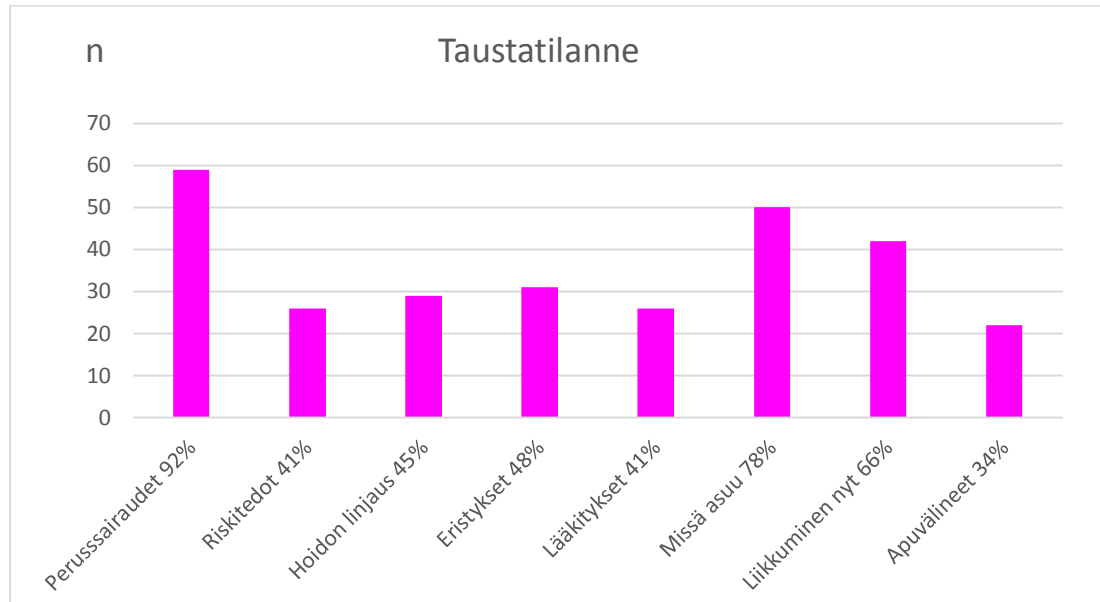
Tulotilanneosio jakaantui kahteen osaan. Nämä osat ovat tulosityt ja oireet (ks. kuvio 7). Tulositystä tietoa on laitettu 61 lomakkeeseen ja oireita oli kirjattu 43 kappaleeseen lomakkeista.



**Kuvio 7. Vanha ISBAR: Tulotilanneosion täyttäjakauma**

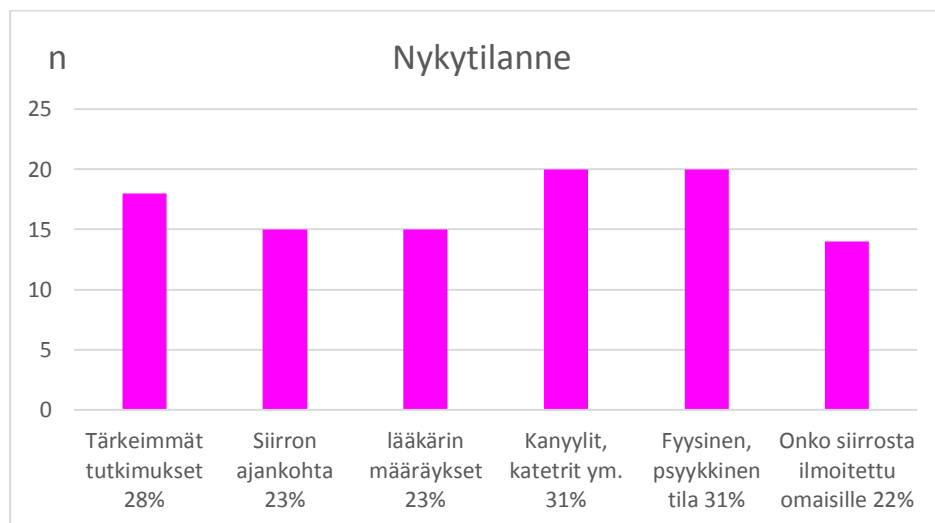
Taustatilanneosiossa oli toiseksi eniten puutteita täytettyjen kohtien määrissä. Taustatilanneosio jakaantuu kahdeksaan osaan (ks. kuvio 8), joita ovat: perussairaudet, riskitiedot, hoidon linjaukset, eristykset, lääkitykset, missä asuu, liikkuminen nyt ja käytössä olevat apuvälineet.

Parhaiten täytetty kohta oli perussairaudet, mikä oli täytetty 59 lomakkeessa. Riskitiedot oli täytetty 26 lomakkeessa, tämän lisäksi hoidon linjaus, missä asuu, sekä käytössä olevat apuvälineet, oli täytetty alle 30 kaavakkeessa. Huonoiten oli ilmoitettu käytössä olevat apuvälineet.



**Kuvio 8. Vanha ISBAR: Taustatilanneosion täyttäjakauma**

Nykytilanneosio oli heikoiten täytetty osio. Nykytilanne jakautuu seuraavasti: tärkeimmät tutkimukset, siirron ajankohta, lääkärin määräykset, kanyyli, katetri, yms., fyysinen ja psyykinen tila, sekä onko siirrosta ilmoitettu omaisille osioihin (ks. kuvio 9). Yksikään näistä osioista ei saanut yli 20 täytettyä lomaketta.

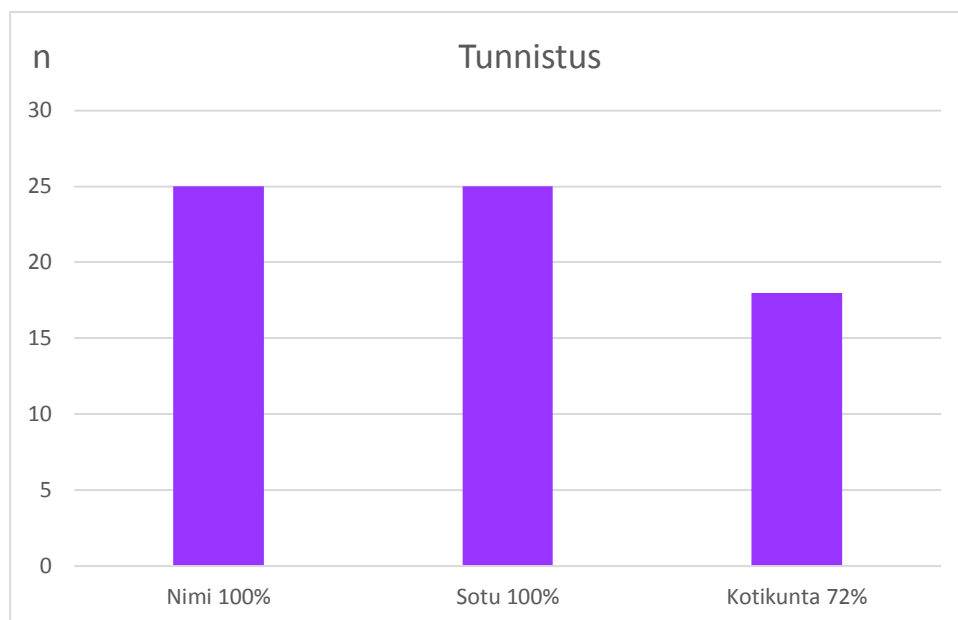


**Kuvio 9. Vanha ISBAR: Nykytilanneosion täyttäjakauma**

### 7.2.2 Muokatun ISBAR –lomakkeen kirjaamisen tulokset

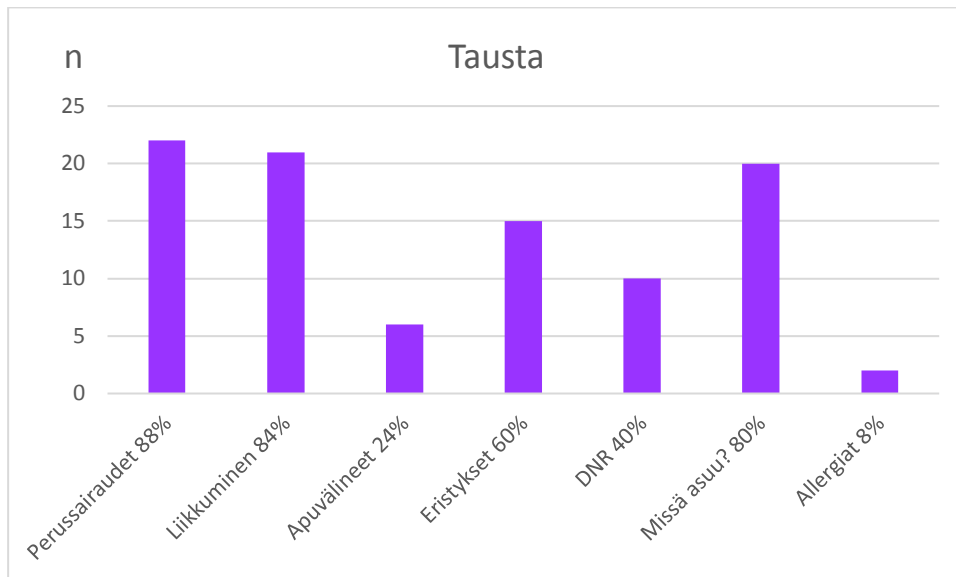
Toinen aineiston keruu suoritettiin samaan aikaan uuden tarkistuslistan koekäytön kanssa ajalla 16–31.7.2015, jonka jälkeen tarkistuslista jäi sellaisenaan käyttöön, kunnes tulokset viimeisistä osallistamisesta oli saatu ja viimeinen versio tarkistuslistasta otettiin käyttöön. Tässä keruussa saatuja lomakkeita oli yhteensä 25 kappaletta.

Muokatussa ISBAR -lomakkeessa tunnistus osio jakautui kolmeen osaan ja se oli jälleen parhaiten täytetty osio. Nimi ja sosiaaliturvatunnus oli täytetty kaikissa lomakkeissa, kun kotikunta oli merkitty vain 72 %:iin (18 kpl) lomakkeeseen (ks. kuvio 10).



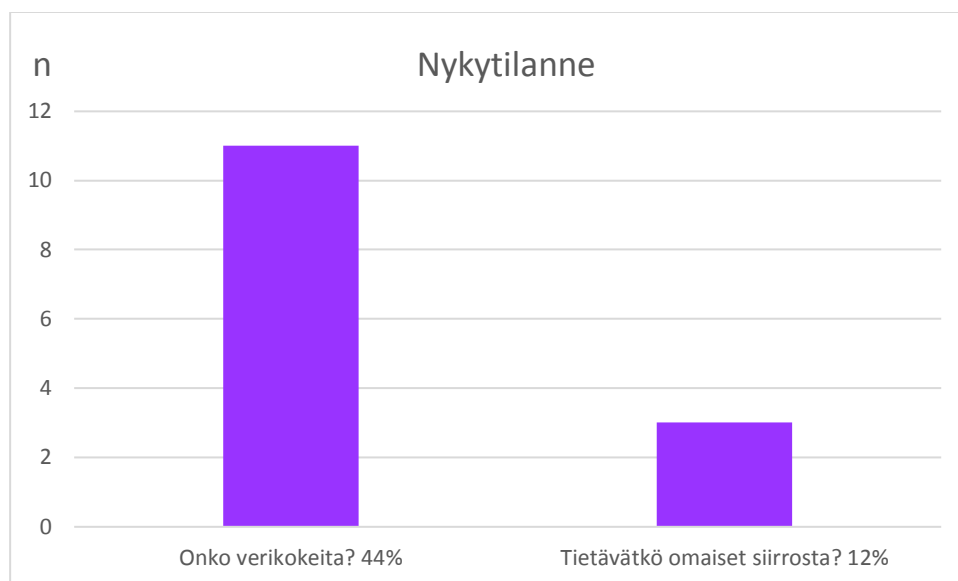
**Kuvio 10. Muokattu: ISBAR Tunnistusosion täyttäjakauma**

Tilanneosio oli supistettu muokatussa ISBAR -lomakkeessa yhteen osioon, mikä oli tuulosyy. Tämä oli täytetty kaikissa lomakkeissa. Eniten hajontaa vastausten määrissä oli taustaosiossa. Tässä eniten vastauksia saatiin kohtiin perussairaudet, liikkuminen ja missä asuu. Kyseessä oleviin kohtiin vastaukset saatiin 20–22 lomakkeessa, kun taas apuvälineet ja allergiat kohdat olivat useimmissa kaavakkeissa jätetty huomiotta (ks. kuvio 11).



**Kuvio 11. Muokattu: ISBAR Taustaosion täyttöjakauma**

Nykytilanne on edelleen kaikista heikoin täytetty osio, sen selvästä lyhentämisestä huolimatta. Vastauksia tuleviin verikokeisiin 11:sta lomakkeista ja omaisten tiedottamisesta ilmoitettiin vain kolmessa lomakkeessa. (ks. kuvio 12).



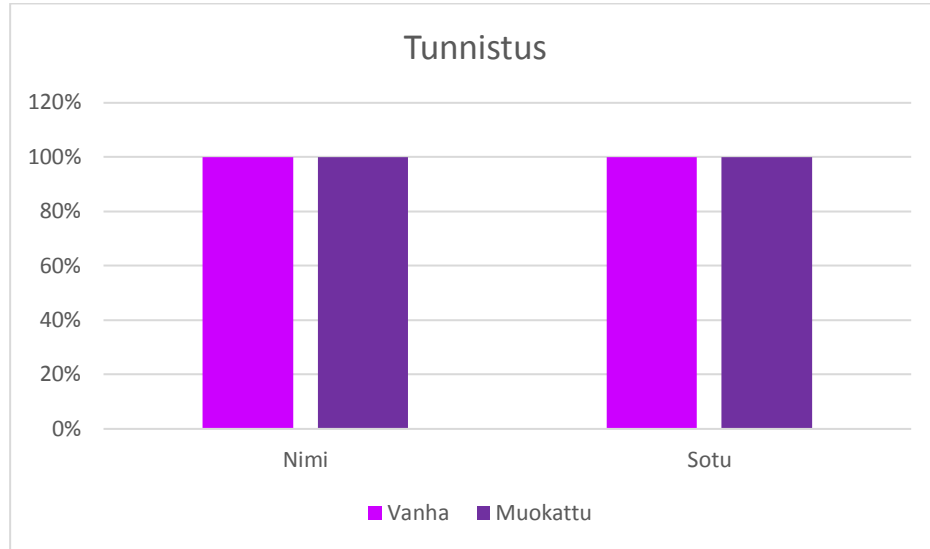
**Kuvio 12. Muokattu: ISBAR Nykytilanneosion täyttöjakauma**

Toimintaehdotus -kohtaan vastauksia ei tullut ollenkaan, sillä siinä vain muistutetaan tarvittavien tietojen kysymisestä, jotta potilaasta saataisiin mahdollisimman kattava raportti.



### 7.2.3 Täytettyjen tietojen vertailu

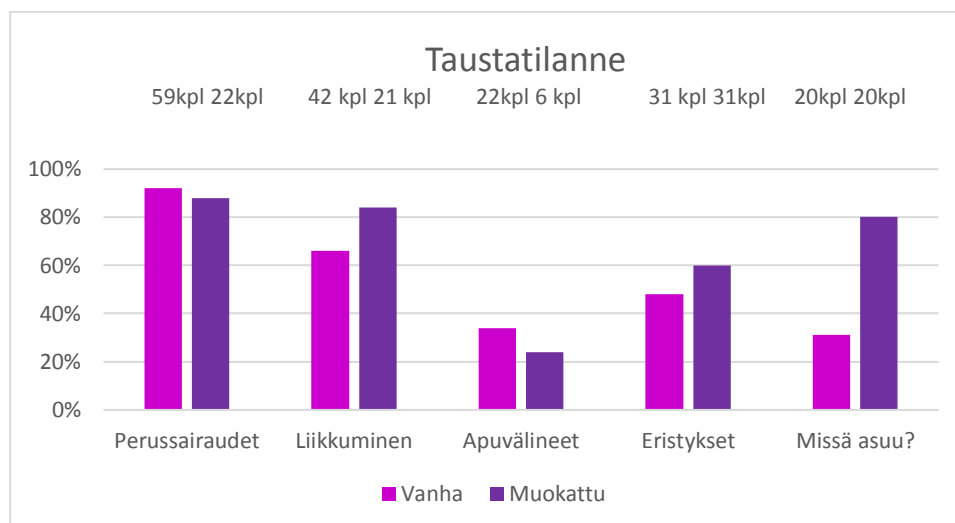
Saatujen tietojen vertailu on tehty, vaikka lomakkeet eivät ole tässä vaiheessa enää yhteneväisiä ja otosten määrät ovat erisuuruisia. Tämä vertailu antaa vain suuntaa antavia tuloksia lomakkeiden muokkauksien tuloksista.



**Kuvio 13. Tulosten vertailu: Tunnistus**

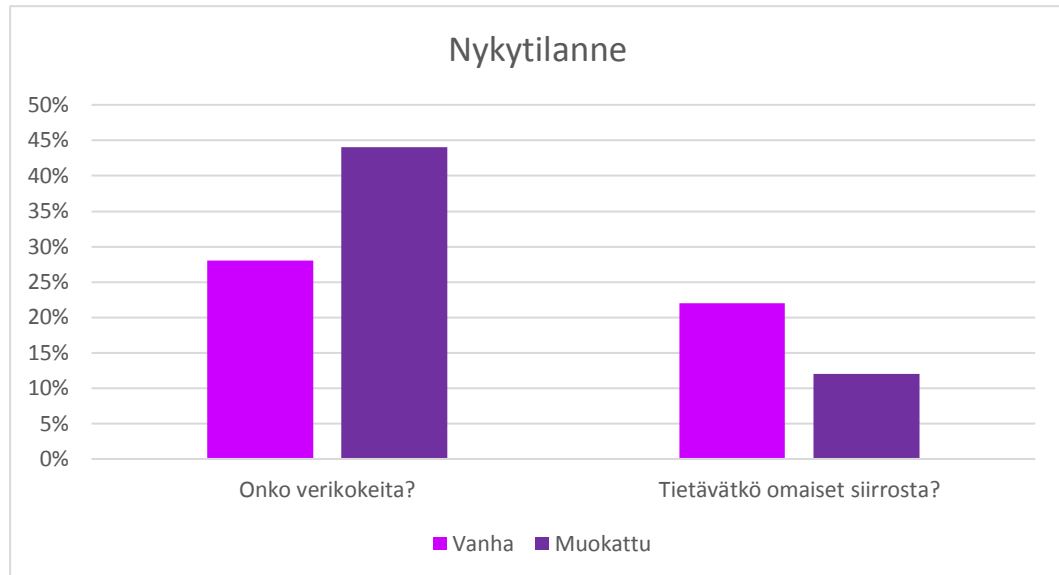
Tunnistus osion vertailtavat kohdat oli täytetty täydellisesti, sillä potilasta ei voi varmuudella tunnistaa ilman nimeä ja henkilöturvattunnusta. Tämä on ainut osio, jossa kaikki vertailtavat osiot oli täytetty kaikissa lomakkeissa.

Tulosityyn vastausprosentti nousi uudella ISBAR -lomakkeella ja sen keruuajana. Prosentuaalisesti tarkasteltuna nousua oli 5 % (ks. kuvio 16). Vanhoista lomakkeista 61 kappaletta (95 %) ja uusista lomakkeita kaikkiin (n=25) oli kirjattuna tulosyyn.



**Kuvio 14 Tulosten vertailu: Taustatilanne**

Taustatilanne kohdassa nähtiin eniten vaihteluja tietojen täytön asteessa. Muuten vastauksien määrän kehityssuunta, perussairauksia lukuun ottamatta oli nouseva, missä muutos oli 92 %:stä oli 89 %:iin. Lisäksi apuvälineet oli kirjattu selvästi harvempaan lomakkeeseen kuin vanhassa ISBAR-lomakkeessa (ks. kuvio 17).



**Kuvio 15. Tulosten vertailu: Nykytilanne**

Nykytilanne osion aiheet olivat kaikista kerätyistä lomakkeista täytetty heikoiten. Vertailtavissa olevien kohtien täyttö lisääntyi verikokeiden osalta noin 10 %, mutta tieto siitä, tietävätkö omaiset siirrosta, oli laskenut yli 10 % (ks. kuvio 18).

## 8 Tulosten tarkastelua

Kehittämistyö tuotti tavoitteiden mukaisesti käyttökelpoisen raportoinnin apuvälineen suulliseen raportointiin, ISBAR – menetelmää käyttämällä. Kehittämistyöstä on toivottavasti hyötyä yksittäiselle potilaalle, sekä hänen omaiselleen. Sen avulla pyritään vähentämään haittatapahtumista aiheutuvaa inhimillistä kärsimystä sekä pitkityneitä hoitajaksoja. Vähentämällä tiedonpuutteesta aiheutuvia hoitovirheitä ja materiaalihävikkiä, kun potilas sijoitetaan alusta alkaen tarkoituksenmukaiseen paikkaan.

Kehittämistyön takana on todellinen ongelma, joka on todistettu HaiPro -ilmoitusten määrällä ennen työn tekemisen aloittamista. HaiProjen mukaan tiedon kulkuun ja -hallintaan liittyvien ilmoitusten määrät JYTE:n alueella ovat laskussa verrattuna vuoden 2014 tuloksiin. Ilmoituksia oli tammi- huhtikuussa 2015 tiedonkulussa ja -hallinnassa 30 kappaletta, kun vastaavana aikana vuonna 2014 ilmoituksia oli 38 kappaletta. (Hokkanen, 2015.) Tämä tukee hyvin tutkimuksista esiin tullutta tietoa tarkistuslistoista. Tutkimukset osoittavat, että tarkistuslistat vähentävät virheellisen tiedon välittämisen riskiä tai puutteellista tiedonantoa. On kuitenkin todettava, että todellista syytä HaiProjen laskulle ei ole saatavilla.

Saatujen tietojen perusteella on selvää, että potilaasta ilmoitetaan aina nimi ja sosiaaliturvatunnus, vaikka kaikkia muita tietoja ei aina ole ilmoitettu. Tulossyyn ilmoittaminen parantui toiseen otokseen. Syynä parantumiseen on mahdollisesti ensiavun tiedon lisääntyminen suullisesta raportoinnista, osastolla työskentelevien hoitajien ja osastonsihteerin motivoituminen sekä tiedonsiirron katkeamattomuus. Verikokeista ilmoittaminen parantui uuteen otokseen, mutta ilmoitus potilaan siirrosta omaisille jäi heikoksi. JYTE:n alueella on sovittu, että lähettävä yksikkö ilmoittaa omaisille potilaan siirrosta.

### 8.1 Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys

Tehdyn kehittämistyön tarkoituksena oli tiedonkulun parantaminen potilaan siirtäessä ensiavusta osastolle. Työ perustuu käytännön työelämän tarpeisiin kehittämään toimintaa ja potilaan hoitotyötä tiedonsiirtoa tehostamaan.

Kehittämistyön raportti on pyritty laatimaan oppilaitoksen ohjeistuksen mukaisesti ja tieteellisen kirjoittamisen periaatteita noudattaen. Tiedonkeruu pyrittiin toteuttamaan luotettavasti, tarkasti ja varmistamaan toistettavuuden vaatimus. Tiedonhaku toteutettiin oman tieteenalan ohjeistuksen mukaisesti oppilaitoksen informaation avulla luotettavista sosiaali- ja terveysalan elektronisista tietokannoista opinnäytetyön avainsanojen ja tutkimuskysymysten mukaisesti.

Tiedonhaussa pyrittiin loogisuuteen käyttämällä eri tietokannoissa säännönmukaisesti samoja hakusanoja, rajauksia ja laajennuksia. Manuaalisessa tiedonhaussa käytettiin samaa logiikkaa. Kehittämistyön lähteinä käytettiin kriittisesti arvoituja tutkimusartikkeleita, alkuperäislähteitä, oman tieteenalan kirjallisuutta ja julkaisuja sekä luotettaviksi arvoiduista internetlähteistä hankittuja julkaisuja. Aikaisempi tieto kehitettävästä aiheesta pyrittiin kartoittamaan monipuolisesti eri luotettavista tietolähteistä. (Hirsjärvi ym. 2013. 187–189; Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen ja Seppänen 2013. 103.)

Kerätyistä ISBAR -lomakkeista poistettiin tunnistetiedot ennen käsittelyä ja otoksista poissuljettiin lomakkeita kaksi kappaletta, koska ne olivat täytetty väärälle lomakkeelle. Haastattelut, aivoriidet ja osastotunnit nauhoitettiin puhelimen nauhoitusohjelmalla, jota ennen kysyttiin suullinen lupa keskustelujen taltiointiin. Nauhoitusten litteroinnin jälkeen nauhoitukset poistettiin puhelimen tiedostosta pysyvästi. Lomakkeiden ja litterointien sisältämä määrällinen ja laadullinen tieto on raportoitu tiedonmukaisesti ja mahdollisimman tarkasti.

Kehittämistyön tekijöiden sidonnaisuus kehittämisen kohteena olleeseen työskentely-ympäristöön, oma osallisuus suullisen raportin antamiseen ja vastaanottamiseen, asiantuntemus potilaiden hoidosta ensiavussa ja osastolla saattoivat vaikuttaa aineiston analysointiin. Tulkintavirheitä ja ennakkokäsityksiä litterointia analysoidessa pyrittiin välttämään. Tässä auttoi kahden tekijän läsnäolo litterointivaiheessa.

Laadullisen tutkimuksen eettisyyden arvioinnin käsitteisiin liittyvät rehellisyys, tunnollisuus, kunnioitus, arvostus ja vastuuntunto. Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaavat lainsäädäntö laki potilaan oikeuksista ja henkilötietolaki sekä tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistus. Laki, asetukset ja ohjeistus liittyvät potilaan yksityisyyden kunnioittamiseen, salassapitovelvollisuuteen, itsemääräämisoikeuteen, tutkijan rehellisyyteen, tunnollisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen. (Hirsjärvi ym. 2013. 23-27; Kankkunen ym. 2013. 211-228; Tuomi ja Sarajärvi 2013. 132-133.)

Kehittämistyön aihe on eettisesti perusteltu, sillä työllä pyritään vaikuttamaan potilaan hoidon laatuun (Elomaa ja Mikkola 2008. 6). Kehittämistyön tutkimussuunnitelma laadittiin eettisiä periaatteita noudattaen ja tutkimuslupa haettiin kohdeorganisaation ja oppilaitoksen tutkimuslupamenettelyn mukaisesti (Kankkunen ym. 2013. 213-214, 222-223; Kuula 2013. 246-249). Tutkimuseettisistä syistä aineiston tutkimuslupaa ja siihen liittyviä dokumentteja tai tutkimusaineiston alkuperäisilmauksia ei ole liitetty kehittämishankkeen raportointiin (Hirsjärvi ym. 2013. 23-27; Kankkunen ym. 2013. 211-228; Kuula 2013. 82-84; Tuomi ja Sarajärvi 2013. 132-133). Tutkimusaineisto, tutkimuslupa ja siihen liittyvät dokumentit säilytetään asianmukaisesti ja ne on tallennettu kohdeorganisaation ja oppilaitoksen ohjeiden mukaisesti (Kuula 2013. 64-65).

Kehittämistoiminnan merkitys syntyy käyttökelpoisuuden kautta ja tästä näkökulmasta ei ole välttämätöntä, että kehittämistyö raportoidaan tieteellisen tutkimuksen kriteereitä tiukasti noudattaen. Pyrkimys luotettavaan tiedontuotantoon palvelee sekä kehittämistä, että tulosten siirrettävyyttä käytäntöön. Työn tiedon luotettavuutta lisäävät kehittämistyössä suunnittelu, dokumentointi ja arviointi. (Toikko & Rantanen 2009. 7, 159.) Kehittämistyö on suunniteltu luotettavuus huomioiden koko prosessin ajan. Työ on dokumentoitu mahdollisimman tarkasti ja riittävän kriittinen arviointi takaa työn luotettavuuden. Tutkitun tiedon kokoaminen kehittämistyössä lisää työn perusteltavuutta (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 20.)

## 8.2 Kehittämisehdotukset ja johtopäätökset

Tehdyn kehittämistyön tulosten perusteella voidaan päätellä, että henkilökunnan sisäistä kommunikaatiota sekä yhteistyötahojen välillä tulisi kohdeorganisaatiossa kehittää. Tuloksista hyvin näkyy, että osastolle potilaasta saapuva ennakkotieto on usein hyvin vajavaista. Toimimattomat informaatiokanavat, tiedon välittymisen ongelma ja monien välikäsien kautta kulkeva yksisuuntainen viestintä voivat olla syynä kommunikaation epäonnistumiseen (Flin ym. 2009. 18). Näiden seikkojen tarkastelu ja kehittäminen kehittämistyön organisaatiossa yhteistyössä muiden potilaiden hoitoon osallistuvien tahojen kanssa auttaisi vähentämään haittatapahtumia. Tulevaisuudessa vastaavanlainen kahden eri yksikön välinen kehittämistyö tulisi toteuttaa yhteistyönä, johon osallistutettaisiin henkilökuntaa molemmista yksiköistä.

Lomakkeista saatujen kokemusten ja kerättyjen tietojen perusteella voidaan todeta, että uusi ISBAR -lomake toimii kiireisessä raportointitilanteessa kohtalaisen hyvin. Kuitenkin on huomioitava työkalun olevan kyseisessä työyhteisössä uusi ja sen käytön opetteluun on ollut suhteellisen vähän aikaa. Tarkistuslistan käytön tultua rutiksi, nopeuttaa se suullisen raportin antoa ja vähentää vajaan tiedon siirtoa. Tulevaisuudessa tarkistuslistaa voidaan lähteä levittämään koko JYTE:n käyttöön ja siitä voidaan muokata jokaisen yksikön käyttöön sopiva versio. HaiPro ilmoitusten seuranta on tärkeä osa käyttöönoton laajentamista, näin voidaan seurata kuinka lomakkeen käyttö on vähentänyt haittailmoituksia.

Kehittämistyön toteuttaminen omissa työyhteisöissä vaati tekijöiltä siirtymistä kehittäjän rooliin. Kokemattomuus hankkeiden vetämisessä tuli esille usein kehittämistyön aikana ja työelämän tukea olisi tarvittu enemmän.

## LÄHTEET

- Aboshaiqah, A. & Baker, O. 2013. Assessment of Nurses' Perceptions of Patients Safety Culture in a Saudi Arabia Hospital. *Journal of Nursing Care Quality* 28 (3): 272-280.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. *Kliininen hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Bagnasco, A., Tibalti, L., Chirone, P., Chiaranda, C., Panzone, M., Tangolo, D, Aleo, G., Lazzarino, L. & Sasso, L. 2011. Patient safety culture: an Italian experience. *Journal of Clinical Nursing* 20 (7/8). 1188-1195.
- Blomgren, K. & Pauniahho, S-L. 2013. Terveysthuollon tarkistuslistat. Teoksessa Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) *Potilasturvallisuuden perusteet*. Tampere: Duodecim, 274-276.
- Bodur, S. & Filiz, E. 2010. Validity and reliability of Turkish version of "Hospital Survey on Patient Safety Culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research* 10 (28). Viitattu 16.10.2015. <https://www.questia.com/library/journal/1P3-3139094201/is-scores-derived-from-the-most-internationally-applied>.
- Brborovic, H., Skelebar, I., Brobovic, O., Brumen, V., Mustajbegovic, J., Bajiv, Z., Komericki, M. & Babic, N. 2014. Development of a Croatian version of the US Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire: dimensionality and psychometric properties. *Postgraduate Medical Journal* 90 (1061): 125-132.
- Brennan, T., Leape, L., Laird, N., Hebert, L., Localio, A., Lawthers, A., Newhouse, J., Weiler, P. & Hiatt, H. 2004. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. *Quality and Safety in Health Care* 13 (2).
- Carroll, T. 2006. SBAR and nurse physician communication: Pilot testing an educational intervention. *Nursing Administration Quarterly* 30(3), 295-299.
- Chaboyrt, W., James, H. & Kendall, M. 2005. Transitional care after the intensive care unit: Current trends and future directions. *Critical care Nursing*. 16-29. Viitattu 24.11.2014. <http://ccn.aacnjournals.org/content/25/3/16.short>.
- Chen, I. & Li, H. 2010. Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research* 10 (152). Viitattu 16.10.2015. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/152/>.
- Coleman, E. & Berenson, R. 2004. Lost in Transition: Challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Annals of Internal medicine*. 141(7), 533-536.

- Coleman, E., Parry, C., Chalmers, S. & Min, S. 2006. The care transitions intervention. Results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine* 166 (17).
- Cook, C., Brismée, J-M., Pietrobon, R., Sizer Jr, P. Hegedus, E. & Riddle D.L. 2010. Development of a quality checklist using Delphi methods for prescriptive clinical prediction rules: The QUADCPR.2010. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*.1 (33), 29–41.
- Desai, T., Caldwell, G. & Herring, R. 2011. Initiative to change ward culture results in better patient care. *Nursing Management*. 4 (18), 32 -35.
- de Vries, EN., Hollmann, MW., Smorenburg, SM., Gouma, DJ. & Moormeester, MA. 2009 Development and validation of the Surgical Patient Safety System (SURPASS) checklist. *Quality and Safety in Health Care*. 2 (18), 121-126.
- Eiras, M., Escoval, A., Monteiro Grilo, I. & Silva-Fortes, C. 2014. The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2 (27): 111-122.
- El-Jardali, F., Dimassi, H., Jamal, D., Jaafar, M. & Hemadeh, N. 2011. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research* 24:1-12.
- Elomaa, L. & Mikkola, H. 2008. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Viitattu 9.12.2015. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161611.pdf>.
- Eloranta, A. 2006. Yksilövastuisten hoitotyön toteutuminen somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla hoitohenkilökunnan arvioimana. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Euroopan Komissio 2012. Komission kertomus neuvostolle potilasturvallisuudesta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemisestä ja valvonnasta annetun neuvoston suosituksen (2009/C 151/01) täytäntöönpanosta annettujen jäsenvaltioiden raporttien pohjalta Bryssel 13.11.2012. Viitattu 16.10.2015. [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_report\\_fi.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_report_fi.pdf).
- Flin, R., Winter, J., Sarac, C. & Raduma, M. 2009. Human Factors in Patient Safety Review of Topic and Tools. Viitattu 8.12.2015. <http://www.abdn.ac.uk/iprc/papers/2009>.
- Gordon, M., Darbyshire, D. & Baker. P. 2012. Non-technical skills training to enhance patient safety: a systematic review. *Medical Education* 2012(46):1042-1054.
- Haig, K., Sutton, S. & Whittington, J. 2006. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Journal of Nursing and Patient Safety* 32(3) 167-175.



HaiPro:n www-sivut.2013. Viitattu 15.11.2014. <http://www.haipro.fi/fin/default.aspx>.

Hakala, M., Vainio, M., Vuorinen, O. 2006. Tietoturvallisuuden käsikirja. Jyväskylä: Dosendo Finland Oy.

Haynes, AB., Weiser, TG., Berry, WR., Lipsitz, SR., Breizat, AH., Dellinger, EP., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, PL., Lapitan, MC., Merry, AF., Moorthy, K., Reznick, RK., Taylor B. & Gawande AA. 2009. Safe Curgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. The New England Journal of Medicine 360(5).

Helovuuo, A. 2008. Inhimilliset tekijät, tiimityö ja turvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta? Helsinki. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.

Helovuuo, A. 2009. Tiimityö ja potilasturvallisuus – mitä voimme oppia ilmailusta? Viitattu 21.5.2015. <http://www.haipro.fi/aineisto/070909AH.pdf>.

Helovuuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuteen liittyvät keskeiset kysymykset havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Fioca Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannus-osa-  
keyhtiö Tammi.

Hohenhaus, S., Powell, S. & Hohenhaus, JT. 2006. Enhancing Patient Safety During Hand-Offs: Standardized communication and teamwork using the 'SBAR' method. Am. J. Nurs.106:72A-72B.

Hokkanen, M. 26.6.2015. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus/avosairaanhoito. HAIPRO-ILMOITUKSET. Tammi-huhtikuu 2015.

Hokkanen, M. 19.10.2014. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus/avosairaanhoito. HAIPRO-ILMOITUKSET. Touko-elokuu 2014.

Holmström, P. Kuisma, M., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. Sanoma Pro Oy. 63-65.

Holopainen, A., Juntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.

Ikonen, T.S. & Pauniahho, S-L. 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. Finnanest. 2 (43), 108–111.

Ilomäki, H. 2014. Palokan sairaalan osasto kahden asiantuntijatiimit. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus.

Institute of Medicine 1999. To err is human: Building a safer health system. Shaping the Future for Health. The National Academies press. Washington DC.

Ito, S., Seto, K., Kigawa, M., Fujita, S., Hasegawa, T. & Hasegawa, T. 2011. Development and applicability of Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) in Japan. BMC Health Services Research 28 (11): 1-7.

Jones, F., Podila, P. & Powers, C. 2013. Creating a Culture of Safety in the Emergency Department: The Value of Teamwork Training. Journal of Nursing Administration. 43 (4): 194-200.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kaila, M., Niemi-Murola, L. & Kauppi, P. 2014. Näyttöön ja osaamiseen kehittämiseen perustuvaa potilasturvallisuutta. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 130 (17): 1739.

Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. ISBAR – menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. Sairaanhoidaja 3/2012, 29–31.

Kuula, A. 2013. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K., & Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos THL. Helsinki: Yliopistopaino.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Edita Prima Oy.

Knuutila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi. Helsinki: Yliopistopaino.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785 muutoksineen.

Lammond, D. 2000. The information content of the nurse change of shift report: A comparative study. Journal of Advanced Nursing. 31 (4).

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY

Leonard, M., Graham, S. & Bonacum, D. 2004. The human factor: The Critical importance of elective teamwork and communication in providing safe care. Quality & safety in health care. no13, 85-90. Viitattu 19.11.2014.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765783/pdf/v013p00i85.pdf>.

Miettinen, V. 2012. Paljon iloa tarkistuslistasta. Sairaanhoidaja. 1, 10-13.

National Patient Safety Agency 2004. Seven Steps to Patient Safety. The Full Reference Guide. 2. Painos.

- Nie, Y., Mao, X., Cui, H., He, S., Li, J. & Zhang, M. 2014. Hospital survey on patient safety culture in China. *Journal of Health Care Quality Assurance* 27 (2): 111-122.
- Nordin, A., Wilde-Larsson, B., Nordström, G. & Theander, K. 2013. Swedish Hospital Survey on Patient Safety Culture- Psychometric properties and health care staff's perception. *Open Journal of Nursing* 2013 (3):41-50.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki:WSOY.
- Olsen, E. 2007. Ansattes oppfatninger av sykehusets sikkerhetskultur. *Tidsskrift Norske Lægeforening* 127:2656-2660.
- Park, SA., Lee, SJ. & Choi, GU. 2011. Survey of Factors Associated with Nurses' Perception of Patient Safety. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention* 8 (12): 2129-2132.
- Patel, S. & Wu, A. 2014. Safety Culture in Indian Hospitals: A Cultural Adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire. *Journal of Patient Safety*. Viitattu 16.10.2015. [http://www.jointcommission.org/accelerating\\_the\\_adoption\\_of\\_a\\_safety\\_culture/](http://www.jointcommission.org/accelerating_the_adoption_of_a_safety_culture/).
- Perkiö, A. 2008. Suullinen ja kirjallinen viestintä hoitotyössä – Potilaan hoidon jatkuvuus päivystyspoliklinikalta sisätautien vuodeosastolle. Pro Gradu-tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Puumalainen, A., Longstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen. *Tutkiva hoitotyö* 1. 2003.
- Roine, R. & Kaila, M. 2014. Hoidon vaikuttavuus on tärkein osa potilasturvallisuutta. *Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim* 130 (17): 1740-1741.
- Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D. & Lachan, N. 2010. What is patient safety culture? A review of a literature. *Journal of Nursing Scholarship* 42 (2): 156-165.
- Saranto, K. 2007. Sähköinen asiointi terveydenhuollossa. Teoksessa *Hoitotyön tietojen systemaattinen kirjaaminen* (Saranto, K, Ensio, A., Tantt, K., Sonninen, A.L.) 232–240. Helsinki: WSOY.
- Saranto, K. & Ikonen, H. *Hoitotiedon välittämien toiminta yksikössä*. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen AL. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. WSOY. 1. painos. 2007.
- Silen-Lipponen, M. 2005. *Teamwork in Operating Room Nursing*. Kuopio: Kuopion yliopisto. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteet. Viitattu 9.12.2015. <http://wanda.uef.fi/ukuvaitokset/vaitokset/2005/isbn951-27-0362-9.pdf>.
- Sorra, J. & Nieva, V. 2004. *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. AHRQ Publication No. 04-0041.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. (STM) 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2009b:11–12. Verkkodokumentti. Viitattu 11.11.2014. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf).
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Riskien arviointi. Työsuojeluoppaita ja – ohjeita 14. Viitattu 22.5.2015. <http://pre20090115.stm.fi/hm1069310947478/passthru.pdf>.
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (Thl). 2014. Mitä on potilasturvallisuus? Viitattu 10.3.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>.
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (Thl). 21.11.2012. Viitattu 14.4.2015. <https://www.thl.fi/documents/584227/1449683/Potilasvakuutuskeskus.pdf/27e5f31d-4af9-4ac1-8721-a142011e3134>.
- Tietoyhteiskuntaneuvosto 2005. Tulevaisuuden verkostuva Suomi. Tietoyhteiskuntaneuvoston raportti. Helmikuu 2005. Valtioneuvoston kanslia. Viitattu 12.1.2015. [http://tietoyhteiskuntaohjelma.fi/tietoyhteiskuntaneuvosto/fi\\_FI/kokousmateriaali/index.html](http://tietoyhteiskuntaohjelma.fi/tietoyhteiskuntaneuvosto/fi_FI/kokousmateriaali/index.html).
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vlayen, A., Schrooten, W., Wami, W., Aerts, M., Barrado, L., Claes, N. & Hellings, J. 2013. Variability of Patient Safety Culture in Belgian Acute Hospitals. *Journal of Patient Safety*. Viitattu 16.10.2015. <http://www.safetyinhealth.com/content/pdf/2056-5917-1-2.pdf>.
- Virkkunen, J., Engeström, Y., Pihlaja, J. & Helle, M. 2001. Muutoslaboratorio. Uusi tapa oppia ja kehittää työtä. Viitattu 19.11.2015. <http://www.mediaconceptsrg.net/wp-content/uploads/2011/06/virkkunen-et-al-1997-Muutoslaboratorio-kehitt%C3%A4misen-menetelm%C3%A4n%C3%A4.pdf>.
- WHO. 2012. Action on Patient Safety –High 5s. Viitattu 24.11.2014. <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/>.
- WHO. 2008. Surgical Safety Checklist. Viitattu 20.2.2013. [http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools\\_resources/SSSL\\_Checklist\\_finalJun08.pdf](http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf).
- WHO. 2007. Communication during patient hand-overs. Viitattu 15.10.2015. <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf?ua=1>.

## LIITTEET

### Liite 1. Vanha ISBAR -lomake

#### **Tunnistus**

- Potilaan nimi: \_\_\_\_\_
- Sosiaaliturvatunnus: \_\_\_\_\_
- Ikä: \_\_\_\_\_
- Mistä tulee: \_\_\_\_\_

#### **Tulotilanne**

- Tulosyy: \_\_\_\_\_
- Oireet: (akuutti vaiva, muut oireet) \_\_\_\_\_

#### **Taustatilanne**

- Perussairaudet: \_\_\_\_\_
- Riskitiedot: (allergiat, tartuntataudit jne...) \_\_\_\_\_
- Hoidon linjaus: (ER) \_\_\_\_\_
- Eristykset: \_\_\_\_\_
- Lääkitykset: (Marevan, Antibiootit jne...) \_\_\_\_\_
- Missä asuu: (kotona yksin, Palvelutalo jne...) \_\_\_\_\_
- Liikkuminen nyt: \_\_\_\_\_
- Käytössä olevat apuvälineet: \_\_\_\_\_

#### **Nykytilanne**

- Tärkeimmät tutkimustulokset: (mm crp, onko PLV saatu) \_\_\_\_\_
- Siirron ajankohta: \_\_\_\_\_
- Lääkärin määräykset, jatkohoidon ohjeet tulevat labrat: (huom. meillä ei saa viikonloppuna kuin PIKA CRP ja PIKA HB) \_\_\_\_\_
- Kanyyli onko, katetrit? yms. \_\_\_\_\_
- Fyysinen ja psyykinen tila: \_\_\_\_\_
- Onko siirrosta ilmoitettu omaisille? \_\_\_\_\_

## Liite 2. Alkuperäinen ISBAR -lomake

## Tunnistus (Identify)

Potilaan nimi:

Sosiaaliturvatunnus:

Kotikunta:

---

## Tilanne (Situation)

Tulosy:

---

## Tausta (Background)

Perussairaudet:

---

Liikkuminen:

Apuvälineet:

Vuodepotilas Avustettava Omatoiminen Pyörätuoli Rollaattori Muu 

Eristykset:

DNR:

Kyllä Ei Kyllä Ei 

Missä asuu:

Koti Palvelutalo Vanhainkoti 

## Nykytilanne (Assessment)

**Onko verikokeita tulossa: (Huomio Palokassa ja Muuramessa ei näitä saada viikonloppuisin)**

Kyllä Ei 

**Tietävätkö omaiset siirrosta:**

Kyllä Ei 

## Toimintaehdotus (Recommendation)

Varmista että sait tarvittavat tiedot!

## Liite 3. Ensiavun taskuversio lopullisesta ISBAR-lomakkeesta

<b>TUNNISTUS (Identify)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Potilaan nimi</li><li>• Henkilötunnus</li><li>• Kotikunta</li><li>• Mistä siirtyy</li></ul>
<b>TILANNE (Situation)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tulosyy</li></ul>
<b>TAUSTA (Background)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Perussairaudet</li><li>• Liikkuminen</li><li>• Eristykset</li><li>• DNR</li><li>• Lääkeaineallergiat</li><li>• Missä asuu</li></ul>
<b>NYKYTILANNE (Assessment)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Onko verikokeita tulossa</li><li>• (Huom! Palokassa ja Muuramessa ei näitä saada viikonloppuna)</li><li>• Tietävätkö omaiset osastolle siirrosta?</li></ul>
<b>TOIMINTAEHDOTUS (Recommendation)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Varmista, että vastaanottaja ehti saamaan tiedot ja ymmärsi ne!</li></ul>

## Liite 4. Osaston lopullinen ISBAR-lomake

## Tunnistus (Identify)

Potilaan nimi:

Henkilötunnus:

Kotikunta:

Mistä siirtyy

## Tilanne (Situation)

Tulosy:

## Tausta (Background)

Perussairaudet:

Liikkuminen:

Vuodepotilas Avustettava Omatoiminen 

Eristykset:

Kyllä Ei 

DNR:

Kyllä Ei 

Missä asuu:

Koti Palvelutalo Vanhainkoti 

## Nykytilanne (Assessment)

Onko verikokeita tulossa: (Huomio Palokassa ja Muuramessa ei näitä saada viikonloppuisin)

Kyllä Ei 

Tietävätkö omaiset siirrosta:

Kyllä Ei 

## Toimintaehdotus (Recommendation)

Varmista että sait tarvittavat tiedot!