

Piia Kokko, Suvi Makara

ENSIHOIDON JA PÄIVYSTYKSEN HOI- TOHENKILÖKUNNAN VÄLISEN SUUL- LISEN RAPORTOINNIN MERKITYS PO- TILASTURVALLISUUTEEN

Opinnäytetyö
Akuuttihoitotyö YAMK

2018



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijät	Tutkinto	Aika
Piia Kokko Suvi Makara	Sairaanhoitaja (YAMK)	Joulukuu 2018
Opinnäytetyön nimi		
Ensihoidon ja päivystyksen hoitohenkilökunnan välisen suullisen raportoinnin merkitys potilasturvallisuuteen		46 sivua 3 liitesivua
Toimeksiantaja		
Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä, ensihoito ja monitoimijapäivystys		
Ohjaaja		
Niina Eklöf		
Tiivistelmä		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ensihoidon ja monitoimijapäivystyksen hoitajien välisen suullisen raportoinnin nykytilaa ja tunnistaa siihen liittyvät kehittämistarpeet. Opinnäytetyössä selvitettiin, miten hoitajien välinen suullinen potilasraportointi toteutuu ISBAR-tarkistuslistan mukaisesti sekä miten hoitohenkilökunnan mielestä suullinen potilasraportointi toimii ja mitä kehittämissideoita hoitajilla on suullisen potilasraportoinnin parantamiseksi.</p>		
<p>Opinnäytetyö toteutettiin havainnointitutkimuksella sekä laadullisella kyselytutkimuksella keväällä 2018. Havainnointi tutkimuksella kuvattiin hoitohenkilökunnan välisiä raportointitilanteita ennakoilmoituksen antamisen ja vastaanottamisen sekä potilaan luovuttamisen yhteydessä. Havainnoinnin pohjana käytettiin ISBAR-tarkistuslistaa. Lisäksi havainnoitiin sanattomien eleiden ja ilmeiden vaikutusta suulliseen potilasraportointiin. Havainnointitilanteita oli yhteensä 61. Sähköisellä kyselytutkimuksella selvitettiin suullisen potilasraportoinnin toteutumista hoitajien mielestä sekä hoitajien kehittämisehdotuksia suulliseen potilasraportointiin. Vastauksia saatiin yhteensä 59.</p>		
<p>Havainnointitutkimuksen mukaan ISBAR-mallin mukainen suullinen potilasraportointi toteutuu puutteellisesti. Suullinen potilasraportointi eteni pääosin ISBAR-mallin mukaisesti, mutta viestintä ei ollut kaksisuuntaista ja kaikkia ISBAR:n osa-alueita ei raportoitu. Ennakoilmoituksissa raportointi oli systemaattisempaa ja kaikki ISBAR:n osa-alueet toteutuivat paremmin kuin muissa raportointitilanteissa. Myös viestintä ennakoilmoituksissa oli useammin kaksisuuntaista. Kyselytutkimuksen vastaukset täydensivät hyvin havainnointitutkimuksesta saatuja tuloksia ja vastauksista saatiin selittäviä tekijöitä ISBAR-mallin puutteelliselle toteutumiselle.</p>		
<p>Johtopäätöksenä voidaan todeta, että ensihoidon ja monitoimijapäivystyksen välistä suullista potilasraportointia sekä siihen liittyviä toimintatapoja tulee kehittää. Suullisella potilasraportoinnilla ISBAR-mallin mukaisesti voidaan parantaa potilasturvallisuutta.</p>		
Asiasanat		
Suullinen potilasraportointi, ISBAR, potilasturvallisuus		

Authors	Degree	Time
Piia Kokko, Suvi Makara	Master of Health Care	December 2018
Thesis title Significance of patient safety and verbal communication in reporting between emergency medical services and the nursing staff of emergency care		46 pages 3 pages of appendices
Commissioned by Social and Health Care Services in South Savo, emergency medical services and emergency department		
Supervisor Niina Eklöf		
Abstract <p>The aim of this thesis is to describe the present state of verbal communication between the emergency medical services and the emergency department and identify any areas in need of development. In the examination it was examined how the verbal communication which regards to patient reports between nurses is implemented in accordance with the ISBAR checklist. The nursing staff's opinions examined on how the reporting is performed as well as any ideas for improvement.</p> <p>In this thesis was conducting to examined by means of observational research and a qualitative questionnaire survey in the spring of 2018. The observation goal was to describe with the communication among the nursing staff in relation with the giving and receiving a prior notice concerning patient admission. An ISBAR checklist was used as a basis of the observation. Furthermore, the effect of the wordless gestures and expressions on the communication of reporting was observed. Altogether the observation situations were 61. An electronic questionnaire survey was used to examine nurse's opinions and the development proposals related to the verbal patient reporting. Altogether obtained were 59 answers.</p> <p>According to the observational examination, the verbal patient reporting according to the ISBAR model is incomplete. Communication of patient reporting mainly ISBAR model but was neither reciprocal addressed the aspects of ISBAR reporting. As for the prior notices reporting was more systematic and all the aspects of ISBAR were better met than in other reporting situations. Also, communication in the prior notice situations was more often reciprocal. The answers of the questionnaire survey supplemented the results that were obtained from the observational examination and the answers provided factors for the defects in following of the ISBAR model.</p> <p>As a conclusion the verbal patient reporting should be developed between emergency medical services and the emergency department. Verbal communication can be used to improve patient safety in accordance with the ISBAR model.</p>		
Keywords Verbal patient reporting, ISBAR, patient safety		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	SUULLINEN POTILASRAPORTOINTI OSANA POTILASTURVALLISUUTTA.....	7
2.1	Käsitteet.....	7
2.1.1	Potilasturvallisuus.....	7
2.1.2	Suullinen potilasraportointi.....	8
2.1.3	ISBAR.....	8
2.2	Kirjallisuuskatsaus.....	9
2.2.1	Tiedonhaun prosessi.....	9
2.2.2	Viestinnän merkitys potilasturvallisuudelle.....	9
2.2.3	Toimintamalli suullisessa potilasraportoinnissa.....	11
3	TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	12
4	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT.....	13
4.1	Aineiston keruu.....	13
4.2	Aineiston analyysi.....	15
4.2.1	Tilastolliset menetelmät.....	15
4.2.2	Sisällönanalyysi.....	16
5	TULOKSET.....	16
5.1	ISBARin mukaisen suullisen potilasraportoinnin nykytila.....	16
5.1.1	Identify, tunnistaminen.....	17
5.1.2	Situation, tilanne.....	19
5.1.3	Background, tausta.....	20
5.1.4	Assessment, nykytilanne.....	22
5.1.5	Recommendation, toimintaehdotus.....	25
5.2	Suullisen raportoinnin yhteydessä ilmenevien sanattomien eleiden vaikutus potilasraportointiin.....	26
5.3	Suullisen potilasraportoinnin toteutuminen hoitohenkilökunnan mielestä.....	26
5.3.1	Laadulliseen kyselytutkimukseen vastanneiden taustatiedot.....	26
5.3.2	Suullisen raportoinnin toimivuus.....	27

5.3.3	Suullisen raportoinnin toimimattomuus	29
5.4	Hoitajien kehittämis ehdotukset suulliseen potilasraportointiin	32
6	POHDINTA	35
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu	35
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	38
6.3	Tutkimuksen eettisyys	40
6.4	Tutkimustulosten hyödynnettävyys	41
6.5	Jatkotutkimusaiheet	43
	LÄHTEET	44

LIITTEET

Liite 1. Sairaanhoidtajaliiton ISBAR-tarkistuslista

Liite 2. Havainnointikaavake

Liite 3. Kyselylomake

1 JOHDANTO

Potilas- ja asiakasturvallisuus strategia vuosille 2017 – 2021 on asettanut tavoitteeksi turvalliset palveluprosessit. Palveluprosessit suojaisivat vaaratapah- tumilta ja henkilöstön osaaminen, turvallisuuden seuranta ja kehittäminen olisi varmistettava. Tarkoituksena on, että potilaat, asiakkaat ja heidän läheisensä osallistuisivat aktiivisesti potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiseen. Poti- lasturvallisuus ja laatu nähdään myös tavoitteissa osana riskienhallintaa. Stra- tegiassa on määritelty potilasturvallisuus kahteen eri osioon: ammatillinen osaaminen ja potilasturvallisuusosaaminen. Kliiniset taidot ovat välttämättö- mät turvalliselle hoidolle, mutta niiden lisäksi on hoidon turvallisuuden varmis- tamiseksi oltava potilasturvallisuusosaamista, jonka tehtävä on hoidon turvalli- suuden varmentaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 11 – 12.)

Potilaan turvallinen hoito vaatii oikeanlaista ymmärrystä riskeistä, organisaa- tion toiminnasta ja henkilökunnan ammattitaidosta. Tarkoituksenmukaista ei ole keskittyä yksittäisen toimijan tarkasteluun, vaan katsoa potilasturvallisuutta koko systeemin näkökulmasta. (Helovuo ym. 2012, 6.) Potilasturvallisuuden takaamiseksi on arvioitava palvelujärjestelmiä, selkeytettävä prosesseja ja poistettava havaittuja riskitekijöitä. Näiden lisäksi on myös huomioitava yksit- täisen työntekijän osaaminen ja toimintakyky. Tämä tulee tehdä niin, että kes- kitytään potilaalle aiheutuvien haittojen vähentämiseen eikä yksittäisiin työnte- kijöihin ja heidän virheisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 20.)

Kommunikaation on todettu vaikuttavan yli puoleen terveydenhuollon haittata- pahtumista (Kupari ym. 2012, 29 – 31). Yhteisesti sovitulla viestinnän ja tie- dottamisen käytännöllä, pyritään vähentämään näitä haittatapahtumia (Helo- vuo ym. 2012, 189 – 190). Erityisesti hoitovastuuta siirrettäessä yksiköstä toi- seen on onnistuneella viestinnällä vaikutusta ennaltaehkäisevästi vaaratapah- tumien syntyyn (Tamminen ym. 2015, 340 - 342). Potilasturvallisuuden sekä laadun ja hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että hoitotyön raportti on rakenteellisesti ja sisällöllisesti systemaattista. Viestinnän työkaluista kansain- välisesti tutkituin on ISBAR, joka tulee sanoista Identify, Situation, Back- ground, Assesment, Recommendation. Kansainvälisesti käytetään myös lyhen- nettä SBAR (Tamminen ym. 2015, 340 – 342.) ISBAR-mallia käytettäessä

tieto välitetään systemaattisesti, saman kaavan mukaisesti ja tällä menetelmällä mahdollistetaan yhtenäinen ja johdonmukainen viestintä terveydenhuollon ammattilaisten välillä (Helovuola ym. 2012, 207 – 208; Sairaanhoidtajaliitto 2014). Tutkimusten mukaan ISBAR-mallin on todettu parantavan potilastietojen luovutusprosessia, sen laatua ja turvallisuutta. ISBAR-mallin käyttäminen mahdollistaa johdonmukaisen ja selkeän raportoinnin, mikä osaltaan parantaa potilasturvallisuutta. (Bamasubbu ym. 2017, 18; Thompson 2011, 340 – 344.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Etelä-Savon sosiaali- ja terveysalan kuntayhtymän (ESSOTE) ensihoidon ja monitoimijapäivystyksen hoitajien välisen suullisen raportoinnin nykytilaa, sekä tunnistaa siihen liittyvät kehittämistarpeet.

2 SUULLINEN POTILASRAPORTOINTI OSANA POTILASTURVALLISUUTTA

2.1 Käsitteet

Opinnäytetyömme keskeisimmät käsitteet ovat potilasturvallisuus, suullinen potilasraportointi ja ISBAR.

2.1.1 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus käsittää terveydenhuollossa toimivien organisaatioiden ja yksilöiden periaatteet ja toiminnot, joilla varmistetaan hoidon turvallisuus ja suojataan potilasta vahingoittumiselta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus tarkoittaa, että hän saa hoitoa, hoivaa ja palveluja, jotka edistävät hänen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointiaan, eikä hoidosta aiheudu hänelle haittaa. (Helovuola ym. 2012, 181 – 182; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.) Potilasturvallisuus kattaa ehkäisevät, korjaavat, hoitavat sekä kuntouttavat terveys- ja sosiaalipalvelut. Potilasturvallisuuteen kuuluvat osaava henkilöstö, asianmukaiset tilat ja välineet sekä tiedonkulun ja dokumentoinnin turvallisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.) Potilasturvallisuus edellyttää myös sujuvaa moniammatillista yhteistyötä, resurssien tehokasta käyttöä, selkeää työnjakoa ja tiedonkulun varmistamista tehokkailla kommunikaatio taidoilla, eikä se perustu ainoastaan kliiniseen osaamiseen. Potilasturvallisuusosaaminen edellyttää kykyä turvallisuuden hallintaan koko hoitoprosessin

ajan. (Helovuoto 2012, 181 – 182.) Suullisessa potilasraportoinnissa hyvä tiedonkulku on merkittävä tekijä hoidon onnistumiselle ja potilasturvallisuudelle (Tamminen ym. 2015).

2.1.2 Suullinen potilasraportointi

Suullinen raportointi on terveydenhuollon hoitohenkilökunnan välillä tärkein viestintämenetelmä (Ponzer & Castrén 2013, 136). Viestinnän katsotaan olevan osa ei-tekniisiä taitoja, jotka täydentävät ammattitekniistä osaamista ja myötävaikuttavat työn turvalliseen suorittamiseen. Suullinen potilasraportointi on herkkä erilaisille ympäristön häiriötekijöille tai virheellisille tulkinnoille, minkä vuoksi viestinnän tulee olla kaksisuuntaista. Kaksisuuntaisella viestinnällä tarkoitetaan viestintäkäytäntöä, jossa raportin antaja saa kiittauksen raportin vastaanottajalta, että raportoitu tieto on ymmärretty ja mennyt perille. Potilasraportoinnissa suullisen viestinnän tulee olla yksiselitteistä, selkeää sekä rakenteellisesti ja sisällöllisesti systemaattista. (Helovuoto ym. 2012, 186 – 187, 190 – 191; Tamminen ym. 2015.) Erilaisten viestintämallien ja tarkistuslistojen tavoitteena on vähentää virheiden syntymistä, lisätä turvallisuutta, yhdenmukaistaa toimintaa sekä parantaa toiminnan laatua. Niiden avulla parannetaan tiimityötä ja kommunikaatiota sekä edistetään turvallista toimintakulttuuria. (Helovuoto ym. 2012, 208.)

2.1.3 ISBAR

Suullisen potilasraportoinnin työkaluja on useita, mutta näistä kansainvälisesti tutkituin on ISBAR (Tamminen ym. 2015, 340 – 342). Menetelmä on kehitetty Yhdysvalloissa 1990-luvulla puolustusvoimien käyttöön, mistä se levisi ilmaisiin ja sieltä terveydenhuoltoon (Helovuoto ym. 2012, 207; Sairaanhoidajaliitto 2014).

ISBAR mahdollistaa yhtenäisen ja johdonmukaisen viestinnän kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Menetelmä kehittää taitoa kriittiseen ajatteluun ja tekemään toimintaehdotuksia. ISBAR-mallia käytettäessä tieto välitetään aina systemaattisesti saman kaavan mukaisesti. Tällä yhdenmukaisella systemaattisella tiedonvälityksellä on turvallisuutta lisäävä vaikutus. (Helovuoto ym. 2012, 207 – 208; Sairaanhoidajaliitto 2014.)

2.2 Kirjallisuuskatsaus

2.2.1 Tiedonhaun prosessi

Tiedonhaulla etsittiin tutkimuksia, jotka käsittelivät potilasturvallisuutta, ensihoidon ja päivystyksen välistä suullista potilasraportointia potilaan luovutustilanteissa sekä ISBAR-mallin käytön vaikutuksia potilasturvallisuuteen raportointitilanteissa.

Tavoitteena tiedonhaussa oli etsiä vertaisarvioituja, tieteellisiä tutkimuksia. Tutkimuksien ikä rajattiin kymmeneen vuoteen (2008 – 2018). Hakua tehtiin Finna-organisaatioon kuuluvasta Kaakkuri-portaalista ja tietokannoista PubMed, Cinahl sekä Medic. Hakusanoina käytettiin: ”ISBAR”, ”SBAR”, ”handover”, ”patient safety”, ”emergency department”, ”patient handover”, ”paramedic”, ”simulation”. Suomalaisina hakusanoina olivat: ”suullinen potilasraportti”, ”suullinen viestintä”, ”potilasturvallisuus”, ”ISBAR”, ”ensihoito”, ”viestintä”, ”simulaatio”.

Opinnäytetyön tiedonhaun prosessi käynnistyi heti opintojen alkaessa ja opinnäytetyöhön soveltuvia tutkimuksia sekä artikkeleita löydettiin myös eri kurssi-tehtäviin liittyvien tiedonhakujen yhteydessä. Tästä johtuen tiedonhaku ei ollut täysin systemaattista.

2.2.2 Viestinnän merkitys potilasturvallisuudelle

Tutkimusten mukaan terveydenhuollossa suullisen ja kirjallisen kommunikation merkitys on tärkeässä roolissa potilasturvallisuuden kannalta. Kommunikaation ongelmat myötävaikuttavat noin 70 prosenttiin terveydenhuollon haittatapahtumista (Kupari ym. 2012, 29 - 31.) Prosessin rajapinnoissa, kuten potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen, yleisiä haittatapahtumien syitä ovat tiedonkulun katkeaminen tai väärin ymmärtäminen. Työyhteisössä tulisi olla yhteisesti sovitut käytännöt, joita toteutetaan hoitoketjussa toimiville tahoille tiedotettaessa. Selkeä dokumentointi on asianmukaisen tiedonkulun pohjana, mutta potilasturvallisuuden sekä laadun ja hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että hoitotyön raportointi on rakenteeltaan ja sisällöltään systemaattista. (Helovuo ym. 2012.) Erityisesti hoitovastuuta siirrettäessä, työyksiköstä

toiseen, on onnistuneella viestinnällä vaikutusta vaaratapahtumien syntyminen ehkäisyssä (Tamminen ym. 2015, 340 – 342).

Terveydenhuollon työntekijöiden kohtaavat jatkuvasti työssään tilanteita, joissa tarvitaan asianmukaista ja oikea-aikaista viestintää ja tällä tehokkaalla viestinnällä on merkittävä vaikutus kliinisessä päätöksenteossa (Toghian Chaharsoughi ym. 2014, 146). Potilasturvallisuuden takaamiseksi henkilöstön työtavat ovat avainasemassa haittatapahtumien ehkäisyssä. Tärkeää on ymmärtää, kuinka terveydenhuollon henkilöstö käsittelee hoitoprosesseissa klinisiä tietoja. Organisaation työtavat, olisi määriteltävä täsmällisesti ja arvioitava muodostaako käytössä olevat työtavat mahdollisuuden virheisiin. Organisaatiolta tarvitaan ohjausta onnistuneen viestinnän takaamiseksi hoidon eri vaiheissa ja on luotava strategia turvallisemman tiedonhallinnan varmistamiseksi. (Jylhä ym. 2016, 173.)

Potilasturvallisuuskulttuurin parantamiseksi tehdyn laajan kirjallisuuskatsauksen perusteella (Weaver ym. 2016), syntyi strategia potilasturvallisuuden parantamiseksi. Potilasturvallisuuden kehittämiseksi strategioiden luominen on kannattavaa. Erityisesti viestinnän ja viestintämenetelmien kehittäminen sekä aktiivinen johtajien osallistuminen potilasturvallisuuden parantamiseen edistävät potilasturvallisuuskulttuurin kehittymistä.

Potilasturvallisuuden kannalta ratkaiseva merkitys on tiedon organisoinnilla, jakelulla, tiedon tallentamisella ja sillä kuinka tietoa käytetään. Suurin osa näihin tiedonhallintaan liittyvistä ongelmista on estettävissä, mutta se vaatii työnkulun uudelleen suunnittelua. (Jylhä ym. 2016, 164.)

Potilaan luovuttamisprosessiin ja sen laatuun vaikuttavat henkilöstön odotukset, aiemmat kokemukset, sen hetkinen työmäärä ja henkilöstön väliset työsuhteet. Myös ammatillisella suhtautumisella ja kunnioituksella henkilöstön välillä, on vaikutusta raportointiin potilaan luovutusprosessin yhteydessä. (Bost ym. 2012; Dawson ym. 2013.) Ensihoidon ja päivystyksen välisessä potilasraportoinnissa on ilmennyt ongelmia henkilöstön välisessä tiedonsiirrossa ja kommunikoinnissa. Raportointitilanteisiin vaikuttavia heikentäviä tekijöitä ovat ympäristön kaoottisuus ja meluisuus sekä ajan ja resurssien puute. Henkilöstön väliseen huonoon viestintään vaikuttavat kuunteleminen, epäluottamus

sekä väärinkäsitykset henkilöstön välillä. (Wood ym. 2015.) Korjaaviksi toimenpiteiksi ehdotetaan yhteisiä koulutuksia sekä strukturoitujen viestintämallien käyttöä. Sujuva ja tehokas kommunikointi hoitohenkilökunnan välillä onkin erittäin tärkeä osa potilasturvallisuutta. (Wang ym. 2015, 881.)

2.2.3 Toimintamalli suullisessa potilasraportoinnissa

Potilaan hoitovastuun siirtyminen on monimutkainen prosessi. Se vaatii usein ennakkovalmisteluja ja monesti potilaan siirtymisen yhteydessä tehdään myös hoitotoimenpiteitä. Tällä on vaikutusta viestinnän laatuun potilaan hoitovastuun siirtyessä yksiköstä toiseen. Terveystieteiden tutkimuksissa onkin todettu, että viestinnän ongelmat ovat merkittävä tekijä potilassiirtoihin liittyvissä vaaratapahtumissa. (Tamminen ym. 2015, 339.)

Vakioidulla ISBAR-mallilla on tutkimuksien mukaan todettu olevan erityyppisiä etuja suullisessa potilasraportoinnissa. Mallin yksinkertaisuus ja johdonmukaisuus helpottaa erottelemaan turvalliseen potilashoitoon tarvittavat tiedot ja välittämään ne oikein. ISBAR-mallilla on hierarkkisia esteitä vähentävä vaikutus henkilöstön välillä, ja lisäksi malli mahdollistaa vakioidun raportointiprosessin. (Stewart ym. 2017, 303.) ISBAR-mallin avulla raportointitilanne potilaan luovutuksen yhteydessä paranee. Sen avulla raportointiin saadaan varmuutta, raportit ovat johdonmukaisempia ja potilaan hoito sekä potilasturvallisuus ja laatu luovutusprosessissa paranevat. ISBAR-mallin käyttö ei vaikuta raportoinnin kestoon aikaa lisäävästi, mutta ei myöskään sitä vähentäväksi. Mallin käytön ensisijaisena tavoitteena ei kuitenkaan ole raportointiajan lyhentäminen, mutta tarpeettomien tietojen poisjäänti raportoinnissa vaikuttaa tehokkuuteen. Tehokas ja tiivis raportti mahdollistaa henkilöstölle enemmän aikaa potilaan hoitoon liittyviin toimintoihin. (Bamasubbu ym. 2017, 18; Stewart ym. 2017, 303; Thompson ym. 2011, 340 – 344.)

ISBAR-mallin käyttäminen suullisessa potilasraportoinnissa vähentää väärin käsityksiin sekä tietojen puutteeseen liittyviä haittatapahtumia 31 %:sta 11 %:iin. Tutkimuksissa on havaittu eroja terveydenhuollon eri ammattilaisten viestintätavoissa. Nämä eroavaisuudet viestinnässä voivat johtaa potilasturvallisuuden vaarantumiseen tiedonsiirron yhteydessä. Viestintää voidaan tehostaa ja edistää eri ammattilaisten välillä käyttäen ISBAR-menetelmää,

koska sen on tutkittu vähentävän eri ammattilaisten välistä hierarkiaa raportointitilanteissa. (Stewart ym. 2017, 297 – 304; Yu ym. 2017, 46.)

Viestintämallin sisällyttäminen osaksi kliinistä hoitotyötä, edellyttää ISBAR-tekniikan asianmukaisen käytön opetuksen sisällyttämistä hoitotyön opetukseen (Steward ym. 2017, 304). ISBAR-tekniikan koulutuksessa on simulaatiomenetelmä osoittautunut tehokkaimmaksi menetelmäksi sekä parantavan merkittävästi ISBAR-tekniikan tuntemusta ja asennetta sitä kohtaan. (Toghian Chaharsoughi ym. 2014, 146; Wang ym. 2015). Simulaatio määritellään riittävänä jäljitelmänä todellisuudesta tietyn päämäärän saavuttamiseksi. Päämäärä voi olla asian parempi ymmärtäminen, harjoittelu sen hallitsemiseksi tai taitojen testaaminen. Terveystieteiden tutkimuksissa simulaatioharjoittelu on nykyaikainen harjoittelumenetelmä ja potilasturvallisuuden lisäämiseksi sen käyttöä tulee lisätä. (Rall 2013, 9 – 10.) Wang ym. (2015) tekemän tutkimuksen mukaan jopa 93,8 % ISBAR-koulutuksen käyneistä käyttivät jatkossa ISBAR- suullisessa potilasraportoinnissa. Terveystieteiden ammattilaiset tarvitsevat tehokasta, oikea-aikaista sekä asianmukaista viestintää kliinisessä päätöksenteossa (Yu ym. 2017, 46).

3 TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ensihoidon ja monitoimijapäivystyksen hoitajien välisen suullisen raportoinnin nykytilaa sekä tunnistaa siihen liittyvät kehittämistarpeet potilasturvallisuuden parantamiseksi.

Tavoitteena on laatia suullisen raportoinnin kehittämissuunnitelma. Kehittämissuunnitelman avulla parannetaan hoitohenkilökunnan välistä suullista raportointia ja potilasturvallisuutta.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Millainen on ISBAR:n mukaisen suullisen potilasraportoinnin nykytila?
- 2) Miten suullisen raportoinnin yhteydessä ilmenevät sanattomat eleet näkyvät raportointitilanteessa?
- 3) Miten suullinen raportointi toteutuu hoitohenkilökunnan mielestä?

- 4) Millaisia kehittämisehdotuksia hoitajilla on suulliseen potilasraportointiin?

4 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT

4.1 Aineiston keruu

Havainnointi

Havainnoilla oli tarkoitus kuvata, kuinka suullinen potilasraportointi toteutuu ISBAR-mallia käyttäen ja miten suullisen raportoinnin yhteydessä ilmenevät sanattomat eleet näkyvät raportointitilanteissa (tutkimuskysymys 1, tutkimuskysymys 2). Havainnointi on perusmetodi tieteellisessä tutkimuksessa, jota käytetään havaintojen keräämiseen. Sillä saadaan tietoa siitä, toimivatko ihmiset niin kuin sanovat toimivan ja se sopii aineiston keruu menetelmäksi niin laadulliseen, kuin määrälliseenkin tutkimukseen. (Vilka 2007, 37 – 39.) Tässä opinnäytetyössä havainnointimenetelmänä oli tarkkaileva, systemaattinen havainnointi. Tarkkailevassa havainnoinnissa tutkija asettuu tutkimuskohteen ulkopuoliseksi tarkkailijaksi, eikä tutkija osallistu toimintaan tutkimuskohteessa. Tarkkailevalla havainnoinnilla voidaan tuottaa aineistoa erityisesti määrälliseen tutkimukseen soveltuvia mitattavissa olevia tutkimusaineistoja. Havainnointi on tällöin jäsenneltyä ja järjestelmällistä. (Vilka 2007, 43.)

Tutkimusaineisto kerättiin havainnoimalla hoitohenkilökunnan raportointitilanteita monitoimijapäivystyksessä ennakoilmoituksen antamisen ja vastaanottamisen sekä potilaan luovuttamisen yhteydessä. Havainnointitutkimus aloitettiin tammikuun lopulla 2018 ja saatiin valmiiksi maaliskuun 2018 loppuun mennessä. Hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan ensihoidossa työskenteleviä ensihoitajia (n = 130) ja monitoimijapäivystyksen hoitajia (n = 80). Havainnoinnin pohjana käytettiin ISBAR-tarkistuslistaa, johon täytettiin aina suullisen potilasraportoinnin yhteydessä havainto ”toteutuu – toteutuu puutteellisesti – ei toteudu” tai ”toteutuu – ei toteudu” (liite 2). Lisäksi oli avoin kohta sanattomien eleiden ja raportointi tilanteen muille huomioille, joilla voi olla merkitystä suullisen potilasraportoinnin toteutumiseen. Tässä tutkimuksessa käytössä oli Sairaanhoidajaliiton julkaisema ISBAR-tarkistuslista (liite 1), johon oli tehty muutama paikallisesti sovittu täydennys.

Tutkimuksessa hoitohenkilöstöä oli etukäteen informoitu havainnointitutkimuksen alkamisesta, mutta havainnoinnin sisällöstä ei heille kerrottu, jotta tutkimustulokset olisivat mahdollisimman totuudenmukaisia. Molemmat tutkijat havainnoivat samanaikaisesti samaa tapahtumaa asettuen ulkopuoliseksi tarkkailijaksi ja käyttäen strukturoitua ISBAR-malliin perustuvaa havainnointikaavaketta. Havaintojen tallentamisessa pyritään systemaattisuuteen sekä tarkkuuteen ja tätä varten on kehitelty erilaisia tarkistuslistoja ja arviointiskaaloja (Hirsjärvi 2012, 216). Tässä opinnäytetyössä havainnoinnit arviointiin käyttäen arviointiskaalaa: toteutuu, toteutuu puutteellisesti, ei toteudu. Kahdessa kohdassa arviointiskaala oli: toteutuu, ei toteudu (liite 2).

Tutkimuksen alussa testattiin käytettävä havainnointikaavake kahdellakymmenellä yhdellä (21) havainnoinnilla. Testauksen jälkeen havainnointikaavaketta muutettiin, lisäämällä yksi havainnointitilanne (ennakkopotilaan luovutusraportti) lisää, jonka puuttuminen havaittiin testaus vaiheessa. Testaus mahdollisti, että kirjausmerkinnät tulisivat tehtyä yhdenmukaisesti molemmilla tutkijoilla. Testauksen jälkeen havainnoitiin (N = 61) suullisen potilasraportoinnin tilannetta. Näistä 32 kpl (62,3 %) oli potilaan luovutusraportteja, 10 kpl (16,4 %) ennakkopotilaan luovutusraportteja ja 13 kpl (21,3 %) ennakoilmoituksia.

Kyselytutkimus

Havainnoinnin jälkeen päivystyksen ja ensihoidon koko hoitohenkilöstölle (N = 210) lähetettiin Webropol-pohjainen laadullinen kysely. Kyselytutkimuksella oli tarkoitus kuvata, miten suullinen raportointi toteutuu hoitohenkilökunnan mielestä ja millaisia kehittämissuhteita hoitajilla on suulliseen potilasraportointiin (tutkimuskysymys 3, tutkimuskysymys 4). Kyselyyn annettiin vastausaikaa kaksi viikkoa ja kyselytutkimukseen vastasi (n = 59) hoitajaa.

Kyselytutkimuksen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto ja sen avulla voidaan kerätä ja tarkastella tietoa erilaisista yhteiskunnan ilmiöistä, ihmisten toiminnasta, mielipiteistä, arvoista ja asenteista. Menetelmänä se on tehokas ja aikaa säästävä. (Hirsjärvi ym. 2009, 195; Vehkalahti 2014, 11.)

Taustatietoina selvitettiin, kumpaan työpisteeseen vastaaja kuuluu (kuva 1) ensihoitoon vai monitoimijapäivystykseen sekä kysyttiin työkokemusta kyseisessä työpisteessä vuosina (kuva 2). Itse kysymyksiä tutkimuksessa oli kolme (3) ja ne olivat avoimia kysymyksiä: nimeä kolme (3) asiaa, mitkä toimivat suullisessa potilasraportoinnissa ensihoidon ja monitoimijapäivystyksen välillä, nimeä kolme (3) asiaa, mitkä eivät toimi suullisessa potilasraportoinnissa ensihoidon ja monitoimijapäivystyksen välillä sekä millaisia kehittämissuunnitelmia sinulla on suullisen potilasraportoinnin parantamiseksi. Avoimilla kysymyksillä saadaan tutkimuksen kannalta tärkeää tietoa, joka muuten saattaisi jäädä kokonaan havaitsematta. Kysymysten on hyvä olla avoimia kysymyksiä silloin, jos vaihtoehtoja ei haluta tai voida valmiiksi luetella. (Vehkalahti. 2014, 25.)

4.2 Aineiston analyysi

4.2.1 Tilastolliset menetelmät

Havainnointitutkimuksen aineisto analysoitiin käyttäen kuvailevia tilastollisia analyysejä. Aineiston käsittely tehtiin SPSS-tilasto-ohjelmalla. Analysointi aloitettiin tuloksien syöttämällä havainnointikaavakkeelta SPSS-ohjelmiston havainnointimatriisiin. Havainnointi-matriisi on taulukko, jossa pystysarakkeet kuvaavat muuttujia ja vaakarivit tilastoyksiköitä. Yhdellä rivillä on yksi tilastoyksikkö eli tapaus ja jokainen muuttuja on omassa sarakkeessaan. (Heikkilä 2014, 120 – 121.) Jokaista havainnoinnin kohdetta varten määritettiin oma muuttuja. Muuttujien määrittely aloitettiin muuttujien nimeämisellä, minkä jälkeen määritettiin muuttujien ominaisuudet ja näiden arvot. Havainnointikaavakkeet numeroitiin juoksevin numeroin ja tämä numero määritettiin ensimmäiseksi muuttujaksi. Tällä helpotettiin virheellisesti syötetyn tai puuttuvan arvon löytämistä, koska lomakkeiden jäljitys numeron perusteella helpottui.

Aineiston keräämisen ja tallentamisen jälkeen alkaa varsinainen aineiston käsittely. Aineiston käsittelyn lähtökohta on, että syötetyt tiedot käsitellään niin, että tutkimusongelmaan ja tutkimuskysymyksiin saadaan vastaus. (Heikkilä 2014, 138.) Käsittelyyn käytettiin SPSS-ohjelmiston kuvailevia toimintoja. Tulokset raportoidaan prosentteina ja nämä prosentit kuvaavat, kuinka havainnoitavat asiat toteutuivat yksiköittäin.

4.2.2 Sisällönanalyysi

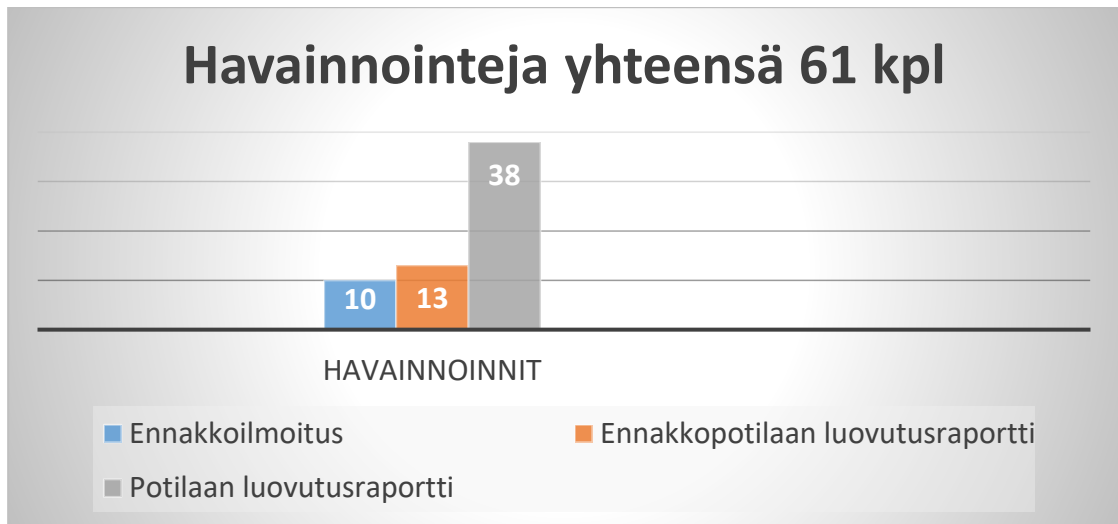
Laadullisen kyselyn aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa sisällönanalyysi on paljon käytetty tutkimusaineiston analyysimenetelmä. Se on menettelytapa, jolla voidaan analysoida tutkimusaineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti. Analyysi voidaan tehdä aineistosta induktiivisesti tai deduktiivisesti (Kyngäs ym. 1999.) Tässä tutkimuksessa on sisällönanalyysi tehty aineistolähtöisenä analyysiprosessina, induktiivisesti.

Aineiston analyysin ensimmäisenä vaiheena on analyysiyksikön määrittäminen. Tutkimustehtävä ja analysoitava aineisto ohjaavat analyysiyksikön määrittämistä. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on sana tai sanayhdistelmä. (Kyngäs ym. 1999.) Analyysiyksikköinä tässä tutkimuksessa oli yksittäiset sanat ja sanayhdistelmät. Analyysiyksiköiden valitsemisen jälkeen aineisto luetaan aktiivisesti useita kertoja läpi ja sen on tarkoitus luoda pohja analyysille (Kyngäs ym. 1999). Tämän tutkimuksen aineiston lukivat läpi molemmat tutkijat useampaan kertaan. Analyysiprosessin seuraavana vaiheena on aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi (Kyngäs ym. 1999). Tutkimusaineiston pelkistäminen aloitettiin alleviivaamalla aineistosta samaa tarkoittavia sanoja ja sanayhdistelmiä, jotka liittyivät tutkimuskysymyksiin (tutkimuskysymys 3, tutkimuskysymys 4). Tämän jälkeen tehtiin ryhmittelyä, jossa yhdistettiin pelkistetyistä ilmaisuista samaa tarkoittavat asiat alaluokiksi. Analyysia jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset alaluokat toisiinsa, muodostaen näistä yläluokkia. Analyysin luotettavuutta lisää, jos aineiston luokittelee tutkijan lisäksi, joku toinenkin henkilö (Kyngäs ym. 1999). Tämän tutkimuksemme analyysin luotettavuutta lisää se, että molemmat tutkijat tekivät luokittelun aineistosta ja tämän jälkeen tehtyjä luokitteluja verrattiin toisiinsa.

5 TULOKSET

5.1 ISBARin mukaisen suullisen potilasraportoinnin nykytila

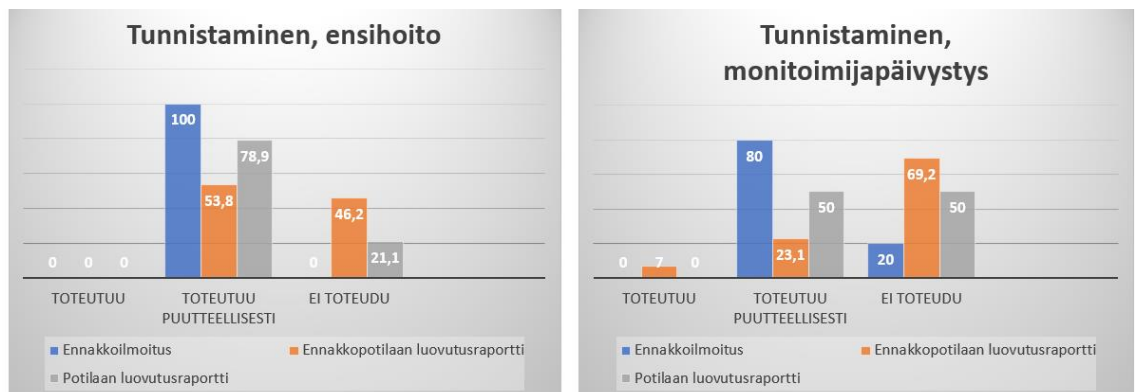
Havainnointitutkimus suoritettiin helmi- ja maaliskuun 2018 aikana monitoimijapäivystyksen tiloissa. Havainnoituja raportointitilanteita (kuva 3) oli yhteensä 61 kpl, joista ennakoilmoituksia oli 10 kpl (16,39 %), ennakoilmoituspotilaan luovutusraportteja 13 kpl (21,31 %) ja potilaan luovutusraportteja 38 kpl (62,30 %).



Kuva 3. Havainnointien lukumäärä

5.1.1 Identify, tunnistaminen

Potilaan tunnistamisen osa-alue sisältää ilmoituksen antavan yksikön, potilaan erikoisalan, potilaan nimen, potilaan iän sekä potilaan henkilötunnuksen.



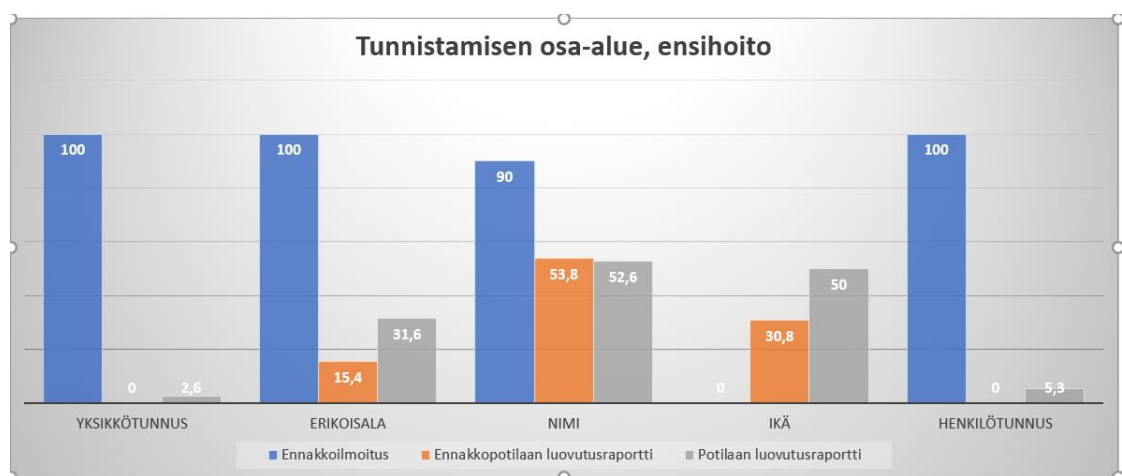
Kuva 4. Tunnistamisen toteutumisen prosentteina

Ennakoilmoituksissa tunnistaminen (kuva 4) ei toteutunut täysin kummaltakaan työyksiköltä. Ensihoidolta tunnistaminen toteutui puutteellisesti jokaisessa havainnoinnissa (100 %) ja monitoimijapäivystyksellä tunnistaminen oli puutteellista 80 %:ssa raporteista. Monitoimijapäivystykseltä 20 %:ssa raporteista jäi kokonaan tunnistaminen tapahtumatta.

Ennakkopotilaan luovutusraportissa tunnistaminen (kuva 4) ei toteutunut ensihoidolta täydellisesti kertaakaan. Monitoimijapäivystyksessä tunnistaminen toteutui 7 %:ssa raporteista. Puutteellisesti tunnistaminen toteutui ensihoidolta

53,8 %:ssa ja monitoimijapäivystykseltä 23,1 %:ssa raporteista. Kokonaan toteutumatta se jäi ensihoidolta 46,2 %:ssa ja monitoimijapäivystykseltä 69,2 %:ssa raportointitilanteita.

Potilaan luovutusraporteissa tunnistaminen (kuva 4) ei toteutunut täysin kumaltakaan työyksiköltä. Puutteellisesti se toteutui ensihoidolta 78,9 %:ssa ja monitoimijapäivystykseltä 50 %:ssa raporteista. Kokonaan potilaan tunnistaminen jäi toteutumatta ensihoidolta 21,1 %:ssa ja monitoimijapäivystykseltä 50 %:ssa potilaan luovutusraportteja.

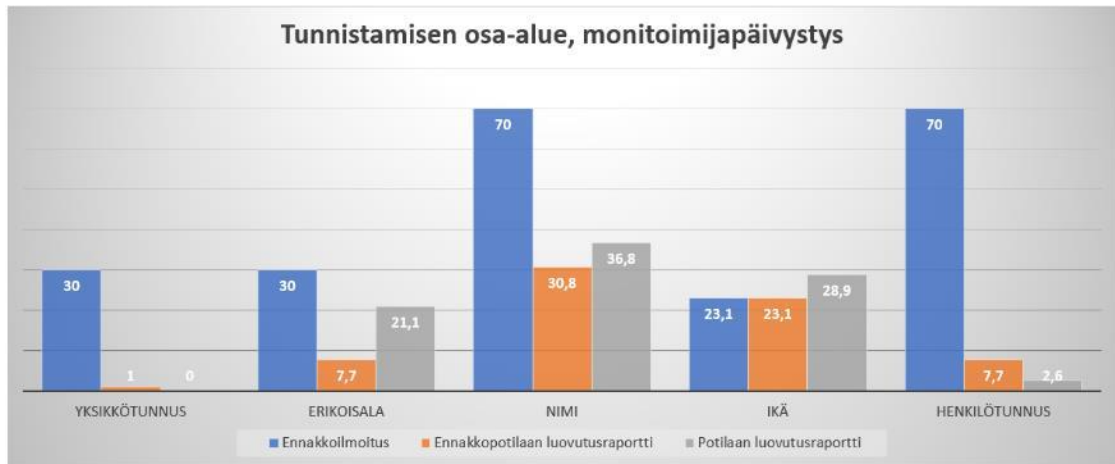


Kuva 5. Tunnistamisen osa-alueiden toteutumisen prosentteina, ensihoito

Ennakoilmoituksissa (kuva 5) täysin (100 %) toteutui yksikkötunnus, erikoisala ja potilaan henkilötunnus. Potilaan nimi mainittiin 90 %:ssa ilmoituksista.

Ennakkopotilaan luovutusraporteissa (kuva 5) erikoisala mainittiin 15,4 %:ssa, potilaan nimi mainittiin 53,8 %:ssa ja potilaan ikä 30,8 %:ssa raporteista. Täysin (100 %) jäi mainitsematta yksikkötunnus sekä potilaan henkilötunnus.

Potilaan luovutusraporteissa (kuva 5) useimmiten tuli mainittua potilaan nimi 52,6 %:ssa ja ikä 50 %:ssa raporteista. Erikoisala mainittiin 31,6 %:ssa, yksikkötunnus 2,6 %:ssa ja henkilötunnus 5,3 %:ssa raporteista.



Kuva 6. Tunnistamisen osa-alueiden toteutuminen prosentteina, monitoimijapäivystys

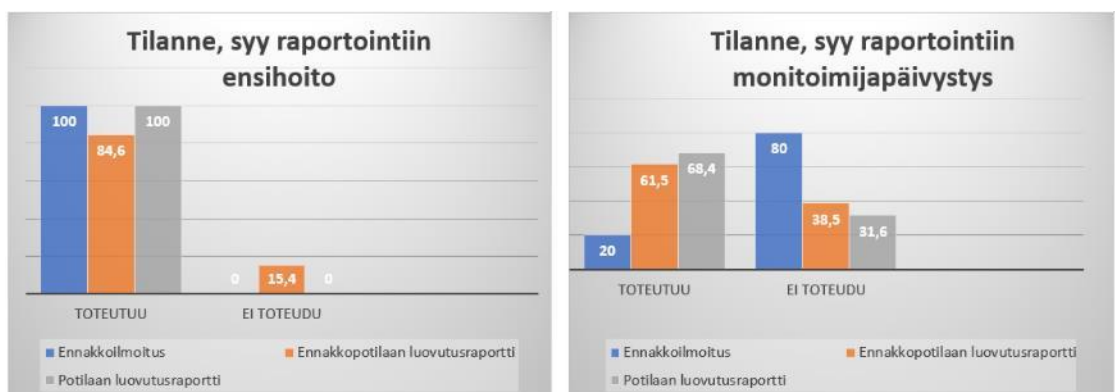
Ennakoilmoituksissa monitoimijapäivystyksellä (kuva 6) useimmiten toteutui potilaan nimi sekä henkilötunnus (70 %). Yksikkötunnus sekä erikoisala toteutui 30 %:ssa ja ikä 23,1 %:ssa ennakoilmoituksia.

Ennakkopotilaan luovutusraportissa (kuva 6) useimmin mainittiin nimi (30,8 %) ja ikä (23,1 %). Erikoisala ja henkilötunnus mainittiin 7,7 %:ssa ja yksikkötunnus 1 %:ssa raportointitilanteita.

Potilaan luovutusraportissa (kuva 6) useimmin mainittiin nimi (36,8 %) ja ikä (28,9 %). Erikoisala mainittiin 21,1 %:ssa ja henkilötunnus 2,6 %:ssa. Yksikkötunnusta ei mainittu yhdessäkään potilaan luovutusraportissa.

5.1.2 Situation, tilanne

Tilanteen osa-alue sisältää syyn raportointiin. Tämä havainnointiaineistosta, on analysoitu asteikolla: toteutuu/ei toteudu.



Kuva 7. Tilanteen toteutuminen prosentteina, ensihoito ja monitoimijapäivystys

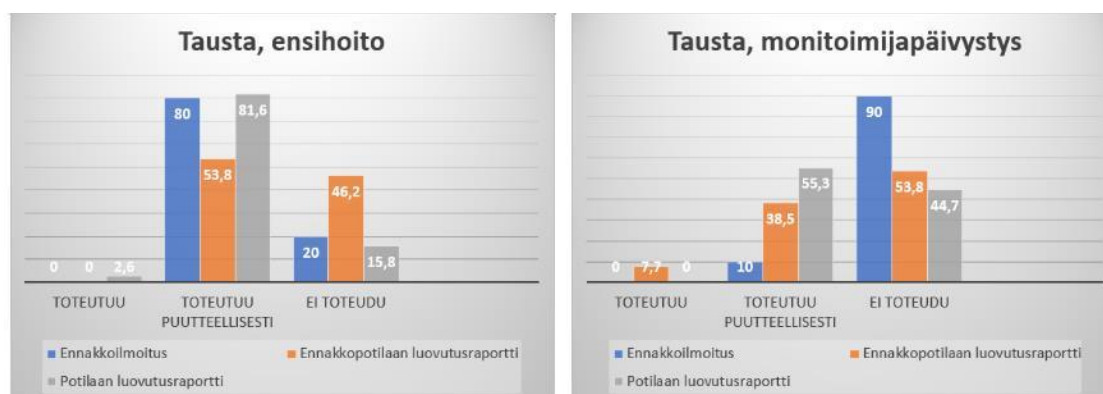
Ennakoilmoituksissa (kuva 7) tilanne toteutui ensihoidolta jokaisessa tapauksessa (100 %). Monitoimijapäivystys vastaavasti raportoi tilanteen joka viidennessä tapauksessa (20 %).

Ennakkopotilaan luovutusraporteissa (kuva 7) tilanne toteutui ensihoidolta 84,6 %:ssa ja monitoimijapäivystykseltä 61,5 %:ssa raporteista.

Potilaan luovutusraporteissa (kuva 7) tilanne toteutui ensihoidolta täysin jokaisessa raportissa (100%) ja monitoimijapäivystykseltä se toteutui 68,4 %:ssa potilaan luovutusraporteista.

5.1.3 Background, tausta

Tausta osa-alue sisältää tiedot potilaan entisistä ja nykyisistä sairauksista tai ongelmista, allergiatiedot ja eristyksen tarpeen tai niiden puuttumisen.



Kuva 8. Taustan toteutuminen prosentteina

Ennakoilmoituksissa tausta (kuva 8) ei toteutunut täysin kummaltakaan työyksiköltä. Ensihoidolla taustan toteutuminen oli puutteellista 80 %:ssa ja monitoimijapäivystyksellä 10 %:ssa ilmoituksista. Täysin toteutumatta se jäi ensihoidolta 20 %:ssa ja monitoimijapäivystykseltä 53,8 %:ssa ilmoituksista.

Ennakkopotilaan luovutusraporteissa (kuva 8) ensihoidolla tausta toteutui 0 %:ssa täydellisesti, kun taas monitoimijapäivystyksellä se toteutui 7,7 %:ssa raporteista. Puutteellisesti raportti toteutui ensihoidolla 53,8 %:ssa ja monitoimijapäivystyksellä 38,5 %:ssa. Tausta jäi täysin toteutumatta ensihoidolla 46,2 %:ssa ja monitoimijapäivystyksellä 53,8 %:ssa raporteista.

Potilaan luovutusraporteissa tausta (kuva 8) ei toteutunut täydellisesti kummaltakaan työyksiköiltä. Puutteellisesti toteutuneita tilanteita oli ensihoidolla 81,6 %:tia ja monitoimijapäivästyksellä 55,3 %:tia. Täysin toteutumatta se jäi ensihoidolla 15,8 %:ssa ja monitoimijapäivästyksellä 44,7 %:ssa raporteista.



Kuva 9. Taustan osa-alueet prosenteina, ensihoito

Ennakoilmoituksissa entiset ja nykyiset sairaudet (kuva 9) mainittiin useimmiten (80 %), allergiat tai niiden puuttuminen mainittiin 10 %:ssa ilmoituksista. Täysin mainitsematta jäi erityksen tarve tai sen puuttuminen.

Ennakkopotilaan luovutusraportissa entiset ja nykyiset sairaudet (kuva 9) mainittiin 53,8 %:ssa ja allergiat tai niiden puuttuminen 7,7 %:ssa. Täysin mainitsematta jäi eristyksen tarve tai sen puuttuminen.

Potilaan luovutusraporteissa (kuva 9) useimmiten mainittiin entiset ja nykyiset sairaudet (84,2 %). Allergiat tai niiden puuttuminen kävi ilmi 5,3 %:ssa raporteista. Täysin mainitsematta (0 %) jäi eristyksen tarve tai sen puuttuminen.



Kuva 10. Taustan osa-alueet prosentteina, monitoimijapäivystys

Ennakoilmoituksissa entiset ja nykyiset sairaudet (kuva 10) toistettiin 10 %:ssa, allergiat ja eristyksen tarve tai niiden puuttuminen jäi toistamatta täysin.

Ennakkopotilaan luovutusraporteissa entiset ja nykyiset sairaudet (kuva 10) mainittiin 46,2 %:ssa. Allergiat ja eristyksen tarve tai niiden puuttuminen mainittiin 7,7 %:ssa raporteista.

Potilaan luovutusraporteissa entiset ja nykyiset sairaudet (kuva 10) mainittiin 55,3 %:ssa. Allergiat tai niiden puuttuminen mainittiin 2,6 %:ssa ja eristyksen tarve tai sen puuttuminen 7,9 %:ssa raporteista.

5.1.4 Assessment, nykytilanne

Nykytilanne pitää sisällään ABCDE:n mukaisesti seuraavat osa-alueet:

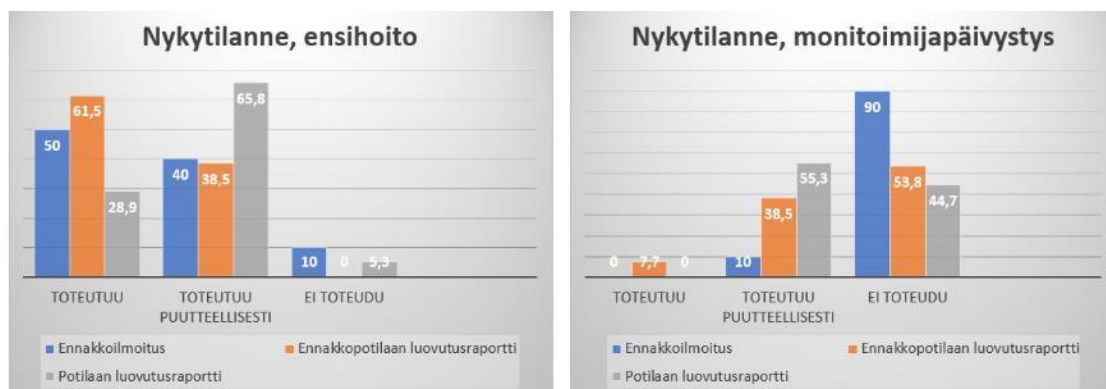
A (airway) ilmatie

B (breathing) hengitys

C (circulation) pulssi / verenpaine

D (disability) tajunta / kipu

E (examination) lämpötila, iho ym.

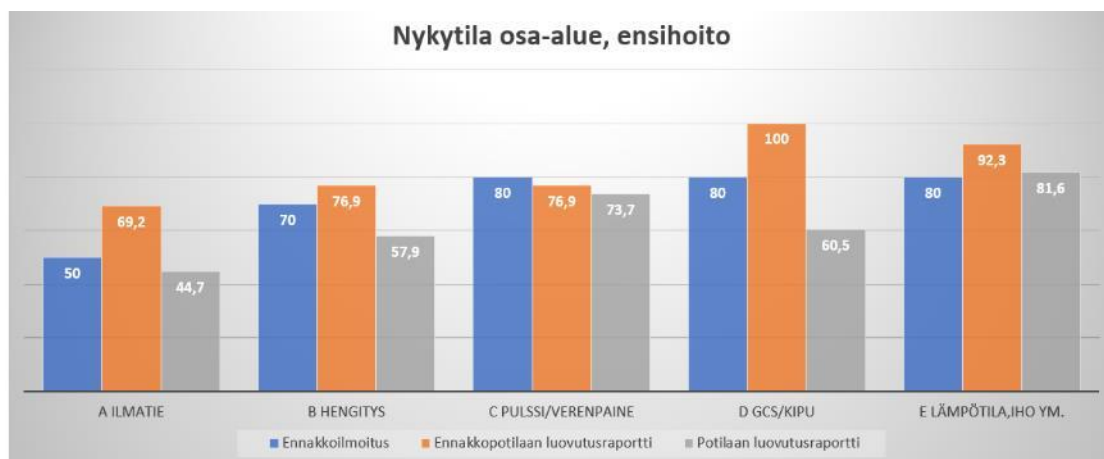


Kuva 11. Nykytilanteen toteutumisen prosentteina

Ennakoilmoituksissa nykytilanteen (kuva 11) toteutuminen oli täydellistä ensihoidolla 50 %:ssa kun vastaavasti monitoimijapäivystyksellä se ei toteutunut täydellisesti kertaakaan. Nykytilanteen toteutuminen oli puutteellista ensihoidolla 40 %:ssa ja monitoimijapäivystyksellä 10 %:ssa ilmoituksista. Täysin toteutumatta nykytilanne jäi ensihoidolta 10 %:ssa ja monitoimijapäivystykseltä 90 %:ssa ilmoituksista.

Ennakkopotilaan luovutusraporteissa nykytilanne (kuva 11) toteutui ensihoidolta 61,5 %:ssa ja monitoimijapäivystykseltä 7,7 %:ssa raporteista. Nykytilanteen toteutuminen oli molemmilla työyksiköillä puutteellista 38,5 %:ssa raporteista. Ensihoidolla nykytilanne ei kertaakaan toteutunut täysin puutteellisesti, kun taas monitoimijapäivystykseltä se jäi toteutumatta 53,8 %:ssa raporteista.

Potilaan luovutusraporteissa nykytilanne (kuva 11) toteutui ensihoidolta täysin 28,9 %:ssa ja monitoimijapäivystykseltä ei nykytilanteen täydellistä toteutumista tapahtunut kertaakaan. Nykytilanteen toteutuminen oli ensihoidolla puutteellista 65,8 %:ssa ja monitoimijapäivystyksellä 55,3 %:ssa raporteista. Nykytilanne jäi raportoimatta ensihoidon osalta 5,3 %:ssa ja monitoimijapäivystyksen osalta 44,7 %:ssa raportointitilanteita.

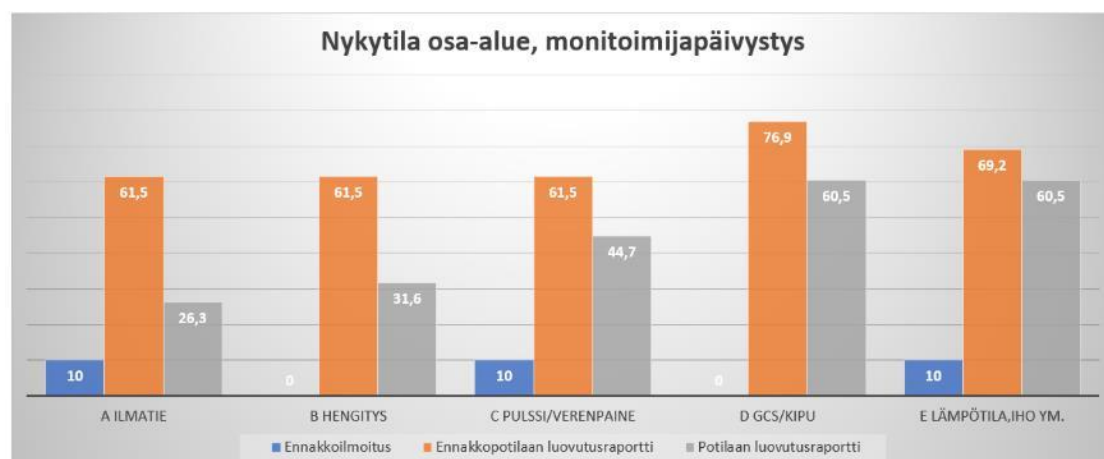


Kuva 12. Nykytilan osa-alueet prosentteina, ensihoito.

Ennakoilmoituksissa (kuva 12) nykytilan osa-alueista A eli ilmatie raportoitiin 50 %:ssa ja B eli hengitys raportoitiin 70 %:ssa tapauksista. C eli pulssi/verenpaine, D eli GCS/kipu ja E eli lämpötila, iho ym. raportoitiin 80 %:ssa tapauksista.

Ennakkopotilaan luovutusraporteissa (kuva 12) nykytilan osa-alueista A eli ilmatie raportoitiin 69,2 %:ssa, B eli hengitys sekä C eli pulssi/verenpaine 76,9 %:ssa tapauksista. D eli GCS/kipu toteutui 100 %:ssa ja E eli lämpötila, iho ym. 92,3 %:ssa tapauksista.

Potilaan luovutusraporteissa (kuva 12) nykytilan osa-alueista A eli ilmatie raportoitiin 44,7 %:ssa, B eli hengitys 57,9 %:ssa, C eli pulssi/verenpaine 73,7 %:ssa ja D eli GCS/kipu 60,5 %:ssa raporteista. Parhaiten toteutui 81,6 %:ssa E eli iho, lämpötila ym.



Kuva 13. Nykytilan osa-alueet prosentteina, monitoimijapäivystys.

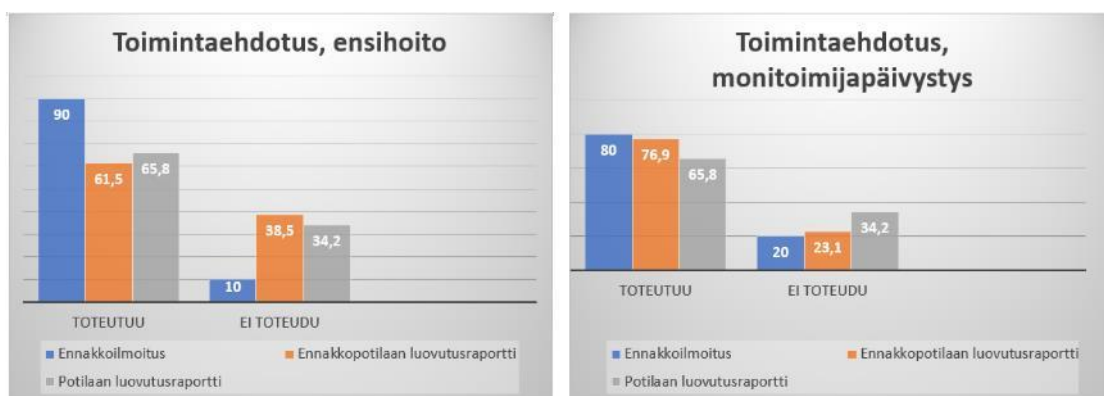
Ennakoilmoituksissa (kuva 13) nykytilan osa-alueista A eli ilmatie, C eli pulssi/verenpaine sekä E eli lämpötila, iho ym. toistettiin monitoimijapäivystyksen osalta 10 %:ssa. B eli hengitys ja D eli GCS/kipu jäivät täysin toteuttamatta.

Ennakkopotilaan luovutusraporteissa (kuva 13) A eli ilmatie, B eli hengitys sekä C eli pulssi/verenpaine toteutuivat 61,5 %:ssa raportointitilanteista. D eli GCS/kipu toteutui 76,9 %:ssa ja E eli lämpötila, iho ym. 69,2 %:ssa raporteista.

Potilaan luovutusraporteissa (kuva 13) A eli ilmatie raportoitiin 26,3 %:ssa, B eli hengitys 31,6 %:ssa ja C eli pulssi/verenpaine 44,7 %:ssa raporteja. D eli GCS/kipu sekä E eli lämpötila, iho ym. toteutuivat molemmat 60,5 %:ssa raporteista.

5.1.5 Recommendation, toimintaehdotus

Ennakoilmoituksissa toimintaehdotus toteutui ensihoidolla 90 %:ssa ja monitoimijapäivystyksellä 80 %:ssa raportointitilanteista. Ennakkopotilaan luovutusraporteissa se toteutui ensihoidolla 61,5 %:ssa ja monitoimijapäivystyksellä 76,9 %:ssa. Potilaan luovutusraporteissa toimintaehdotus toteutui molemmilta työyksiköiltä 65,8 %:ssa. (Kuva 14.)



Kuva 14. Toimintaehdotuksen toteutuminen prosentteina, ensihoito ja monitoimijapäivystys.

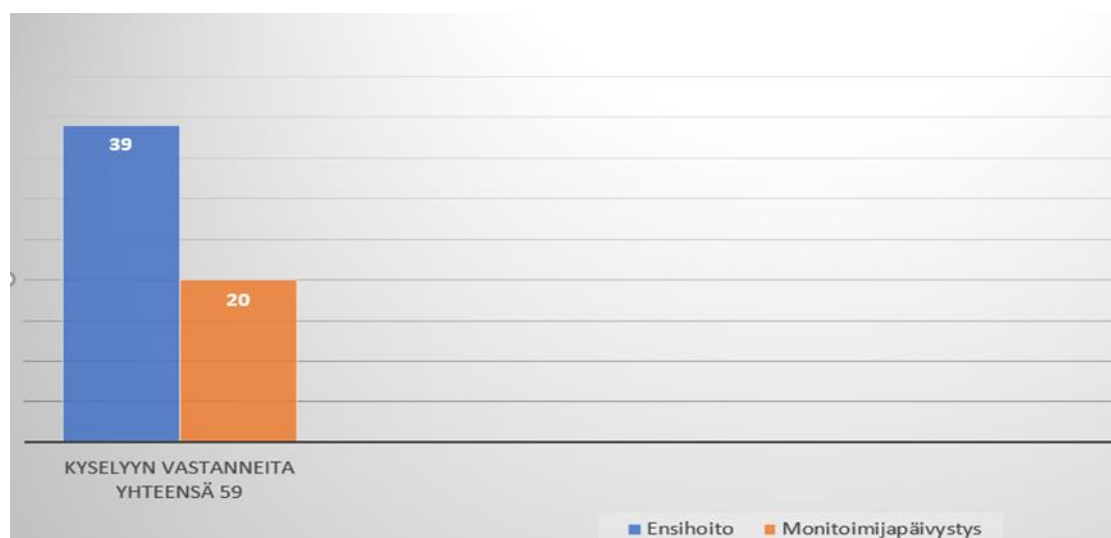
5.2 Suullisen raportoinnin yhteydessä ilmenevien sanattomien eleiden vaikutus potilasraportointiin

Havainnointitutkimuksella oli tarkoitus kuvata, miten suullisen raportoinnin yhteydessä ilmenevät sanattomat eleet näkyvät raportointitilanteissa ja vahvistaisiko tai heikentäisikö ne suullista potilasraportointia. Havainnoinnissa ei ilmennyt sanattomia eleitä eikä ilmeitä, joilla olisi ollut vaikuttavuutta suulliseen potilasraportointiin.

5.3 Suullisen potilasraportoinnin toteutuminen hoitohenkilökunnan mielestä

5.3.1 Laadulliseen kyselytutkimukseen vastanneiden taustatiedot

Laadulliseen kyselytutkimukseen vastasi ensihoidosta 39 hoitajaa ja Monitoimijapäivystyksestä 20 hoitajaa. Yhteensä vastaajia oli 59 hoitajaa (kuva 15).



Kuva 15. Kyselyyn vastanneiden lukumäärä

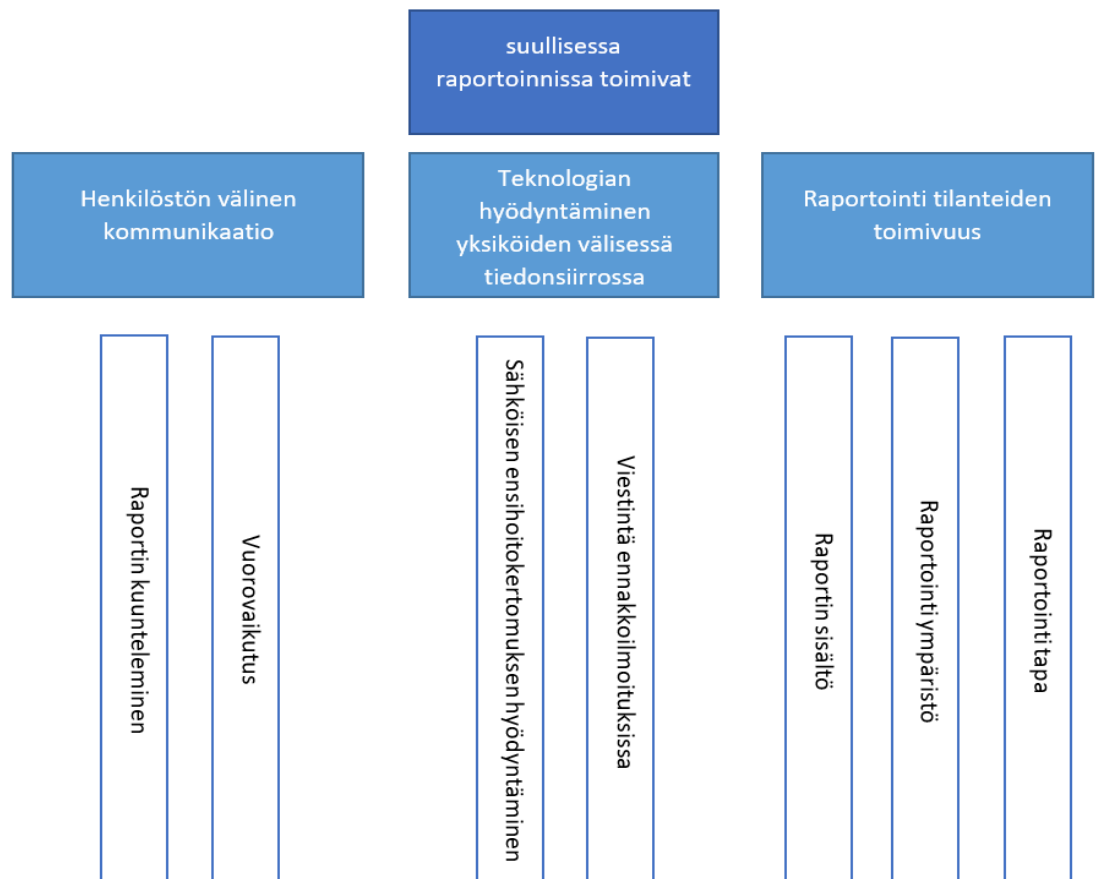
Laadulliseen kyselytutkimukseen vastanneista 26:lla työvuosia oli yhdestä viiteen vuoteen. Yli kymmenen vuotta työkokemusta oli neljällätoista vastaajalla ja kuudesta kymmeneen vuoteen kahdella toista vastaajalla. Alle vuoden työkokemus oli seitsemällä vastaajalla. (Kuva 16.)



Kuva 16. Kyselyyn vastanneiden työvuodet työyksikössä

5.3.2 Suullisen raportoinnin toimivuus

Suullisessa potilasraportoinnissa hoitajien mukaan toimivat henkilöstönvälinen kommunikaatio, teknologian hyödyntäminen yksiköiden välillä ja kokonaisuudessaan raportointitilanteet koettiin toimiviksi (kuva 17).



Kuva 17. Suullisessa raportoinnissa toimivat asiat

Henkilöstön väliseen kommunikaatioon sisältyy raportin kuunteleminen ja vuorovaikutus (kuva 17). Raportointitilanteissa on toimivaa vuorovaikutusta ja pääsääntöisesti raportilla keskitytään kuuntelemaan. Käyttäytyminen on yleensä asiallista ja ammatillista raportoinnin aikana. Henkilöstön välistä kommunikaatiota raportointitilanteissa oli vastauksissa kommentoitu seuraavasti:

Hoitajat yleensä kuuntelevat raportin, ja sen jälkeen esittävät kysymykset, jos tarvetta. Eli eivät katkaise raportin antoa (V17)

Aulahoitajan kanssa yhteistyö sujuu, pohtiessa mihin erikoisalaan potilas kuuluu (V45)

kommunikointi on mielestäni ystävällistä ja asiallista unohtamatta huumoria (V3)

Teknologian hyödyntäminen yksiköiden välisessä tiedonsiirrossa, sisältää sähköisen ensihoitokertomuksen hyödyntämisen ja viestinnän ennakoilmoituksissa (kuva 17). Sähköisen ensihoitokertomuksen hyödyntämisen vastaajat kokivat toimivaksi, yksiköiden välisessä tiedonsiirrossa. Potilastietoihin on mahdollista tutustua ensihoitokertomuksen kautta ennakkoon ja tämän koetaan helpottavan raportointitilanteita ja lyhentävän raportoinnin kestoa. Ennakoilmoituksissa viestintä toimii Virve-verkon välityksellä ja myös ennakoilmoituksissa sähköisen ensihoitokertomuksen hyödyntämisen koettiin parantavan yksiköiden välistä tiedonkulkua. Teknologian hyödyntämistä oli kommentoitu seuraavasti:

Merlotin hyödyntäminen, välillä ei tarvitse kertoa potilaasta juuri mitään, kun tehtävälappuun on perehdytty ennalta (V58)

Päivystyksen mahdollisuus lukea ensihoitokertomus ennen suullista raporttia, antaa hoitajalle mahdollisuuden ymmärtää paremmin suullista raporttia (V48)

Ennakkotietojen saanti mahdollisuus hyvä, Virve+Merlot/Effica (V22)

Raportointitilanteiden toimivuus koostuu raportin sisällöstä, raportointiympäristöstä ja raportointitavasta (kuva 17). Raportit ovat sisällöltään vastaajien mukaan riittäviä. Raportoinneissa keskeisimmät asiat tulee raportoitua ja potilastietoihin on tutustuttu usein jo etukäteen. Raportointiympäristö pyritään yleensä rauhoittamaan raportoinnin ajaksi. Nykyistä raportointitapaa pidettiin toimivana. Raportointitilanteiden toimivuutta kommentoitiin vastauksissa seuraavalla tavalla:

Päivittäisissä potilaan luovutustilanteissa yleensä raportointi helppoa, koska paikalla vain yksi henkilö (hoitaja), jolle kohdistaa raporttia (V17)

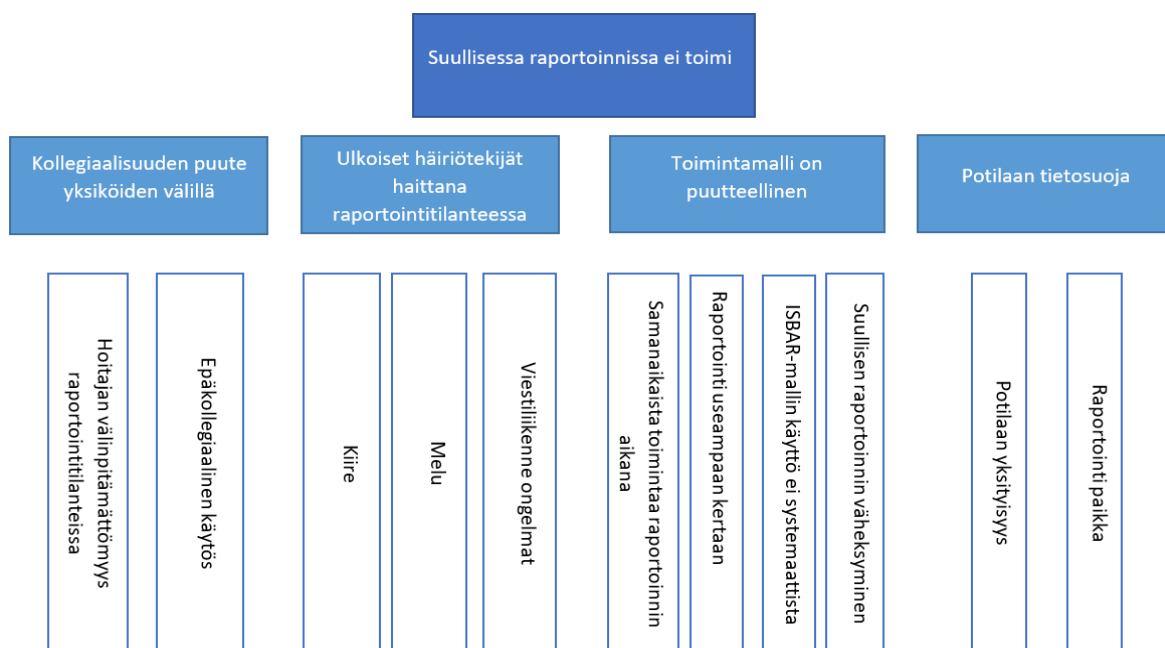
ISBAR raportointimenetelmä suurella osaa käytössä (V27)

ISBARIN mukaisesti ennakkoa annettaessa raportointi toimii hyvin (V38)

Useimmiten raportointitilanne rauhoitetaan ja asiat tulevat kerralla ymmärrettäviksi ja selviksi (V13)

5.3.3 Suullisen raportoinnin toimimattomuus

Suullisessa raportoinnissa hoitajien mukaan ei toimi kollegiaalisuus yksiköiden välillä, ulkoiset häiriötekijät haittaavat raportointia, toimintamalli on puutteellinen ja potilaan tietosuoja ei toteudu (kuva 18).



Kuva 18. Suulliseen raportoinnin toimimattomuus

Kollegiaalisuuden puute yksiköiden välillä koostui hoitajien välinpitämättömyydestä raportointitilanteissa ja epäkollegiaalisesta käytöksestä (kuva 18). Raportointitilanteissa tämä välinpitämättömyys koettiin epäkollegiaalisena käytöksenä. Vastaajat olivat kuvanneet tätä epäkollegiaalista käyttäytymistä seuraavanlaisesti:

Potilaan kuullen vähätellään esim. toisia ammattiryhmiä ja heidän tekemiä arvioita, tms. Tai arvostellaan toista hoitoyksikköä, että eihän ne siellä mitään osaa (V1)

Välillä potilaan ottaa vastaa ”joo joo” hoitaja, joka ei kuuntele raporttia ollenkaan, eikä ole juurikaan sillä hetkellä kiinnostunut potilaan voinnista (V30)

Ulkoiset häiriötekijät haittana raportointitilanteessa koostuivat kiireestä, melusta ja viestiliikenneongelmista (kuva 18). Hoitajien kiireen ja raportointiympäristössä olevan melun koettiin vaikuttavan negatiivisesti raportointitilanteisiin. Viestiliikenneongelmina nousi esiin Virve-viranomaisverkon kuuluvuusongelmat ennakoilmoitusten yhteydessä. Häiriötekijöitä oli vastaajat kuvanneet näin:

Kiire puolin ja toisin, päivystys etenkin ruuhkainen ja ensihoidollakin keikkaa paljon. Raportoinnissa kiire paistaa läpi, esim. ei jakseta keskittyä kuuntelemaan etenkin päivystyksen puolelta. Ensihoidolla raportti suppeampi johtuen kiireestä (V55)

Ajoittain kiire tekee olon, että ei kerkeä kuunnella mitä toisella on sanottavana, pelko että jotain olennaista jää sanomatta (V42)

Ennakoilmoituksissa ei välillä kuuluvuutta (V43)

Ympäristö, jossa raportti annetaan, on meluisa (V52)

Puutteellinen toimintamalli koostui samanaikaisesta toiminnasta raportoinnin aikana, raportoinnista useampaan kertaan, ISBAR-mallin ei systemaattisesta käytöstä ja suullisen raportoinnin väheksymisestä (kuva 18). Raportointitilanteissa samanaikaisen toiminnan koettiin haittaavan raportointia. Raportointitilanteissa ei malteta pysähtyä kuuntelemaan vaan tehdään samanaikaisesti hoitotoimenpiteitä. Raportti joudutaan toistamaan useampaan kertaan, koska kaikki eivät raportin alkaessa ole paikalla. ISBAR-mallia käytetään mutta sen käyttö ei ole systemaattista. Molemmilla raportoinnin osapuolilla pitäisi olla sama toimintamalli raportin antamiseen ja vastaanottamiseen. Suullista raportointia myös väheksytään eikä malteta kuunnella raporttia loppuun, jos on tutustuttu potilaan tietoihin jo sähköisen ensihoitokertomuksen kautta. Toimintamallin puutteellisuutta oli vastauksissa kuvattu seuraavanlaisesti:

Välillä turvaudutaan liikaa ensihoitokertomuksen tekstiin eikä kuunnella suullista raporttia. Aletaan heti toimia potilaan luona, jolloin suullisen raportin kuunteleminen jää puutteelliseksi (V48)

Ajoittain raportin joutuu kertomaan tuplana, mikäli hoitaja pyytää raporttia ja kohta lääkäri tulee paikalle (V41)

”Ennakoilmoitusta antaessa eivät usein toista ensihoitohenkilökunnan lauseita, vaikea hahmottaa onko tieto varmasti mennyt perille (V36)

Raportin laatu ja määrä vaihtelevat työntekijäkohtaisesti, ajoittain ennakkoilmoituksen annetaan ilman kuittausmahdollisuutta putkeen. ISBAR-raportointi ei aina toteudu. Kiire ja melu haittaavat raportointia (V59)

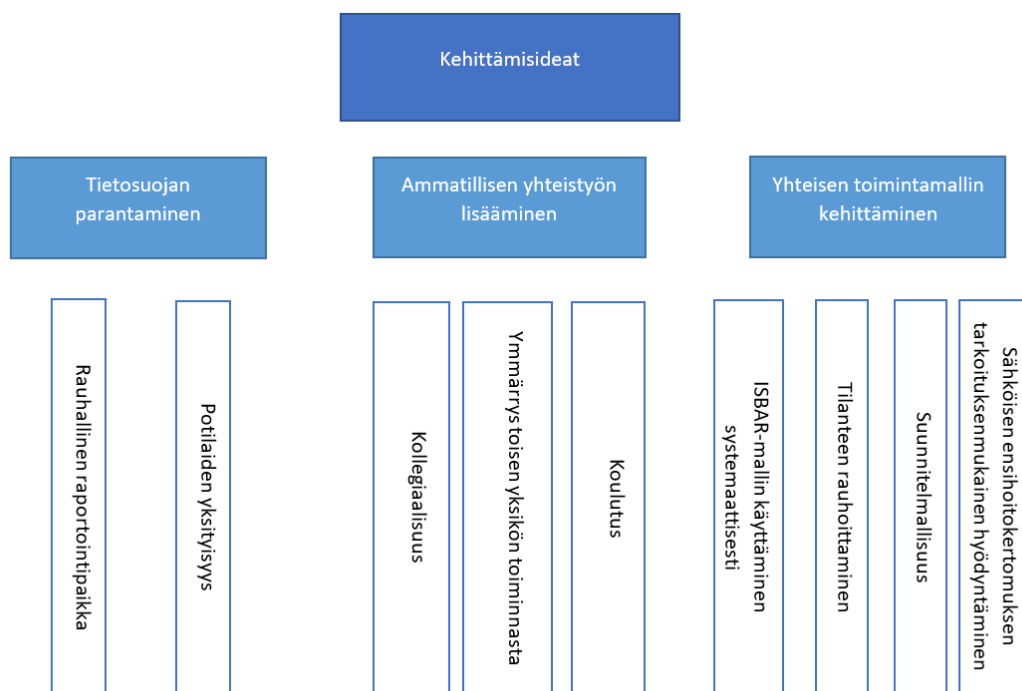
Potilaan tietosuoja koostui potilaan yksityisyydestä ja raportointipaikasta. (kuva 18). Potilaan yksityisyys ei toteudu raportointitilanteissa, koska joudutaan suullisesti raportoimaan tilassa, missä on muita potilaita kuuloetäisyydellä. Potilaan tietosuojan toteutumista oli vastauksissa kommentoitu seuraavallisesti:

Raportointi pitäisi suorittaa siten, etteivät ulkopuoliset kuule tietoja, raportointipaikkaan pitäisi kiinnittää enemmän huomiota, eli mennä esim. tietokoneiden luokse pitämään raporttia (V26)

Vaitiolovelvollisuus on vaarannettuna, koska verhojen takana on muita potilaita kuuloetäisyydellä (V56)

5.4 Hoitajien kehittämissuhteet suulliseen potilasraportointiin

Hoitajien kehittämissuhteet suulliseen potilasraportointiin olivat potilaan tietosuojan parantaminen, ammatillisen yhteistyön lisääminen ja yhteisen toimintamallin kehittäminen (kuva 19).



Kuva 19. Kehitysehdotukset suulliseen potilasraportointiin

Tietosuojan parantaminen koostui rauhallisesta raportointipaikasta ja potilaiden yksityisyydestä (kuva 19). Tietosuojan parantamiseksi olisi potilaiden yksityiseen kiinnitettävä enemmän huomiota ja raportointipaikan olisi oltava rauhallisempi. Potilaiden yksityisyys ja tietosuoja ei nyt vastaajien mukaan toteudu, koska raportointipaikkana on tarkkailutila, missä on lähekkäin kuuloetäisyydellä muita potilaita. Tietosuojan parantamista kommentoitiin seuraavasti:

Raportin pitäminen sellaisessa paikassa, missä ulkopuoliset eivät kuule potilaan henkilötunnuksia ja hoitoon tulon syitä (V26)

Ammatillinen yhteistyö koostui kollegiaalisuudesta, toisen yksikön toiminnan ymmärtämisestä ja koulutuksesta (kuva 19). Ammatillisen yhteistyön lisäämiseksi olisi oltava enemmän ymmärrystä toisen yksikön toiminnasta, millä voitaisiin lisätä myös kollegiaalisuutta yksiköiden välillä. Yhteisiä koulutuksia suulliseen raportointiin myös toivottiin. Ammatillisen yhteistyön kehittämistä kommentoitiin seuraavanlaisesti:

Päivystyksen hoitajat voisivat tulla vuoron perään tutustumaan ensihoitoon, sen resursseihin sekä toimintatapoihin; näin ymmärrys ensihoidosta kasvaisi, jolloin turhanpäiväiset kyseenalaistamiset vähenisivät tai muuttuisivat ainakin rakentavammaksi (V32)

Illanviettoa ja tutustumista (V57)

Yhteisen toimintamallin kehittäminen koostui ISBAR-mallin systemaattisesta käyttämisestä, tilanteen rauhoittamisesta, suunnitelmallisuudesta ja sähköisen ensihoitokertomuksen tarkoituksen mukaisesta hyödyntämisestä (kuva 19). Yhteisen toimintamallin käyttö olisi vastaajien mukaan toivottavaa ja yhteisenä toimintamallina ISBAR-mallin systemaattinen käyttö nähtiin tarpeelliseksi. Tämä yhteinen systemaattinen raportointimalli, lisäisi myös raportoinnin suunnitelmallisuutta. Sähköisen ensihoitokertomuksen käyttämistä raportoinnin tukena pidettiin hyvänä, mutta sähköinen ensihoitokertomus ei saisi syrjäyttää suullista raportointia. Toimintamallin kehittämistä oli vastauksissa kommentoitu seuraavasti:

Yksinkertaisesti raportoidaan ISBAR:n mukaan ja järjestyksessä, niin on helppo pysyä mukana, oli sitten mikä tilanne tahansa (V21)

Ei MISSÄÄN nimessä saa raportointi mennä siihen, että luetaan vaan Merlotista mikä potilasta vaivaa. Potilaan vieressä tehtävällä raportoinnilla suuri vaikutus edelleen potilaan hoitoon (V27)

Kiireellisissä tilanteissa, oli sijoitus paikka sitten mikä tahansa, tulisi tilanne seisauttaa potilaan saapuessa ENNEN kuin potilas siirretään sairaalan sängylle/kuvauspöydälle, suullisen raportin ajaksi. Näin toimittaessa kaikki hoitoon osallistuvat henkilöt pystyvät keskittymään täysin suulliseen raportointiin ja ensihoidon tuottama raportti pysyy eheänä (V34)

Kyselytutkimuksen tulosten raportoinneissa on käytetty alkuperäisilmauksia. Vastaajat on identifioitu V1 – V59 (Vastaaja 1 – 59) tunnisteilla.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimustulokset antoivat vastaukset tutkimuskysymyksiin ja havainnointi sekä kyselytutkimuksen tulokset täydensivät hyvin toisiaan. Havainnointitutkimuksen mukaan ISBAR:n mukainen suullinen potilasraportointi toteutuu puutteellisesti. Raportointi eteni pääosin ISBAR-mallin mukaisesti, mutta viestintä ei ollut kaksisuuntaista ja kaikkia ISBAR:n osa-alueita ei raportoitu. Ennakkoi-
moituksissa raportointi oli systemaattisempaa ja kaikki ISBAR:n osa-alueet toteutuivat paremmin kuin muissa raportointitilanteissa. Myös viestintä ennakkoi-
moituksissa oli useammin kaksisuuntaista. Aikaisemmat tutkimustulokset ISBAR-mallin käyttämisestä potilasraportoinnissa vahvistivat saamiamme tutkimustuloksia. ISBAR-mallin käyttö mahdollistaa systemaattisen, johdonmu-
kaisen suullisen potilasraportoinnin, jolla varmistetaan potilasturvallisuus ja laatu luovutusprosessissa. (ks. Bamasubbu ym. 2017, 18; Thompson ym. 2011, 340 – 344.) Ennakkopotilaan luovutusraportissa ja potilaan luovutusra-
porteissa ei ollut merkittäviä eroja ISBAR:n mukaisen suullisen raportoinnin toteutumisessa.

Kyselytutkimuksen tuloksissa selittävänä tekijänä raportoinnin puutteellisuudelle oli ensihoitajien käyttämä sähköinen ensihoitokertomus Merlot Medi. Ensihoitajat käyttävät tätä kirjaamisalustana ja monitoimijapäivystys voi tutustua potilaan ensihoitokertomukseen jo etukäteen, ennen potilaan saapumista päivystykseen. Potilaan luovutustilanteessa ensihoito ja monitoimijapäivystys kävivät keskustelua siitä, onko ensihoitokertomukseen ennalta tutustuttu. Jos ensihoitokertomukseen oli päivystyksessä ennätetty tutustua, jäi suullinen raportti vajaaksi tai kokonaan antamatta. Käydyissä keskusteluissa ei aina varmistettu, mitä tietoja oli etukäteen ensihoitokertomuksesta luettu. Hoitohenkilökunta koki sähköisen ensihoitokertomuksen toimivaksi välineeksi tiedonsiirrossa yksiköiden välillä. Osa henkilöstöstä koki riittäväksi pelkän ensihoitokertomuksesta saatavan tiedon, eikä suullista raportointia pidetty tarpeellisena. Toiset taas olivat huolissaan siitä, ettei sähköinen ensihoitokertomus syrjäytä suullista potilasraportointia.

Tulosten mukaan potilaan tunnistamisen osa-alue toteutui osin puutteellisesti ja potilaan tunnistaminen (nimi, henkilötunnus) jäi toteutumatta useammassa

tapauksessa. Potilas tulee aina tunnistaa hoidon kannalta kriittisissä tilanteissa, kuten potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Tunnistamista ei aina välttämättä mielletä oleelliseksi osaksi turvallista hoitoprosessia ja siksi se saattaa jäädä tekemättä. Vaaratapahtumia voidaan ehkäistä sillä, että otetaan käyttöön systemaattinen tapa potilaan tunnistamiseen. (Helovuori ym. 2012, 203 – 204.) Toimintamallina monitoimijapäivystyksessä on, että ensihoito ilmoittaa potilaan monitoimijapäivystyksen sihteerille. Tällä toimenpiteellä varmistetaan, että oikea potilas tulee kirjattua monitoimijapäivystyksen potilastietojärjestelmään. Tämän jälkeen sihteeri tulostaa potilasrannekkeen, joka kiinnitetään ensihoidon toimesta potilaalle. Potilaan tunnistamista voidaan parantaa sillä, että sairaalaan jäävillä potilailla pidetään tunnistusrannekettä. Rannekkeet ovat tärkeässä roolissa myös niillä potilailla, jotka eivät pysty itse puhumaan, ovat tajuttomia, sekavia tai muutoin puhumattomia tai joilla on taipumusta karata hoitavasta yksiköstä. Rannekkeen käyttö ei kuitenkaan saa olla ainoa potilaan tunnistamismenetelmä. (Helovuori ym. 2012, 202 – 205.)

Potilastietojärjestelmään kirjaamisen ja tunnistusrannekkeen kiinnittämisen jälkeen ensihoito tuo potilaan tarkkailutiloihin, missä hoitaja ottaa potilaasta suullisen raportin. Opinnäytetyön tulosten mukaan raportista jäivät useasti potilaan henkilötiedot kokonaan mainitsematta. Tälle selittävänä tekijänä kyselytutkimusten vastauksista löytyi raportointipaikka ja potilaan yksityisyydensuoja. Raportti annetaan potilaspaikalla, jossa verhon takana on toisia potilaita kuuloetäisyydellä, eikä henkilötietoja tästä syystä haluta raportoida. Potilaan tunnistamisen tulee perustua samanlaisiin periaatteisiin koko organisaatiossa ja sen tulee olla osa perehdyttämistä. Potilas itse tulee ottaa osaksi tunnistamisen prosessia ja potilasta tulee pyytää kertomaan itse oma nimensä ja sosiaaliturvatunnuksensa, jos se vain on mahdollista. Potilaalta itseltään ei saa kysyä, oletko ”Pirkko Potilas” koska silloin on olemassa riski, että potilas vastaa ”kyllä” vaikka ei esim. huonon kuulon vuoksi kuule kysymystä. (Helovuori ym. 2012, 204.)

Kyselyn tuloksissa kehittämissuhteiksi oli potilaan yksityisyyden parantaminen ja tietosuojan lisääminen. Tulevaisuudessa raportointipaikkaan on kiinnitettävä huomiota ja on yhteisesti sovittava, missä se annetaan. Tutkimuksen mukaan joissain tapauksissa potilaan tunnistaminen tapahtui katsomalla henkilötiedot yhdessä ensihoidokertomuksesta.

Tilanteen osa-alue toteutui pääosin hyvin. Tilanteen osa-alue toteutui ensihoidon osalta lähes täydellisesti, mutta monitoimijapäivystyksen osuus jäi puutteellisemmaksi, koska viestintä ei raportointitilanteissa ollut kaksisuuntaista.

Taustan osa-alueessa jäi usein raportoimatta allergiat ja eristystieto, eikä niitä tietoja raportin vastaanottaja myöskään kysynyt. Selittävänä tekijänä näiden tietojen puuttumiselle, voi olla Merlot Medi -ensihoitokertomuksen kirjaus- alusta. Merlotissa ei ole erillistä paikkaa allergioiden ja eristystiedon kirjaamiselle, jolloin ne jäävät helpommin kysymättä ja kirjaamatta.

Nykytilan osioita (ABCDE), ei käyty raporteilla systemaattisesti aina lävitse, vaan mainittiin arvot, joissa poikkeamia tai sanottiin, että ”vitaalit kunnossa”. ABCDE osioista useimmin mainittiin DE.

Toimintaehdotuksen osa-alue toteutui raportointitilanteissa lähes täydellisesti. Tässä vaiheessa raporttia käytiin avointa, hyvää vuorovaikutuksellista keskustelua ja tehtiin yhdessä toimintasuunnitelmaa. Kyselytutkimuksen mukaan hoitajat kokivat raportointitilanteissa vuorovaikutuksen yksiköiden välillä pääosin toimivaksi. Toisaalta kyselyssä nostettiin esiin myös epäkollegiaalinen käytös hoitohenkilökunnan kesken. Tähän vaikuttavana tekijänä on monitoimijapäivystyksen ja ensihoidon kiire sekä päällekkäiset työtehtävät. Aina ei malteta pysähtyä kuuntelemaan raportointia eikä myöskään huomioida toisen yksikön tilannetta. Aikaisemmissa tutkimuksissa ensihoidon ja päivystyksen välisessä potilasraportoinnissa on noussut esiin ongelmia henkilöstön välisessä tiedonsiirrossa ja kommunikoinnissa (ks. Wood ym. 2015).

Suullisessa raportoinnissa toimintamalli koettiin puutteelliseksi. Käytössä olevaa ISBAR-mallia ei käytetä aina systemaattisesti ja yksiköiden välinen viestintä ei toteudu kaksisuuntaisena raportointitilanteissa. Raportoinnin aikainen toiminta ei ole yhdenmukaista kaikilla hoitajilla, eikä raporttia malteta pysähtyä aina kuuntelemaan, koska samanaikaisesti tehdään jo hoitotoimenpiteitä potilaalle. Suullista raportointia joudutaan toistamaan myös usein, koska kaikki eivät raportin alkaessa ole paikalla. Kehittämisehdotukseksi tähän oli yhteisen toimintamallin kehittäminen raportointi tilanteisiin ja ISBAR-mallin systemaattisen käytön lisääminen.

Toimintamallin parantamiseksi ammatillisen yhteistyön lisääminen sekä yhteisten koulutusten järjestäminen olisi tarpeellista. Ammatillisen yhteistyön lisääminen parantaisi ymmärrystä toisen yksikön toiminnasta ja mahdollistaisi kollegiaalisuuden lisääntymisen yksiköiden välillä.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Opinnäytetyössämme saimme vastaukset kaikkiin tutkimuskysymyksiimme ja tutkimusmenetelmät osoittautuivat tarkoituksenmukaisiksi. Tutkimuksen voidaan sanoakin olevan onnistunut, jos on saatu vastaus kaikkiin tutkimuskysymyksiin (Heikkilä 2014, 27). Havainnointitutkimuksen tulosten luotettavuutta parannettiin sillä, että hoitohenkilökuntaa informoitiin tehtävästä havainnoinnista, mutta sen sisältöä ei tarkemmin avattu tai paljastettu, eikä havainnointi päivämääriä ilmoitettu etukäteen. Havainnointitutkimuksen luotettavuuteen voivat vaikuttaa havainnoitsijoiden läsnäolo sekä tutkijoiden omat asenteet (Vilkkä 2007, 11, 57). Koska hoitajat, eivät tieneet mihin asioihin havainnointimme kohdistuu, ei tilanteisiin pystynyt valmistautumaan etukäteen ja tämä mahdollisti totuudenmukaisen toiminnan havainnointitilanteissa.

Havainnoinnin tutkimustarkoituksen on oltava suunnitelmallisempaa, johdonmukaisempaa, järjestelmällisempää sekä eritellympää kuin arkihavainnoinnin. Arkinen havainnointi sisältää paljon tulkinta- ja havainnointivirheitä sekä riskin tehdä vääriä johtopäätöksiä. Tutkimushavainnoinnissa havaintojen tekeminen on rajatumpaa ja tietoisesti valikoitunutta ja tämä rajaaminen tietoisena valintana nähdään tutkimuksen vahvuustekijänä. (Vilkkä 2007, 11.) Havainnointitutkimuksessa keskityttiin havainnoimaan vain havainnointikaavakkeen osia alueita. Tämä havainnointikaavake oli tehty Sairaanhoidajaliiton tekemän tarkastuslistan mukaisesti, jota täydennettiin muutamalla paikallisesti sovitulla kohdalla. Havainnointikaavake testattiin kahdellakymmenellä yhdellä (21) havainnoinnilla ja sitä muokattiin toimivammaksi ennen varsinaisia havainnointeja. Kaavakkeeseen jätettiin mahdollisuus kirjata havaintoja myös tarkastuslistan ulkopuolelta. Havainnointikaavakkeen testauksessa nousi esiin tarve lisätä kaavakkeeseen kolmas havainnoitava raportointitilanne, ennakkopotilaan luovutusraportti. Tämän raportointitilanteen erittely omakseen oli tarkoituksenmukaista, koska raportointitilanne poikkeavaa tavallisesta potilaan luovutusraportista. Näissä tilanteissa on läsnä useita eri toimijoita raportin aikana ja on kyse

hätätilapotilaista. Tämä ennakkopotilaan luovutusraportin lisäys omaksi kohdakseen lisää tulosten luotettavuutta, koska raportointilanteiden erityispiirteet on otettu huomioon tulosten tarkastelussa.

Havainnointitutkimuksen aikana tehtyihin havaintoihin sisältyy esitieto havainnoitavasta asiasta. Tähän esitietoon perustuen kerätään uutta tietoa havaintojen kautta ja tulkitaan sekä käsitellään sitä tutkimuksessa kriittisesti esitietoon nähden. (Vilka 2007, 11.) Opinnäytetyössämme esitietona havainnoiteihin oli suullisen potilasraportoinnin toimintamalli ja tuttu raportointiympäristö. Havainnoinnin luotettavuutta lisää se, että havainnoitava raportoinnin toimintamalli oli meille tuttu ja oli ennakkoon tietoa siitä, millainen on oikein annettu IS-BAR-mallin mukainen suullinen potilasraportointi.

Havainnointia tekevät ei olleet hoitosuhteessa potilaisiin, joten ylös ei kirjattu kenenkään potilastietoja. Havainnointitutkimuksessa keskityttiin havainnoimaan ainoastaan hoitohenkilökuntaa ja hoitohenkilökuntaa käsiteltiin työpiste-kohtaisesti. Kyselyyn osallistuvien henkilöllisyys ei paljastunut tutkimuksessa. Kysely laadittiin vasta havainnointi vaiheen jälkeen ja kysely luotiin vastaamaan siihen tutkimuskysymyksiin, mihin havainnoinnilla ei vastausta voinut saada. Kyselyn luotettavuutta lisää se, että kysymykset laadittiin vasta, kun havainnoinnin tulokset olivat selvillä ja tiedettiin, mitä tietoa vielä tarvittiin. Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tutkimuksen otos on tarpeeksi edustava. Kyselyssä vastausprosentti on suuri ja tutkimus kysymykset mittaavat oikeista asioita. (Heikkilä 2014, 178.) Kyselymme otos oli suhteellisen pieni (n=59), mutta antoi vastauksen tutkimuskysymyksiin sekä täydensi ja vahvisti havainnoinnista saatuja tuloksia.

Kyselytutkimuksen tulokset analysoitiin sisällönanalyysillä ja molemmat tutkijat lukivat aineiston useampaan kertaan lävitse sekä luokittelivat aineiston. Aineiston luokitteluja verrattiin tämän jälkeen toisiinsa. Analyysin luotettavuutta lisää, jos aineiston on luokitellut tutkijan lisäksi joku toinenkin henkilö (Kyngäs ym. 1999). Tällä molempien tutkijoiden tekemällä luokittelulla on opinnäytetyön sisällönanalyysin luotettavuutta lisäävä vaikutus.

Sisällönanalyysin luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää myös face-valideettia. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulokset esitetään henkilöille,

joille tutkittava ilmiö on tuttu ja he arvioivat, vastaavatko tulokset todellisuutta. (Kynge ym. 1999, 10.) Opinnäytetyömme tulokset esiteltiin työyksiköiden yhteisessä koulutuspäivässä ja pyydettiin kaikilta kuulijoilta suulliset kommentit kuulemastaan. Heidän antamansa palautteen mukaan tutkimustulokset vastasivat hyvin todellisuutta ja olivat paikkansapitäviä. Palaute tutkimustuloksista, vaikuttaa opinnäytetyöhömmme luotettavuutta lisäävästi.

Kyselytutkimuksen vastausten raportoinnissa käytettiin alkuperäisilmauksia ja vastaajat identifioitiin numeraalisesti. Alkuperäisilmauksia on otettu kattavasti hyödyntäen koko ainestoa.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtana on tiedeyhteisön hyvien toimintatapojen ja periaatteiden noudattaminen (Keränen ym. 2015, 21). ”Tutkimuseettisestä näkökulmasta tutkimuksen tekemisessä korostuu ennen kaikkea tutkimuksen huolellinen suunnittelu” (Vilka 2007, 59). Tutkimustyötä tehdessä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä, sekä tutkimuksen ja sen tulosten tulkitsemisessä käytetään periaatteena rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta (Keränen ym. 2015, 21). Tässä opinnäytetyössä on pyritty noudattamaan koko opinnäytetyönprosessin aikana hyviä tieteellisiä käytäntöjä noudattaen rehellisyyden, huolellisuuden ja tarkkuuden periaatteita.

Hyvä tutkimuskäytäntö edellyttää, että tutkimukselle on saatu asianmukaiset luvat ja eettinen ennakoarviointi on suoritettu, mikäli sellaista edellytetään (Keränen ym. 2015, 21). Tässä opinnäytetyössä tutkimuslupa haettiin asianmukaisesti ennen tutkimuksen aloittamista. Havainnointitutkimuksen jälkeen haettiin vielä erillinen tutkimuslupa kyselytutkimukselle, kun oli täsmentynyt, mihin tutkimuskysymyksiin ei havainnointitutkimuksella saatu vastauksia. Eettistä ennakoarviointia ei tutkimuksemme edellyttänyt.

Tutkimuksen tiedonhankinnan, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla eettisesti kestäviä. Tutkimuksessa ja sen raportoinnissa sekä syntyneiden tutkimusaineistojen tallentamisessa noudatetaan avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää. (Keränen ym. 2015, 21.) Ennen tutkimuksen aloittamista, lähetettiin

sähköpostitse yksiköiden hoitohenkilöstölle tiedote tutkimuksesta ja tutkimusmenetelmistä.

Tutkimusmenetelmänä havainnoinnin käyttäminen aineiston keräämiseen edellyttää, että tutkijalla on mahdollisuus päästä tutkimuskohteensa sisälle. Tämä ei ole ongelma, jos tutkijat ovat osa tutkittavaa yhteisöä. Tämä kuuluminen tutkimusyhteisöön tuo mukanaan eettisen ongelman ja on tarkasteltava mikä on tutkijan asema tutkimuskohteeseen nähden. (Vilkkä 2007, 65.) Tutkimuksessamme tutkimme oman työyhteisömme toimintaa ja eettisesti pohdittiin, vaikuttaako raportointiin se, että tilannetta havainnoidaan ja että havainnoinnin kohteena ovat oman työyhteisömme työntekijät. Työyhteisön ja työtapojen tunteminen auttoi arvioimaan havainnoinnin merkitystä raportointitilanteisiin ja vaikuttavuutta saataviin tutkimustuloksiin. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluukin, että tutkija arvioi oman asemansa merkitystä ja suhdetta organisaatiossa ja sen vaikututtavuutta tutkimustuloksiin (Vilkkä 2007, 65).

Tutkimuksen missään vaiheessa ei kysytty vastaajien henkilötietoja, eikä vastauksia pysty yksilöimään. Tutkimusaineisto on säilytetty tutkimusvaiheessa luottamuksellisesti ja huolellisesti, eikä aineisto ole ollut ulkopuolisten saatavilla. Tutkimustulokset raportointiin tutkimukseen osallistuvalla henkilöstöllä yhtäaikaaisesti. Saaduista tuloksista käytiin avointa keskustelua sekä pohdintaa työyksiköiden yhteisessä koulutuspäivässä, jossa tulosten julkistaminen tapahtui. Koulutuspäivässä käytiin keskustelua molempien työyksiköiden hoitohenkilökunnan kanssa tulosten hyödynnettävyydestä ja paikkansapitävyydestä.

6.4 Tutkimustulosten hyödynnettävyys

Tutkimustulosten perusteella tulee ensihoidon ja monitoimijapäivystyksen välistä suullista potilasraportointia sekä siihen liittyviä toimintatapoja kehittää potilasturvallisuuden parantamiseksi. Kehittämisehdotukset on kasattu 10 kohdan listaksi:

1. Ensihoidon käyttämään sähköiseen ensihoitokertomukseen tulee lisätä allergia- ja eristystarve- kohdat. Kyseiset kohdat eivät ole nykyisin ensihoitokertomuksessa omana kohtanaan, joten jäävät useasti huomioimatta raportointitilanteissa molemmilta työyksiköiltä.
2. Monitoimijapäivystyksen käytössä oleva ennakoilmoituskaavake tulee muokata ISBAR-mallin mukaiseksi. Ennakoilmoitus on tällöin helpompi vastaanottaa ja kaksisuuntainen viestintä onnistuu yksiköiden välillä paremmin.
3. Työyksiköiden välillä tulee sopia, missä suullinen potilasraportointi annetaan. Kun luovutusraporttia ei pidetä potilaspaikeilla, parannetaan sillä potilaiden yksityisyyden suojaa.
4. Raportin aikana ei suoriteta samanaikaisia muita toimintoja, vaan keskittään annettavaan raporttiin. Näin vuorovaikutus henkilöstön välillä pysyy hyvänä, eikä samanaikaiset toiminnot häiritse kuuntelua.
5. ISBAR-toimintamallia käytetään systemaattisesti. Toimintamalli on nykyisinkin jo olemassa, mutta sen käyttö ei ole systemaattista. Mallia käytetään niin ensihoidon luovuttaessa potilasta monitoimijapäivystykselle, mutta myös päinvastoin (sairaalasiirrot).
6. Yhteistä koulutusta ja simulaatioita tulee järjestää. Niihin osallistujat moniammatillisuus huomioiden (ensihoito, monitoimijapäivystyksen henkilökunta ja lääkärit).
7. Potilaan saapuessa monitoimijapäivystykseen suoritetaan ensin potilaan voinnin tarkistus, tämän jälkeen tarvittaessa henkeä pelastavat toimenpiteet ja viimeisenä suullinen potilaan luovutusraportti.
8. Akuuteissa tilanteissa tulee johtajuuteen kiinnittää huomioita. Jonkun tulee johtaa tilanteita ja tilannejohtaja tulee olla kaikkien tiedossa.
9. Tilannetietoisuuden ylläpitäminen. Mitä ei ääneen puhuta, sitä ei voi toisen ajatuksista lukea.
10. Sähköisen ensihoitokertomuksen tarkoituksenmukainen hyödyntäminen. Tämä korostuu etenkin ennakoilmoituspotilaiden kohdalla. Ennakoilmoituksia kuuntelee moniammatillinen tiimi, eikä sähköinen ensihoitokertomus ole kaikkien luettavissa. Ennakot tulee antaa ISBAR-mallin mukaisesti, ei kuitenkaan ” luin ensihoitokertomuksen”. Sähköinen ensihoitokertomus ei voi syrjäyttää suullista potilasraportointia, mutta se on hyvänä lisänä.

6.5 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme havainnointitutkimuksen ja laadullisen kyselytutkimuksen tulokset täydensivät hyvin toisiaan ja saimme kyselystä selittäviä tekijöitä havainnoinnin tuloksille. Näitä tuloksia hyödyntämällä voisi jatkossa tutkia tarkemmin selittävien tekijöiden vaikuttavuutta ISBAR-mallin mukaisen raportoinnin onnistumiseen.

Hyödyllistä olisi myös yhteisten käytänteiden ja ISBAR-mallin toteutumisen arviointi simulaatioharjoitusten avulla, kun käytännöt on saatu yhdenmukaistettua ja henkilöstö koulutettua. Lisäksi kyselyn uusiminen henkilöstölle siitä, onko koulutus ja simulaatio korjannut niitä puutteita, joita tutkimuksessamme tulokset osoittivat ja onko kehittämisideoiden toteutus onnistunut.

LÄHTEET

- Bamasubbu, B., Stewart, E. & Spirotoso, R. 2017. Introduction of the identification, situation, background, assessment, recommendation tool to improve the quality of information transfer during medical handover in intensive care. *Journal of the intensive care society* 18, 17 – 23.
- Bost, N., Crilly, J., Patterson, E. & Chaboyer, W. 2012. Australia. Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing* 20, 133 – 141.
- Dawson, S., King, L. & Grantham, H. 2013. Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emerg Med Australas* 25, 393 – 405.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. painos. Porvoo: Edita.
- Heinonen, J. s.a. Opetussivut. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kyvyt.fi/group/heinosen-opetussivut/untitled-3> [viitattu 27.10.2018].
- Helovuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Painos 2. Helsinki: Fioca Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2012. Tutki ja kirjoita. 15.-17. painos. Helsinki: Tammi
- Jokela, J., Nurmi, E. & Rovamo, L. 2013. Simulaatiotilanteiden suunnittelu. Teoksessa Rosenberg P., Silvennoinen M., Mattila M-M. & Jokela J. (toim.) Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Helsinki: Fioca Oy, 88 – 100.
- Jylhä, V., Bates, D. & Saranto, K. 2016. Critical factors in the information management process: the analysis of hospital-based patient safety incident reports. *Finnish journal of eHealth and eWelfare*. 8, 164 – 176.
- Keränen, T. & Pasternack, A. 2015. Kliinisen tutkimuksen etiikka. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kuisma, M., Homström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. ISBAR- menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. *Sairaanhoitaja* 3, 29 – 31.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11, 3 – 12.

Ponzer, S. & Castrén, M. 2013. Ammattienvälinen toiminta ja kommunikaatio. Teoksessa Rosenberg, P., Silvennoinen, M., Mattila, M.-M. & Jokela, J. (toim.) Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Helsinki: Fioca Oy. 134 – 145.

Rall, M. 2013. Simulaatio -mitä, miksi, milloin ja miten? Teoksessa Rosenberg, P., Silvennoinen, M., Mattila, M.-M. & Jokela, J. Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Helsinki: Fioca Oy, 9 – 20.

Sairaanhoitajaliitto. 2014. Potilasturvallisuus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/> Viitattu [6.10.2018]

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Potilasturvallisuusstrategia 2017 – 2021. Julkaisuja 2017:9, WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3963-9> [viitattu 6.10.2018]

Stewart, K. & Hand, K. 2017. SBAR, Communication and Patient Safety: An Integrated Literature Review. *Medsurg Nursing* 26, 297 – 305.

Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. *Finnanest* 48, 338 – 343. Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf [viitattu 6.10.2018]

Thompson, J., Collett, L., Langbart, M., Purcell, N., Boyd, S., 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, 340 – 344.

Toghian Chaharsoughi, N., Ahrari, S. & Alikhah, S. 2014. Comparison the effect of teaching of SBAR technique with role play and lecturing on communication skills of nurses. *Journal of caring sciences* 3, 141 – 147.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.

Vilka, H. 2007. Tutki ja havainnoi. 1.-2. painos. Helsinki: Tammi

Wang, W., Liang, Z., Blazeck, A. & Greene, B. 2015. Improving Chinese nursing students' communication skills by utilizing video-stimulated recall and role-play case scenarios to introduce them to the SBAR technique. *Nurse Education Today* 7, 881 – 887.

Weaver, S., Lubomksi, L., Wilson, R., Pfoh, E., Martinez, K. & Dy, ky S. 2016. Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy: A Systematic Review. *HHS Public Access*. 1-12.

Wood, K., Crouch, R., Rowland, E. & Pope, K. 2015. Clinical handovers between prehospital and hospital staff: literature review. *Emergency Medicine Journal* 32, 7.

Yu, M. & Kang, K. 2017. Effectiveness of a role-play simulation program involving the sbar technique: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*. 41 – 47.

ISBAR – kiireellinen tilanne	
1. IDENTIFY Tunnista	<ul style="list-style-type: none"> • Nimesi, ammatti, yksikkö • Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus
2. SITUATION Tilanne	<ul style="list-style-type: none"> • Syy raporteintiin
3. BACKGROUND Tausta	<ul style="list-style-type: none"> • Lyhyesti nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat • Allergiat • Tartuntavaara/eristys
4. ASSESSMENT Nykytilanne	<p>Raportoi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vitaalilintoiminnot <ul style="list-style-type: none"> A Ilmatie B Hengitys, saturaatio C Pulssi, verenpaine D Tajunnan taso (GCS), kipu E Lämpötila, iho, väri, vatsa, virtsaneritys, ulkoiset, näkyvät merkit • Oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen
5. RECOMMENDATION Toimintaehdotus	<p>Ehdota</p> <ul style="list-style-type: none"> • Välitöntä toimenpidettä • Tarkkailun lisäämistä • Toimenpidettä • Siirtoa toiseen yksikköön <p>Varmista</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kuinka kauan...? • Kuinka usein...? • Koska otan uudelleen yhteyttä...? • Onko vielä kysyttävää? • Olemmeko samaa mieltä?

HAVAINNOINNIN TARKISTUSLISTA/ISBAR

ENNAKKOILMOITUS <input type="checkbox"/>	POTILAAN LUOVUTUSRAPORTTI <input type="checkbox"/>	TOTEUTUU		TOTEUTUU PUUTTEELLISESTI		EITOTEUDU		MUUT havainnot esim. eleet ilmeet <input type="checkbox"/>
		Ensihoito	Päivystys	Ensihoito	Päivystys	Ensihoito	Päivystys	
IDENTIFY Tunnistaminen	Ilm antava yksikkö Erikaisala Potilaan nimi Potilaan ikä Potilaan henkilötunnus Syy raportointiin							
SITUATION Tilanne								
BACKGROUND Taudat	Lyhyesti nykyiset ja aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat allergiat tartuntavaara/eristys							
ASSESSMENT Nykytilanne	Vitaaleilintoiminnot A Ilmatie B Hengitys, saturaatio C Pulssi, RR D Tajunta (GCS), kipu E lämpötila, iho, väri, vatsa, virtsaneritys, ulkoiset, näkyvät merkit muut oleelliset asiat							
RECOMMENDATION Toimintaehdotus	Ehdota välittä topp , tarkkailun lisäämistä, toimenpidettä, siirtoa toiseen yksikköön Varmista kuinka kauan? kuinka usein? koska otan uudelleen yhteyttä? Onko vielä kysyttävää? Olemmeko samaa mieltä?							

Kysely ensihoidon ja monitoimijapäivystyksen hoitohenkilökunnalle suullisen potilasraportoinnin toteutumisesta

Opiskelemme akuuttihoitotyön YAMK opintoja. Tutkimustyön tarkoituksena on selvittää ESSOTE:n ensihoidon ja monitoimijapäivystyksen hoitajien välisen suullisen raportoinnin nykytilaa ja kehittämistarpeita. Tutkimuksen tavoitteena on tehdä suullisen raportoinnin kehittämissuunnitelma. Kehittämissuunnitelmaa varten teemme havainnointi- ja kyselytutkimuksen. Havainnointitutkimuksen osuus on suoritettu ja nyt on kyselytutkimuksen aika.

Kyselytutkimuksen vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Vastaajan henkilöllisyys ei paljastu, vastaukset käsitellään työyksikkö kohtaisesti.

Kyselyyn vastaaminen vie aikaa 5 - 10 minuuttia. Hyvän kehittämissuunnitelman aikaansaamiseksi, jokainen vastaus on tarpeellinen. Kiitos vastauksestasi!

1. Työyksikköni on *

- Ensihoito
- Monitoimijapäivystys

2. Työvuodet nykyisessä työyksikössä *

- Alle 1 vuosi
- 1-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- Yli 10 vuotta

Suullinen potilasraportointi

Tässä kyselyssä suullinen potilasraportointi käsittää ensihoidon ja monitoimijapäivystyksen hoitohenkilökunnan välistä potilasraportointia ennakoilmoituksen antamisen, sekä potilaan luovuttamisen yhteydessä.

3. Nimeä kolme (3) asiaa, mitkä toimivat suullisessa potilasraportoinnissa ensihoidon ja monitoimijapäivystyksen välillä. *

4. Nimeä kolme (3) asiaa, mitkä eivät toimi suullisessa potilasraportoinnissa ensihoidon ja monitoimijapäivystyksen välillä. *

5. Millaisia kehittämissuunnitelmia sinulla on suullisen potilasraportoinnin parantamiseksi?

400 merkkiä jäljellä

Lähetä