

Marianne Nurminen

## **ISBAR — Strukturoitu ja systemaattinen raportointimenetelmä**

Osastotunti raportointimenetelmän käytöstä potilasraportoinnissa  
terveysaseman hoitohenkilökunnalle

Opinnäytetyö

Kevät 2019

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidtaja (AMK)

Tekijä: Marianne Nurminen

Työn nimi: ISBAR — Strukturoitu ja systemaattinen raportointimenetelmä: Osastotunti raportointimenetelmän käytöstä potilasraportoinnissa terveysaseman hoitohenkilökunnalle

Ohjaaja: Asta Heikkilä TtT, yliopettaja ja TtM Raija Palo Lehtori

Vuosi: 2019

Sivumäärä: 50

Liitteiden lukumäärä: 3

---

Kommunikaatio-ongelmat myötävaikuttavat noin 70 prosenttiin terveydenhuollon haittatapahtumista. Isoimmat riskitekijät tiedonkulussa toteutuvat, kun tietoa pitäisi siirtää organisaatioiden välillä tai hoitoyksiköstä toiseen. Tiedonkulun ongelmien taustalla aina on jokin syy.

Opinnäytetyö on toteutettu toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyön aihe tuli työelämätaholta, jonka toive oli saada hoitohenkilökunnalle perehdytys ISBAR-raportointimenetelmästä. Työn tarkoituksena on suunnitella, toteuttaa ja arvioida osastotunti ISBAR-potilasraportointimenetelmästä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan ISBAR-potilasraportointitietämystä ja -osaamista.

ISBAR on strukturoitu ja systemaattinen raportointimenetelmä, jonka avulla informaatio voidaan järjestää selkeään ja tiiviiseen muotoon. Tämä varmistaa potilaan tärkeiden tietojen sekä huomioitavien asioiden siirtymisen eri kommunikaatio tilanteissa. ISBAR pyrkii karsimaan hoitohenkilökunnan inhimillisten erehdysten sekä unohdusten määrää.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa tarkastellaan potilasraportoinnin merkitystä potilasturvallisuuteen ja hoitotyöhön. ISBAR-menetelmän osalta perehdyttiin jo tutkittuun tietoon ja asiantuntija-artikkeleihin. Osastotunti rakennettiin teoriaosuudessa löydetyn ja kerätyn lähdemateriaalin pohjalta. Osastotunnin lopuksi osallistujat täyttivät palautekyselyn, jonka pohjalta pystyttiin arvioimaan tunnin onnistuminen tavoitteessa.

Palautekyselyn tuloksista nousi esiin, että ISBAR-käsitteenä oli tuntemattomampi, mutta raportointimenetelmänä kuitenkin jossain määrin käytetty. Potilascase-harjoitteet koettiin melko käytännönläheisiksi ja tukevan ISBAR-menetelmän oppimista. ISBAR on tunnetumpi ja käytetympi erikoissairaanhoidossa, joten olisi tärkeää osallistuttaa perusterveydenhuolto ja sen moniammatillinen ympäristö. Tulevaisuudessa menetelmän lisääminen hoitotyön perusopetukseen on perusteltua, jos tutkimuksessa todetaan menetelmän hyödyt potilasturvallisuuteen.

Avainsanat: ISBAR, potilasturvallisuus, raportointi, hoitovastuu, kommunikointi

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Nursing

Author: Marianne Nurminen

Title of thesis: ISBAR —Structured and systematic reporting method: Orientation lesson on the reporting method in the patient reporting to nursing staff of the health centre

Supervisor(s): Asta Heikkilä PhD, Principal Lecturer & Raija Palo MNSc, Senior Lecturer

Year: 2019      Number of pages: 50      Number of appendices: 3

---

Communication problems contribute to about 70 per cent of the drawback events in the public health service. The biggest risk factors in the flow of information will take place when the information should be moved between the organisations or from one nursing unit to other. In the background of the problems of the flow of information, there is always a reason.

The thesis has been carried out as a functional thesis. The subject of the thesis came from the work organisation and a wish was to get the orientation lesson to the nursing staff from the ISBAR method. The purpose of the work is to design, to execute and to estimate the lesson from the ISBAR reporting method. The objective of the thesis is to develop the reporting knowledge and know-how of the nursing staff.

ISBAR is structured and systematic reporting method, which can be used to arrange the information in a clear and tight form. This secures the transition of the patient's important knowledge and matters, to be observed in the situations, a separate communication. ISBAR tries to cut the amount of the human mistakes and lapses of memory of the nursing staff.

The theory of the thesis in the share was to fetch information about the significance of the reporting to the patient safety and in the nursing. In the ISBAR method the information was already examined, and expert articles were studied. The lesson was built based on the source material, that has been found and the theory share that was collected. At the end of the lesson, the participants filled in the feedback inquiry, which was possible to estimate success in the objective of the lesson. From the results of the feedback inquiry it stands out, that the ISBAR concept was more unknown, but to some extent however, it was used as a reporting method. The patient-case were experienced supporting the learning of the ISBAR method. ISBAR is more used in special health care, so it would be important to take it all so to primary health care and its many vocational environment. In the future adding the method to the basic teaching of the nursing may be needed, if in the studies the advantages of the method are stated to patient safety.

Keywords: ISBAR, patient safety, reporting, nursing responsibility, communication

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ .....	4
Kuviot .....	6
Käytetyt termit ja lyhenteet .....	7
1 JOHDANTO.....	8
2 POTILASTURVALLISUUS HOITOTYÖSSÄ .....	10
2.1 Tiedonkulku ja viestintä osana potilasturvallisuutta .....	11
2.2 Viestinnän perustana hyvä dokumentointi .....	13
3 POTILASRAPORTOINNIN MERKITYS HOITOTYÖSSÄ .....	14
3.1 Raportointimallit ja hoidon jatkuvuus .....	14
3.2 Hoitovastuun siirto .....	15
4 ISBAR — STRUKTUROITU RAPORTOINTIMENETELMÄ .....	17
4.1 SBAR-menetelmän jalkautuminen terveydenhuoltoon.....	17
4.2 Potilasraportointi ISBAR-menetelmällä.....	21
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	24
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	25
6.1 Opinnäytetyön tiedonhaku.....	25
6.2 Toiminnallinen opinnäytetyö .....	26
6.3 Osastotunnin suunnittelu.....	26
6.3.1 Havainnollistaminen ja konkretisointi.....	29
6.3.2 Vaihtelu ja aktivointi .....	30
6.3.3 Yhteistyö ja yksilöinti .....	30
6.3.4 Palaute.....	31
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	34
7.1 Osastotunnin toteutus .....	34
7.2 Osastotunnin arvioinnin tulokset.....	36
7.2.1 Palautekyselyn tulokset.....	36
7.2.2 Tekijän arviointi osastotunnista .....	39

8 POHDINTA .....	41
8.1 Opinnäytetyön kokonaisuutena .....	41
8.2 Opinnäytetyön eettisyys .....	42
8.3 Opinnäytetyön luotettavuus.....	44
8.4 Aiheen jatkokehittämis- ja tutkimusehdotukset .....	45
LÄHTEET .....	47
LIITTEET .....	51

## Kuviot

Kuvio 1. Palautekyselyn tulokset.....	38
---------------------------------------	----

## Käytetyt termit ja lyhenteet

<b>SBAR/ISBAR</b>	strukturoitu ja järjestelmällinen raportointimenetelmä. Kansainvälisessä kirjallisuudessa SBAR, suomessa ISBAR
<b>Potilasturvallisuus</b>	sisältää hoito-, lääkehoito- sekä laiteturvallisuuden
<b>Hoitovastuunsiirto</b>	vastuu potilaan hoidosta siirtyy osittain tai kokonaan toiselle henkilölle tai ryhmälle väliaikaisesti tai pysyvästi
<b>Raportointi</b>	Suullista ja kirjallista viestintää, tiedottamista asiasta eteenpäin

# 1 JOHDANTO

Terveydenhuoltojärjestelmä on monimutkainen sekä riskialtis toimintaympäristö, jossa valtava määrä jopa kriittistä potilastietoa siirtyy eri yksiköiden sekä ammattiryhmien välillä. Hoidossa tapahtuvilla virheillä on suuri merkitys potilaiden terveydelle ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksille. Yleisesti terveydenhuollon parissa olevilla organisaatioilla ja yksiköillä tulee olla potilasturvallisuussuunnitelma, joka keskittyy erityisesti lääkehoitoon, tiedonkulkuun sekä johtamisen ja vastuiden selkeyteen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009; Helovuori ym. 2011, 13, 207.)

Potilasraportointi on erittäin tärkeä osa potilasturvallisuutta. Jos tiedonkulussa ilmenee puutteita tai ongelmia, ne korostuvat kiireellisissä toimintaympäristöissä ja mahdollistavat vakavienkin haittatapahtumien synnyn potilaiden siirtyessä toimipaikkojen välillä. Inhimillisiä virheitä pystyttäisiin välttämään vähentämällä toimintaa muistin varassa ja noudattamalla hoitoprosessin ja potilaan hoitopolun eri vaiheissa selkeitä varmistusrutiineja (Kinnunen & Helovuori 2017, 1). Potilasraportoinnissa välitetyn tiedon täytyy olla selkeää, ajantasaista, tarpeellista ja yhdenmukaista. Raportointi antaa käytännönläheisesti työkaluja laadun ja potilasturvallisuuden varmistamiseen hoitotyössä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Potilasraportoinnin merkitystä ei koskaan eikä missään työelämän yksikössä tulisi väheksyä. Se on kriittinen osa potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta, joka koskettaa koko hoitohenkilökuntaa. Tiedonkulun ongelmat ovat merkittävin haittatapahtumiin vaikuttava tekijä, siksi avoin ja aktiivinen viestintä on yksi potilasturvallisuuden varmistamisen keskeisimpiä keinoja (Kinnunen & Helovuori 2017,1).

Opinnäytetyön aiheena on strukturoitu ja järjestelmällinen ISBAR-raportointimenetelmä ja raportoinnin merkitys osana potilasturvallisuutta. Opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella, toteuttaa ja arvioida osastotunti ISBAR-potilasraportointimenetelmästä Keuruun terveysaseman hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan potilasraportointitietämystä ja -osaamista ja sitä kautta edelleen vaikuttaa siihen, että ISBAR-menetelmä vakiintuisi yhteistyötahon hoitohenkilökunnan yhteneväiseksi raportointi- ja konsultointimenetelmäksi.

Työelämäyhteytenä toimii Keski-Suomen seututerveyskeskus, Keuruun terveysasema. Keuruun terveysasema kuuluu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alaisuuteen. Yhteyshenkilönä toimi päivystys- ja vastaanottoiminnan osastonhoitaja Helena Ala-Viinikka. Aihe nousi esiin työnantajan huolesta hoitohenkilöstön ISBAR-raportointimenetelmän osaamisesta sekä menetelmän käytön osaamishaasteista.

## 2 POTILASTURVALLISUUS HOITOTYÖSSÄ

Potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja. Näiden tarkoitus on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumiselta. Suomen ensimmäisen potilasturvallisuusstrategian laati sosiaali- ja terveysministeriön asettama potilasturvallisuuden ohjausryhmä vuosille 2009–2013. Strategian tavoitteena oli ankkuroida potilasturvallisuus toiminnan rakenteisiin ja toimintatapoihin, jotta annettava hoito olisi vaikuttavaa ja turvallista. Jokainen yhteiskunnan jäsen asioi terveydenhuollossa jossain elämänsä vaiheessa, ja näin ollen potilasturvallisuus koskettaa kaikkia. (Kyngäs 2009, 3; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11–12; Helovuori ym. 2011, 13)

Potilasturvallisuuteen lukeutuu useita osa-alueita, joita ovat mm. lääkehoidonturvallisuus, laiteturvallisuus, hoidonturvallisuus sekä tiedonkulku, jotka kokonaisuutena ovat osa hoidon laatua. Potilasturvallisuus tarkoittaa potilaalle sitä, että hän saa oikean hoidon oikeaan aikaan mahdollisimman vähillä haitoilla. (Kinnunen 2008, 11; Helovuori ym. 2011, 13; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 15, 27.)

Potilasturvallisuudesta on annettu asetus terveydenhuollon laissa, joka edellyttää, että terveydenhuollon toiminnan on oltava ammatillista sekä perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. (L 30.12.2010/1326.)

Potilasturvallisuuden pettämisen seurauksena hoidot pitenevät ja potilaalle aiheutuu inhimillistä kärsimystä, mahdollisesti pysyvä haitta ja kohtalokkaimmillaan jopa kuolema. Ennen vuotta 2011 tehtyjen tutkimusten mukaan Suomessa hoitovirheisiin menehtyi arviolta 700–1700 ihmistä vuosittain ja näiden laskelmien mukaan haittatapahtumista ja hoitovirheistä aiheutui Suomessa vuosittain 409 miljoonan euron lisäkustannukset pelkästään vuodeosastohoidosta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9–10).

Haittatapahtumien syyt yleensä ovat työyhteisön tai järjestelmän toiminnan häiriöitä, eivätkä yksittäisen työntekijän toimintaa. Syyllistämätön, rakentava ja myönteinen toimintakulttuuri, jossa potilasturvallisuutta edistetään tilanteiden ennakoimisella ja

omasta ja muiden toiminnasta oppimisella, olisi hoitotyössä merkityksellinen. Virheistä tulee oppia ja antaa muidenkin oppia niistä. Tähän päästään vain raportoimalla. Syyllistäminen johtaa virheiden peittelyyn, ja tällöin virheen tai haittatapahtuman salaaminen estää myös virheestä oppimisen. Haittatapahtumat tulee raportoida, mutta kehittääkseen potilasturvallisuutta raportit ja ilmoitukset tulee myös analysoida ja käsitellä työyhteisössä, jotta voidaan suunnitella kehittämistoimenpiteitä. Tämä vaatii organisaation johdon sitoutumista edistää ja kehittää tiimityötä ja yhteisiä toimintatapoja avoimemmaksi potilasturvallisuuskulttuuriksi, jossa virheistä uskalletaan puhua. Jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen tulisi toimia hyvän ammattietiikan ja ammattitaidon ohjaamana edistääkseen potilasturvallisuutta. (Kinnunen 2008, 10–13; Kyngäs 2009, 3–4.)

## **2.1 Tiedonkulku ja viestintä osana potilasturvallisuutta**

Tiedonkulku ja viestintä ovat oleellinen ja tärkeä osa potilasturvallisuutta ja edellyttävät, että potilaasta ja hänen hoidostaan oleva ja saatava tieto on oikeaa ja ajan tasalla olevaa (Helovuori ym. 2015, 11–12). Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (2011, 26–28) on määritellyt tiedonkulun osuutta osana potilasturvallisuutta. Nykypäivän muuttuvassa terveydenhuollossa potilaan hoitopolku saattaa koostua useista siirtymistä, koska erikoissairaanhoidon suunnataan ja keskitetään isompiin toimipisteisiin pois pieniltä paikkakunnilta. Tällöin potilaan hoitoon koko hoitopolun aikana saattaa osallistua useita erikoisalojen ja ammattiryhmien edustajia (Tamminen & Metsävainio 2015, 338). Kommunikointi on tärkeä työkalu moniammatillisessa ja yhteistyöhön perustuvassa hoitotyössä potilasturvallisuuden näkökulmasta katsottuna. Potilaan hoidon jatkuminen laadukkaana, turvallisena sekä potilaskeskeisenä ei ole mahdollista ilman viestintää. Aktiivinen viestintä ja kommunikointi lisää toiminnan luotettavuutta sekä laatua (Castrén ym. 2012, 44).

Tiedonkulkuun liittyy haasteita, jotka usein ovat myötävaikuttavina tekijöinä vaaratapahtumiin. Erityisesti suulliset raportointi ja viestintätilanteet ovat herkkiä erilaisille ympäristöhäiriöille tai virheellisille tulkinnoille. Kuparin ym. (2012) mukaan kommunikaatio-ongelmat, kuten tiedonkulun katkeaminen ja väärinymmärrykset myötävaikuttavat noin 70 prosenttiin terveydenhuollon haittatapahtumista. Härkäsen ym.

(2013, 54) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin erikoissairaanhoidon henkilöstön kuvauksia lääkityspoikkeamista ja näkemyksiä niiden estämisestä. Tutkimusaineisto kerättiin yhden yliopistosairaalan HaiPro-ohjelmasta. Tietokantaan oli vuodelta 2010 kertynyt yhteensä 1617 poikkeamailmoitusta, joista 671 oli lääkehoitoon liittyviä poikkeamailmoituksia. Tutkimustuloksissa yhtenä merkittävimäksi poikkeamien syntymiseen vaikuttavista tekijöistä mainittiin kommunikaatio ja tiedonkulku.

Ruuhilehdon ym. julkaisemassa tutkimuksessa (2011) tutkittiin HaiPro-raportointijärjestelmän ilmoituksia ja pohdittiin yksiköiden sisäiseen kehittämiseen tähtääviä raportointimenettelyn rooleja sekä mahdollisuuksia potilasturvallisuuden kehittämiseen ja seurantaan kansallisesti. Tulokset kertoivat tapaturmien ja tiedonvälityksen puutteiden osuuden olevan yhteensä neljäsosa kaikista ilmoitetuista tapahtumista. Tarkemmin vuosien 2008–2011 väliseltä ajalta tarkasteltuna tiedonkulun haittatapahtumat olit 22–23 prosenttia kaikista ilmoitetuista haittatapahtumista. Isoimmat riskitekijät tiedonkulussa toteutuvat, kun tietoa pitäisi siirtää organisaatioiden välillä tai hoitoyksiköstä toiseen. Tiedonkulun ongelmien taustalla ovat usein mm. puutteellisten tietojen välittäminen tai se, että vastaanotettu tieto on ymmärretty väärin, jolloin eteenpäin välittyy väärä tietoa tai tietoa ei ole välitetty ollenkaan. Organisaation sisällä tiedonkulussa saattaa puutteita ilmetä myös eri työntekijöiden, ammattiryhmien ja yksiköiden välillä. (Peltomaa 2011, 20; Ruuhilehto ym. 2011; Castrén ym. 2012, 44; Kupari ym. 2012, 29; Helovuo ym. 2015, 11–12; Tamminen & Metsävainio, 2015, 339.)

Tammisen ja Metsävainion (2015, 339) mukaan tutkimukset ovat osoittaneet, että hoitajat ovat yksityiskohtaisempia ja kuvailevimpia raportoinnissaan, kun taas lääkärit raportoivat tiivistetympin. Erilaiset viestintätyylit ja raportointimenetelmät saattavat johtaa turhautumisiin. Tiedonkulkua voidaan toteuttaa useilla eri tavoilla, mutta yksikään menetelmä ei ole turvallinen ja toimiva yksinään. Tiedonsiirtoa toteutetaan kirjallisesti ja suullisesti kasvokkain tai puhelimitse tiedottaen.

## 2.2 Viestinnän perustana hyvä dokumentointi

Tiedonkulun ja viestinnän pohjana on hyvä ja perusteellinen dokumentointi, ja se toimii suullisen tiedonkulun perustana ja on tärkeä työväline hyvässä hoitotyössä. Kirjaaminen lisää ja parantaa tiedonvälitystä potilaan terveydentilasta ja annetusta hoidosta. Potilaan hoidosta tehty dokumentointi mahdollistaa sekä varmistaa potilaan saaman hoidon sekä sen jatkuvuuden. Kassaran ym. (2005, 55) mukaan kirjaaminen ja hoidon dokumentointi tekevät hoitotyön näkyväksi, ja siksi hoitotyössä kulkee periaate; mitä ei ole kirjattu, ei ole tehty. Dokumentointi myös varmistaa ja turvaa sekä potilaan että hoitohenkilökunnan oikeusturvaa, ja tästä syystä kirjaamiseen ja dokumentointiin tulee kiinnittää huomiota. Kirjaamisen tulee sisältää hoitotyön suunnitelman, toteutuksen sekä toteutuksen arvioinnin ja muut oleelliset asiat potilaan hoidosta. Dokumentoinnin tulee olla virheetöntä ja asianmukaista. Tekstin tulee olla selkeää sekä luettavaa. Hoidosta tehdyn dokumentoinnin tulisi olla arvioivaa ja perusteltua. (Kassara ym. 2005, 55; Castrén ym. 2012, 52; Heikkinen & Lundgrén-Laine 2013.)

## 3 POTILASRAPORTOINNIN MERKITYS HOITOTYÖSSÄ

### 3.1 Raportointimallit ja hoidon jatkuvuus

Tässä opinnäytetyössä keskeisimmiksi potilasraportoinnin käsitteiksi nousevat potilasturvallisuus, hoidon jatkuvuus, hoitovastuun siirto sekä SBAR/ISBAR. Hoitotyössä raportoinnilla tarkoitetaan niin suullista kuin kirjallistakin tiedottamista potilaan tilasta seuraavalle potilaan hoidosta vastaavalle hoitohenkilökunnan jäsenelle. Raportoinnin tavoitteena on turvata potilaiden oikeanlainen hoidon jatkuvuus hoitovastuun siirtyessä työvuorojen vaihtuessa tai vastaavasti hoitoyksikön vaihtuessa. Raportointimalleja ja menetelmiä on useita ja ne vaihtelevat paljon yksikkö- sekä työympäristö kohtaisesti. (Kassara ym. 2005, 63.)

Terveystieteiden alalla käytössä on useita raportointimalleja kuten esimerkiksi **suullinen raportointi**, jossa edellisen vuoron työntekijä kertoo suullisesti potilaan tärkeät tiedot ja raportin vastaanottavat kuuntelevat ja tarvittaessa omatoimisesti tekevät muistiinpanoja. **Hiljainen raportointi** tapahtuu, kun seuraavan vuoron työntekijä lukee omatoimisesti tiedot potilaista kirjallisista tai sähköisistä potilasasiatiedoista hoitotyön suunnitelmaa hyväksikäyttäen. **Potilaanvierusraportti** on suullista raportointia vuoron vaihtuessa, joka tapahtuu potilaan luona. Tässä tilanteessa tieto välittyy sekä hoitajalle että potilaalle ja tilanne mahdollistaa välittömän kuvan potilaan voinnista. (Kassara ym. 2005, 63.)

Puumalaisen, Långstedtin ja Erikssonin (2003, 4–8) julkaisemassa tutkimuksessa terveydenhuollossa totutuin raportointimalli on suullinen raportointi, joka on koettu tärkeäksi, koska se antaa mahdollisuuden ja aikaa yhteiseen keskusteluun sekä tukee työntekijöiden sosiaalista yhteenkuuluvuutta. Raportointikäytäntöä on pyritty kehittämään potilaan huomioivaan potilaanvierusraportointiin, jonka on ajateltu lisäävän luotettavuutta sekä tehostavan raportointia. Tutkimuksessa kirjallinen tiedonsiirto raportointimenetelmänä tehosti raportointiin käytettävää aikaa ja lisäsi hoitotyön kirjaamiseen ja sairaskertomuksiin tutustumiseen kulunutta aikaa. Myöskin potilaiden hoitoon jäi enemmän aikaa ja työskentelyn kiireisyys väheni. Tutkimuksen tuloksista myös pystyi havainnoimaan, ettei tiedonsiirrossa toimi pelkästään yksi

menetelmä, vaan luotettavuutta ja tiedonsiirron varmuutta luo useamman raportointimenetelmän käyttäminen.

Yksi hoitotyön periaatteista on hoidon jatkuvuus, ja sen turvaaminen on keskeistä potilaan hoidon onnistumiselle. Hoidon jatkuvuus turvataan suullisella tiedottamisella sekä perusteellisella raportoinnilla. Hoitotyöntekijöiltä vaaditaan ammattitaitoa tunnistaa potilaan hoidontarve, käyttää hoitotyön auttamismenetelmiä tuloksellisesti ja näin seurata sekä arvioida potilaan samaa hoitoa turvatakseen potilaan hoidon jatkuvuuden. Näillä menetelmillä potilaan hoidon jatkuvuus turvataan työvuorosta toiseen tai potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen. (Kassara ym. 2005, 15, 55, 63).

### **3.2 Hoitovastuun siirto**

Hoitovastuun siirtymisellä tarkoitetaan tilannetta, jossa vastuu potilaan hoidosta siirtyy osittain tai kokonaan toiselle henkilölle tai ryhmälle väliaikaisesti tai pysyvästi. Siirtymävaiheissa hoitovastuu siirtyy sekä suullisen että kirjallisen raportoinnin avulla, ja nämä tilanteet ovat riskialttiita virheille. Hoitovastuun siirtyessä toisaalle annettavaan tietoon ja sen kulkuun tulee kiinnittää erityistä huomiota. Hoitovastuun siirtäminen raportoimalla mielletään useasti yksisuuntaiseksi toiminnaksi, mutta hoitovastuu on niin raportin antajalla kuin vastaanottajallakin. (Tamminen & Metsävainio 2015, 338).

Hoitovastuuta vastaanotetaan sekä luovutetaan eteenpäin eri tahoille. Hoitovastuu vastaanotetaan potilaan saapuessa hoitoyksikköön. Hoitohenkilökunta saattaa vastaanottaa tässä vaiheessa raportointia potilaalta itseltään, potilaan omaisilta, lähettävältä hoitopaikalta tai potilaan tuomalta hoitoyksilöltä. Vastaanotettu potilasraportointi voi olla hajanaista ja epätarkkaa tai erittäin kattavaa ja tutkittua potilaslähtöistä, riippuen siitä, mistä se välittyy. Hoitovastuun siirtymiseen tiedetään kommunikaation osalta liittyvän riskejä, mutta Tamminen ja Metsävainion (2015, 340) mukaan potilaan siirtymävaiheet voidaan myös nähdä mahdollisuutena. Vastuunsiirtymisvaiheet voivat toimia myös potilaanhoidon ”tarkastuspisteinä”, jossa potilaan hoidon tilanne arvioidaan uudelleen.

Ei ole yleisesti sovittua määritelmää, merkkiä tai hetkeä, jolloin hoitovastuu on siirtynyt vastaanottavalle taholle (Mikkonen 2014, 11). Ensihoidon kentän oman määritelmän mukaan hoitovastuu on siirtynyt ensihoidolta, kun potilas on siirretty paa-reilta vastaanottavan tahon sängylle, kytketty heidän monitoreihinsa ja potilaasta on annettu suullinen ja kirjallinen raportti hoitoa jatkavalle hoitohenkilökunnalle. (Kuisma ym. 2017, 772). Vastaavia määrityksiä en onnistunut opinnäytetyötä teh-dessäni löytämään kirjallisuudesta muiden hoitoyksiköiden kohdalta.

Käytännön työssä terveysasemalla raportointia vastaanotetaan ja luovutetaan mo-niammatillisessa toimintaympäristössä. Potilaita vastaanotetaan toisista terveyden-huollon tai sosiaalihuollon yksiköistä, ensihoidolta tai organisaation sisältä toisesta hoitoyksiköstä. Potilaita luovutetaan ensihoidolle, vuodeosastolle tai muille jatkohoi-dosta huolehtivalle terveydenhuollon yksikölle. Organisaation sisällä raportointia käydään hoitajien välillä sekä hoitajan että lääkärin kesken. Viestinnän merkitystä potilaanhoitovastuun siirrossa ei pystytä koskaan liikaa huomioimaan.

## 4 ISBAR — STRUKTUROITU RAPORTOINTIMENETELMÄ

Hoitotyössä on mahdollista käyttää useampaa raportointimallia, riippuen hoito- ja toimintayksiköstä, mutta tässä opinnäytesuunnitelmassa on tarkoitus keskittyä SBAR/ISBAR-raportointimalliin sekä sen hyötyihin potilasraportoinnissa. Kyseistä raportointimenetelmää suosittelee käytettäväksi maailman terveysjärjestö WHO, Käypä hoito (2016), Sairaanhoidajat ry (2014), Suomen potilasturvallisuusyhdistys ry sekä sosiaali- ja terveysministeriö.

### 4.1 SBAR-menetelmän jalkautuminen terveydenhuoltoon

SBAR-protokolla kehitettiin suullisen tiedonkulun yhteneväiseksi raportointimenetelmäksi USA:n merivoimissa 1990-luvulla, josta se levisi nopeasti ilmavoimien kautta terveydenhuollon piiriin 2000-luvulla. Sen alkuperäinen tarkoitus oli parantaa viestintää tilanteissa, missä vaadittiin asianmukaista kommunikointia. ISBAR-protokolla on sovellettu muoto suomalaiseen terveydenhuollon ympäristöön. SBAR, johon Suomessa käytössä oleva ISBAR–viestintätapa perustuu, on eniten tutkittu muistisääntö terveydenhuollon viestinnässä. Useat kansainväliset tutkimukset ovat todistaneet SBAR-menetelmän hyödyt turvallisempaan ja laadukkaampaan kommunikointiin ja potilasturvallisuutta kehittävän vaikutuksen. (Helovuo ym. 2011, 207; Tamminen & Metsävainio 2015, 340; Shapiro 2017, 41; Stewart & Hand 2017, 398–301.)

ISBAR-raportointimenetelmää voidaan hyödyntää erilaisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä, ja sitä voidaan muokata toimintayksikköön soveltuvaksi. Menetelmä toimii järjestelmällisellä kaavalla, joten raportointiviestintä eri hoitoyksiköiden välillä onnistuu yhteisellä menetelmällä. Yhtenäinen raportointimalli vähentää vaaratapahtumia, tehostaa potilaskeskeistä raportointia ja näin lisää potilasturvallisuutta. Selkeän ja tehokkaan kommunikoinnin merkitys tehostuu akuuteissa ja kiireellisissä tilanteissa terveydenhuollossa, esimerkiksi päivystyksessä, missä hoitotilanteissa on läsnä stressiä, kiirettä ja äkillisesti muuttuvia tilanteita. ISBAR-mene-

telmästä on hyötyä myös tilanteissa, joissa ammattiryhmien tiedolliset erot vaikeuttavat keskinäistä kommunikointia. (Peltomaa 2011, 20; Hoikka 2012, 24; Kupari ym.2012, 29; Kinnunen & Helovuola 2017, 1.)

Tutkimuksissa on havaittu (I)SBAR-menetelmän tehostavan raportointia sekä ajallisesti että sisällöllisesti sekä tekevän hoitotyönhenkilökunnalle raportointitilanteista mielekkäämpiä (Helovuola ym. 2011, 207). Menetelmä tekee mahdolliseksi tiivistää ja järjestää informaation selkeään muotoon ja on yhteneväinen kommunikaatiomenetelmä kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa (Sairaanhoitajat 2014). Strukturoitu ja systemaattinen raportointimalli varmistaa tarkistuslistamaisuudellaan potilaan tärkeiden tietojen sekä huomioitavien asioiden siirtymisen eri kommunikaatiotilanteissa ja näin pyrkii karsimaan hoitohenkilökunnan inhimillisten erehdysten ja unohdusten määrää sekä karsimaan raportointitilanteista ylimääräisen ja turhan tiedon pois. Shapiron (2017, 42) mukaan SBAR-menetelmä pakottaa henkilöä ajattelemaan tilannetta ennen kommunikoimista ja luo yhteisen vuorovaikutusmallin valtuuttaessaan muut puhumaan ja ehdottamaan toimintasuosituksia. (Kupari ym. 2012, 29; Kuisma ym. 2017, 105.)

ISBAR-raportointimenetelmänä on tunnetumpi maailmalla ja käytössä yleisemmin muiden maiden terveydenhuollossa, mutta Suomessa tämä raportointimalli ei ole vielä jalkautunut yleisesti terveydenhuoltoon (Kuisma ym. 2017, 105). Useissa erinäisissä artikkeleissa ja tutkimuksissa ISBAR-menetelmän hyödyistä käytössä on viittauksia saanut Haigin, Suttonin & Whittingtonin tekemä tutkimus 2006. Tutkimuksessa tutkittiin SBAR-menetelmän käyttöönoton vaikutuksia St. Joseph Medical Centerissä Illinoisissa. Vaikutuksia tarkasteltiin arvioimalla haittatapahtumien määrää potilasasiakirjojen perusteella ennen ja jälkeen ISBAR-menetelmän käyttöönoton. Tarkasteluaineisto kerättiin organisaation sisältä eri hoitoalojen hoitoyksiköiltä. Lähtötilanteessa ennen SBAR-menetelmän käyttöä 2003 haittatapahtumia esiintyi 89,9 kpl tuhatta hoitopäivää kohden ja käyttöönoton jälkeen haittatapahtumat vähenivät 39,96 kappaleeseen tuhatta hoitopäivää. Haittatapahtumat vähenivät yli 50 prosenttia käyttöönoton jälkeen, ja näin ollen SBAR-menetelmä huomattavasti paransi potilasturvallisuutta. SBAR-menetelmän todettiin myös parantavan tilannetietoisuutta, vähentävän hierarkiaa organisaation sisällä ammattiryhmien välillä sekä lisäävän

hoitohenkilökunnan tyytyväisyyttä työhön. (Peltomaa 2011, 20; Cornell ym. 2014, 334; Tamminen & Metsävainio 2015, 341.)

Cornell ym. (2014, 335, 338–341) tutkivat SBAR-menetelmän vaikutusta vuoronvaihdossa käytävään raportointiin. Tutkimuksessa tutkittiin käyttöönoton vaikutusta raportoinnin keston, johdonmukaisuuteen, informaation laatuun, papereiden käyttöön ja käsittelyyn, tietojen puhtaaksi kirjoitukseen ja potilaan arviointiin. Tulokset kertoivat raportoinnin sisällön muuttuneen johdonmukaisemmaksi, oleellisemmaksi ja potilaskohtaisemmaksi. Ajankäyttö potilaskohtaisessa raportoinnissa lisääntyi, mutta kokonaisuudessaan raportin pitoon kului vähemmän aikaa kuin ennen SBAR-menetelmää. Tietoa kopioitiin vähemmän ja vuoropuhelua hoitajien kesken käytiin enemmän. Tutkimuksen mukaan SBAR on sekä protokolla että työkalu. Se tarjoaa kehyksen ja tuen kommunikoimiselle ja järjestää olennaisen tiedon ajankohtaiseen, johdonmukaiseen tärkeysjärjestykseen. Tutkimuksen tuloksista voi päätellä SBAR-menetelmän käytön mahdollistavan hoitajia keskittymään ja raportoimaan johdonmukaisemmin vuoronvaihdossa.

Blomin ym. (2015, 530–535) tekemässä pilottitutkimuksessa arvioitiin terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia SBAR-menetelmästä raportointimenetelmänä. Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla ennen ja jälkeen SBAR-menetelmän perehdytyksen. Tutkimus toteutettiin Ruotsissa kolmella kirurgisen sairaalan osastolla, joissa käytössä ei ollut aikaisemmin ollut mitään tiettyä raportointimalia. Tuloksista saatiin selville, että SBAR-menetelmän perehdytys lisäsi kokemusta järjestelmällisestä ja strukturoidusta suullisesta raportoinnista muiden ammattiryhmien välillä potilaslähtöisesti. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että SBAR-menetelmää pidetään tehokkaana tapana järjestää potilasraporttien sisällöllinen rakenne, joka saattaa parantaa potilasturvallisuutta. Tutkimuksen päätelmissä mainittiin, että muuttaakseen käytännössä olevaa raportointimenetelmää terveydenhuollossa, vaaditaan tahtoa muutokseen ja potilasraportoinnin kehittämiseen. Vaaditaan myös keskinäistä kunnioitusta kaikkien terveydenhuollon jäsenien välillä.

Mikkosen (2014, 42–43) tekemän tutkimuksen mukaan päivystyksen hoitohenkilökunnalla on riittämätön osaaminen ja tietotaito ISBAR-raportointimenetelmästä. Hoitohenkilökunnalta puuttuu koulutus ottaa käyttöön raportointimenetelmä. Sairaanhoidopiireillä ja hoitoalan työnantajilla on sairaanhoitajaliiton (2013) jakamia ISBAR-

ohjeistuksia, mutta käytännön ohjeistusta eikä koulutusta ISBAR-menetelmän käyttööntoon ei kuitenkaan ole annettu riittävästi. Tammisen ja Metsävainion (2015, 341) tekemässä tutkimuksessa todettiin, että potilasturvallisuuteen, viestintään tai raportointiin annettavaa perusopetusta Suomessa on liian vähän. Tutkimus oli tosin suunnattu lääketieteen perusopetukseen, mutta mielestäni tukee hyvin myös Mikosen (2014) tekemää tutkimusta hoitohenkilökunnalle.

Stewartin ja Handin (2017, 304) tutkimuksen jatkokehittämissuosituksissa mainitaan, että sairaanhoitajien pitäisi toteuttaa kaikissa potilastiedon siirtotilanteissa raportointi SBAR-menetelmää käyttäen. Lisäksi SBAR-menetelmä tulisi lisätä ja integroida hoitotyön opetussuunnitelmiin kliiniseen osaamiseen. Ottaen huomioon laajuus, kuinka paljon sairaanhoitajat osallistuvat potilastiedon siirtämistä viestintään, on todiste siitä, että SBAR-menetelmää tulisi opettaa tarkoituksenmukaisesti läpi sairaanhoitajaopintojen.

Sairaanhoitajakoulutuksen sisällöt valitaan ensisijaisesti sen perusteella, minkälaista ammatillista osaamista koulutusohjelmassa tavoitellaan ja mikä kehittää yleisiä työelämätaitoja. Suomessa ammatillisen osaamisen vaatimusten lisäksi sairaanhoitajan koulutusta määrittävät ammattikorkeakoulututkinnon yhteiset kompetenssit, joiden tehtävänä on kehittää yleispätevää osaamista. Kompetenssit ovat yhteisiä kaikille ammattikorkeakoulun koulutuksille, mutta niiden erityispiirteet ja tärkeys voivat vaihdella eri ammateissa ja työtehtävissä. Kompetensseihin yhtenä osana luetaan Viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen (Communication and social competence);

Opiskelija kykenee toisten kuuntelemiseen sekä asioiden kirjalliseen, suulliseen ja visuaaliseen esittämiseen käyttäen erilaisia viestintätylejyksiä. Osaa toimia oman alansa tyypillisissä viestintä- ja vuorovaikutustilanteissa. Ymmärtää ryhmä- ja tiimityöskentelyn periaatteet ja osaa työskennellä yhdessä toisten kanssa monialaisissa työryhmissä. Osaa hyödyntää tieto- ja viestintäteknikkaa omassa työssään. (Eriksson ym. 2015, 13–15.)

Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen on jaettu yhdeksään osa-alueeseen, joissa viestintä- ja vuorovaikutusosaamista on määritelty neljässä kohdassa. Tiedotusvastuu hoitotyön kirjaamisena ja tiedottamisena on mainittu Sosiaali- ja terveys-

palvelujen laatu ja turvallisuusosiossa. Erikssonin ym. (2015, 19) mukaan potilasturvallisuuden varmistaminen sairaanhoitajan työssä perustuu kliiniseen osaamiseen. Potilasturvallisuuden ydinosuamista on etiikka sekä menetelmien ja prosessien turvallisuuden hallinta. ISBAR-raportointimenetelmän opettaminen osana potilasturvallisuutta ja viestintämenetelmiä tulevaisuudessa tulisi sisältyä sairaanhoitajien opetukseen. ISBAR-menetelmästä tulisi myös tarjota täydennyskoulutus työelämässä oleville sairaanhoitajille, jotta viestintää ja kommunikointia voitaisiin kehittää terveydenhuollossa potilasturvallisempaan ja moniammatillisempaan suuntaan. Peltomaa (2011, 21) mainitsee, että tärkeää SBAR-menetelmän käyttöönotossa onkin moniammatillinen koulutus ja tietoisuuden lisääminen raportointiin liittyvistä turvallisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Raportointimenetelmän käyttöönotto vaatii sekä henkilökunnan että johdon sitoutumista menetelmän käyttöön työkaluna, koska vain oikein ja järjestelmällisesti käytettynä SBAR-menetelmä lisää turvallisuutta.

#### 4.2 Potilasraportointi ISBAR-menetelmällä

ISBAR-menetelmä, joka kansainvälisessä kirjallisuudessa lyhennetään muotoon SBAR, koostuu sanojen etukirjaimesta ja jokaiselle kirjaimelle ja sanalle on erikseen määritelty, mitä tietoa kussakin menetelmän vaiheessa tulisi tulla raportoiduksi. Seuraavassa ISBAR-menetelmä käydään lävitse kirjain kerrallaan. Menetelmän kohdat ovat yhdistettyä määrittelytietoa kansainvälisesti tunnetun SBAR-mallin sekä Suomessa käytössä olevan ISBAR-mallin kohdista.

**Identify – tunnista.** Ensimmäisessä tunnistusvaiheessa raportin antajan tulee tunnistautua raportin antajalle kertomalla nimen sekä ammatin ja yksikön, mistä raportoi. Tässä vaiheessa myös raportin antajalla tulee olla selvillä, kenelle raporttia antaa ja missä asemalla raportin vastaanottaja työskentelee. Myös potilas tunnustetaan nimen, iän sekä sosiaaliturvatunnuksen perusteella raportin vastaanottajalle. (Castrén ym. 2012, 45–46; Kinnunen & Helovuori 2017, 1.) Kansainvälisessä SBAR-menetelmän määrittelyssä I-kirjain puuttuu ja tämä tunnistautumiskohta tietoineen sisältyy Situation-määrittelyyn.

**Situation – tilanne.** Menetelmän toinen vaihe on tilanne eli syy raportointiin. Vaiheessa kuvataan potilaan nykytilanne tai olosuhteet. Tässä kohdassa raportointia raportoijan tulee myös selkeästi ilmaista vastaanottajalle, mitä raportti koskee ja miksi sitä annetaan, kuten onko kyseessä lääkärin konsultaatio, ennakoilmoitus tai potilaan luovutus. (Castrén ym. 2012, 45–46; Boyd & Dare 2014, 112–113, 18; Blom ym. 2015, 533; Kinnunen & Helovuori 2017, 1; Shapiro 2017, 41.)

**Background – taustatekijät.** Taustatiedoissa raportoija lyhyesti kertoo potilaan taustatiedot, kuten sairaudet ja sosiaaliset tiedot ja nykytilanteen taustalla olevat mahdolliset tapahtumat. Oleellista on myös selvittää potilaan mahdolliset nyky sairaudet, potilaan käyttämä lääkitys ja otetut lääkkeet sekä muut aineet. Potilaan saamat mahdolliset hoidot ja näissä ilmenneet ongelmat. Kiireellisyydestä riippuen taustan raportointi osuus voi olla laajennettu tai supistettu potilaan taustatiedoilta. Kriittisen tärkeää on raportoida kuitenkin potilaan mahdolliset allergiat, tartunta-vaara tai eristystarve. (Peltomaa 2011, 21; Castrén ym. 2012, 45–46; Boyd & Dare 2014, 112–113, 18; Blom ym. 2015, 533; Kinnunen & Helovuori 2017, 1; Shapiro 2017, 41.)

**Assessment – nykytilanne.** Assessment-vaihe voidaan suomentaa arviointi- tai nykytilannevaiheeksi. Tässä vaiheessa raportoija raportoi potilaan sen hetkisen tilanteen. Vaiheeseen kuuluu potilaan haastattelussa ja tutkimuksissa ABCDE-menetelmällä tehtyjen peruselintoiminnoista saatujen tietojen raportointi. Potilaasta raportoidaan tehdyt tutkimukset ja tutkimuksista saadut arvot ja havainnot. ABCDE-menetelmä etenee järjestyksessä ja järjestys tulee säilyttää myös raportointivaiheessa. ABCDE-kohdissa raportoidaan potilaan; A) ilmatie, B) hengitys, saturaatio, C) pulssi, verenpaine, D) tajunnantaso (GCS), kipu, E) lämpötila, ihonväri, vatsa, virtsaneritys, ulkoiset näkyvät merkit. (Peltomaa 2011, 21; Castrén ym. 2012, 45–46; Boyd & Dare 2014, 112–113, 18; Blom ym. 2015, 533; Kinnunen & Helovuori 2017, 1; Shapiro 2017, 41.)

**Recommendation – toimintaehdotus.** Toimintaehdotus-vaiheessa raportoija antaa oman arvionsa tai ehdotuksensa potilaan jatkohoidosta tai toiminnasta. Riippuen raportoinnin luonteesta toimintaehdotusvaihe voi olla lyhyt tiedon siirto potilaan jatkohoidosta yksiköstä toiseen tai keskusteleva konsultaatio potilaan muuttu-

neesta voinnista ja jatkotoimenpiteistä lääkärin kanssa. Erityisesti lääkärinkonsultaatiossa, missä mahdollisesti käsitellään lääkitystä ja niiden tarkkoja mittoja, toimintaehdotuksen jälkeen tulee varmistaa vielä raportin vastaanottajan antama ohjeistus ja toimintaohje suljetun ympyrän tekniikalla, eli lyhyesti toistetaan annetut ohjeet ennen raportin päättämistä. Ennen raportin lopettamista tulee molemmilla osapuolilla olla mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä. Raportin päätyttyä sekä raportin antajalla että vastaanottajalla tulee olla sama näkemys ja tieto potilaan nykytilanteesta sekä jatkohoidosta. (Peltomaa 2011, 21; Castrén ym. 2012, 45–46; Boyd & Dare 2014, 112–113, 18; Blom ym. 2015, 533; Kinnunen & Helovuori 2017, 1; Shapiro 2017, 41.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on suunnitella, toteuttaa ja arvioida osastotunti Keuruun terveysaseman hoitohenkilökunnalle ISBAR-potilasraportointimenetelmästä.

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoitohenkilökunnan potilasraportointitietämystä ja -osaamista, ja sitä kautta edelleen vaikuttaa siihen, että ISBAR-menetelmä vakiintuisi yhteistyötahon hoitohenkilökunnan yhteneväiseksi raportointi- ja konsultointi menetelmäksi.

Opinnäytetyön tehtävä oli etsiä vastauksia kysymyksiin:

- Mikä on raportoinnin merkitys hoitotyössä?
- Miten raportointi vaikuttaa potilasturvallisuuteen?
- Mitä hyötyä ISBAR-raportointimallista on potilasraportoinnissa?

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 6.1 Opinnäytetyön tiedonhaku

Hakutietokantoina opinnäytetyössä toimivat SeAMK-Finna, Medic, Elektra, Terveysportti, Arto, Cinahl ja MOT-kielikone. Tiedonhaussa pyrin käyttämään hoitoalan ja hoitotieteen tietokantoja sekä muita SeAMK-Finnan tarjoamia hakupalvelimia. Tietokantojen lisäksi tietoa haettiin ammattilehtien julkaisuista, alan kirjallisuudesta sekä asiantuntijakirjoituksista. Tutustuin myös aiheesta aikaisempiin tehtyihin opinnäytetöihin sekä väitöskirjoihin. Tiedonhaussa pyrin mahdollisimman laajaan ja monipuoliseen lähdekirjallisuuteen, jotta opinnäytetyön aihetta pystyisi mahdollisimman luotettavasti arvioimaan ja tutkimaan eri näkökulmista. Aikarajoitusta lähteissä pyrin rajaamaan kymmeneen vuoteen. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 217.)

Opinnäytetyöaiheeni oli minulle entuudestaan tuttu aikaisemman ensihoidon työni puolesta, mutta syvempää tutkittua tietoa en ollut aiheesta koskaan aikaisemmin lukenut. Ennen tiedonhakua tutkittavaan aiheeseen tulisi perehtyä monipuolisesti (Niemi ym. 2006, 218), mutta tässä työssä itse perehtyminen aiheeseen tapahtui tiedonhaun yhteydessä, ja aikaisempi olemassa oleva tieto syventyi ja käsitteet muokkaantuivat ja laajenivat tiedonhaun edetessä. Tämä vaikutti myös lähteiden aikarajaukseen. Teoriatiedon etsiminen työhön oli haastavaa, koska suomenkielisiä tutkimuksia aiheesta ei juuri löytynyt, mutta asiantuntija-artikkeleita kylläkin. Artikkeleissa tutustuin myös niiden lähdeviittauksiin.

Opinnäytetyön idean ja tavoitteiden tulee olla tiedostettuja, harkittuja ja perusteltuja ja siksi toiminnallisessa opinnäytetyössä suositellaan tehtäväksi toimintasuunnitelma. Toimintasuunnitelmassa hain vastaukset kysymyksiin, mitä, miten ja miksi (Vilkkä & Airaksinen 2003, 26–27). Ensisijainen merkitys toimintasuunnitelmalla oli jäsentää, mitä olen tekemässä ja tätä kautta pystyin asettamaan opinnäytetyölleni tarkoituksen ja tavoitteen, jotka hieoutuivat aina toteutusvaiheeseen asti.

## 6.2 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyö oli työelämätahon tilaus, ja tämän johdosta opinnäytetyöni muokkaantui toiminnalliseksi. Opinnäytteen toiminnallinen osuus oli tilattu osastotunti ISBAR-raportointimenetelmästä, jonka tavoite oli kehittää hoitohenkilökunnan raportointi- sekä ISBAR-menetelmän tietämystä. Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle, jonka tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla ammatilliseen käyttöön suunnattu ohje, ohjeistus, opas tai jonkin tapahtuman toteuttaminen. Toteutustapoja on useita, riippuen kohderyhmästä. Tärkeintä toiminnallisessa opinnäytetyössä on, että siinä yhdistyvät niin käytännön toteutus kuin sen raportointikin tutkimusviestinnän keinoin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

Toiminnallisen opinnäytetyön raportoinnista tulee käydä selväksi, mitä, miksi ja miten on tehty sekä millainen työprosessi on ollut ja millaisiin tuloksiin on lopuksi päädytty. Raportissa ilmenee myös prosessin, tuotoksen ja oppimisen arviointi. Raportin perusteella voidaan päätellä, miten opinnäytetyössä on onnistuttu. Raportoinnin lisäksi toiminnalliseen opinnäytetyöhön olennaisena osana kuuluu produkti eli tuotos, jonka tarkoitus on puhutella kohde- ja käyttäjäryhmää (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65), ja tässä opinnäytetyössä tuotoksena toimii järjestetty osastotunti. Produktin arviointia tehdessä siitä on hyvä pyytää palautetta ja mahdollisia parannusehdotuksia niin toimeksiantajalta, ohjaajalta kuin kohderyhmältäkin (Vilkkä & Airaksinen 2003, 129). Arvioinnissa käytetään osastotunnin osallistujien täyttämää palautekyselyä, jonka tulokset selvitetään arviointiosuudessa.

## 6.3 Osastotunnin suunnittelu

Osastotunnin suunnittelun lähtökohtana toimi Vuorisen (1993) esittämät viisi opetusperiaatetta; 1. havainnollistaminen ja konkretisointi, 2. aktivointi, 3. vaihtelu, 4. yhteistyö ja yksilöinti sekä 5. palaute. Näitä periaatteita pystytään hyödyntämään opetuksen suunnitteluvaiheesta aina opetuksen jälkeiseen arviointiin. Osastotunnin punainen lanka mukailee deduktiivista lähestymismallia, jossa lähtökohtana on ylei-

nen periaate tai teoria, josta edetään kohti yksityiskohtaisempaa käytännön esimerkkiä tai yksilön kokemusta (Vuorinen 1993, 45–46). Yleisenä periaatteena toimi opinnäytetyön käsitteet sekä itse osastotunnin aihe ISBAR-raportointimenetelmä.

Osastotunnin suunnittelu lähti tavoitteiden ja tarkoituksen asettamisesta, jotta pystyttiin suunnittelemaan hyvä ja tarkoituksenmukainen kokonaisuus (Kupias & Koski 2012, 11). Näihin päästiin työelämätahon kanssa järjestettyjen palaverien kautta osastotunnin suunnitteluvaiheessa. Sekä opinnäytetyön tilaajalla että tekijällä oli alusta asti yhteneväinen tavoite osastotunnin suhteen, koska tavoite nousi työelämätahon toiveesta. Tämä oli ISBAR-raportointimenetelmään perehdyttäminen. Jotta osastotunnin aiheen kokonaisuuteen saatiin syvempi merkitys, laajennettiin osastotuntia ohjaavia käsitteitä, jotka muokkasivat opinnäytetyön tarkoitusta. Osastotunnille ISBARin lisäksi esille nostettiin potilasraportoinnin merkitys osana potilasturvallisuutta. Lopulliseksi opinnäytetyön tarkoitukseksi muokkaantui lisätä hoitohenkilökunnan tietämystä sekä osaamista ISBAR-raportointimenetelmän hyödyistä, potilasturvallisuuden merkityksestä osana raportointia ja yhtenäistää hoitohenkilökunnan raportointimallia jaetun tiedon kautta.

Materiaalia esityksen kokoamiseen oli paljon ja tärkeintä Roivaksen ja Karjalaisen (2013, 16) mukaan onkin hankkia materiaalia enemmän, kuin sitä lopulta käyttää. Asioiden laaja tuntemus ja perehtyminen esitettävään asiaan tekee esiintymisestä luontevaa ja antaa varmuutta sekä esiintyjälle että esitykselle. Koska perehtyminen aiheeseen tehtiin huolellisesti, en esityksen aikana tarvinnut muistiinpanoja ja valmiista tekstistä tai muistiinpanoista lukeminen vältettiin.

Osastotunnin yhtenä tarkoituksena oli saada aikaan muutosta osastotunnin osallistujien potilasraportointikäsitteisiin. Ajatus toiminnan muuttumisesta aikajanelalla Kupiaksen & Kosken (2012, 16) mukaan tulee miettiä etukäteen. Onko toimintaa mahdollista muuttaa lyhyellä vai pitkällä ajanjaksolla? Tässä työssä toiminnan muuttaminen tähtää pidemmälle aikajaksolle, jota ei opinnäytetyössä pystytä tarkastelemaan. Tässä työssä pystytään arvioimaan vain osastotunnin onnistumista sen tavoitteissa ja tarkoituksessa osastotunnin osallistujien tämän hetkiseen ajatteluun, oppimiseen ja mahdollisuuksiin vaikuttaa osallistujien tulevaan raportointimalliin.

Oppimisedellytyksinä Kupias ja Koski (2012, 28–42) ovat maininneet kolme huomioitavaa ja keskeistä käsitettä;

1. *Aikaisemman osaamisen vaikutus eri tilanteissa.* Jokaisella hoitotyöntekijällä on oma ammatillinen tieto- ja taito-osaamispohja, joka päivittyy työelämässä. Tämä pohja vaikuttaa siihen, miten otamme uutta tietoa vastaan ja miten käyttäydymme uusissa oppimistilanteissa. **Uuden tiedon oppiminen** ei välttämättä ole helppoa ja yksinkertaista. Tämä tulee huomioida kouluttajan näkökulmasta ja olla tekemättä oletuksia, että kaikkien osallistujien tieto- ja taitopohja on samalla tasolla. Oman oppitiedon päivittäminen on **oppimista vanhan päälle**. Tällöin oppija haluaa konkreettisesti uutta tutkittua tietoa, johon pystyy uuden tiedon tukeutumaan. Kun halutaan muuttaa kokonaan opittuja tuttuja menetelmiä, **opitaan uutta tietoa vanhan tiedon tilalle**. Tällöin oppija joutuu muuttamaan vanhoja käsityksiään ja tällöin usein herää huoli siitä, ettei pysty oppimaan uutta tapaa tai menetelmää.
2. *Oppimistaidot ja reflektointi.* Koska ihmiset oppivat eri tyyleillä, on opetuksessa huomioitava monipuolisuus. Omasta oppimisesta tulisi käydä jatkuvaa reflektointia, jotta pystymme tarkastelemaan kriittisesti toimintatapojamme ja menetelmiä. Terveystieteiden ammattihenkilöillä on lakisääteinen velvollisuus ylläpitää, päivittää ja kehittää omaa osaamista, ammattitaitoa ja oppimista työelämässä (Kassara ym. 2005, 17).
3. *Motivaation osatekijät.* Motivaatio asiaa kohtaan on se mikä saa ihmisen toimimaan johonkin suuntaan ja jollakin voimakkuudella. Näitä voimakkuuksia säätelee opittavan asian tärkeys itselle ja oppimisen onnistumisen todennäköisyys. Niitä ohjailee myös vireys ja saavutettava päämäärä asiassa. Myös tekemisen ilo säätelee motivaatiota.

Osastotuntia ja sen sisältöä suunnitellessa pyrin huomioimaan kaikki kolme edellä mainittua kohtaa miettimällä kohdeyleisön mahdollisia eroavaisuuksia taustojen kohdalla. Sisältöä kerätessä halusin kiinnittää huomiota siihen, että jaettava tieto ymmärrettäisiin mahdollisimman samalla tavalla riippumatta osallistujien osaamis- ja työskentelytaustasta. Sisällön luontia ohjasi oma intuitio siitä, mitä itse haluaisin

oppia ja tietää, mikä kehittäisi olemassa olevaa osaamista tiedollisesti sekä taidollisesti eteenpäin. Halusin esimerkkien ja tietojen puhuttelevan osallistujia, mikä mahdollisesti vaikuttaisi heidän motivaatioonsa positiivisesti.

Osastotunti suunniteltiin henkilökunnan työajalle vuoron vaihtuessa, jolloin se ei aiheuttanut ongelmia tai turvallisuusriskiä potilashoitotyölle. Suunnitelmavaiheessa osallistujamääräksi osastonhoitaja arvioi noin kymmenen henkilökunnan osallistujaa. Osastotunnin sijainniksi suunniteltiin kokoustila, jossa pystyy hyödyntämään mm. PowerPoint-esitystä. Kokoustila todettiin kooltaan sopivaksi osastotunnille eikä muutoksia kokoustilaan osastotuntia varten ei tarvinnut tehdä. Tilasta löytyi iso pöytä, jonka ympärille mahtuisi suunniteltu osallistujamäärä. (Kupias & Koski 2012, 90–91.)

### **6.3.1 Havainnollistaminen ja konkretisointi**

PowerPoint-esityksen osuus osastotunnissa on tukea ja havainnollistaa esiteltävää aihetta ja sen oppimista. Diaesityksen tarkoitus ei ole olla pääosassa, vaan tarkoitus on tukea ja jäsentää osastotuntia ja osastotunnin runkoa (Kupias & Koski 2012, 76). Muina havainnollistamismenetelminä käytetään osallistujille jaettavaa ISBAR-korttia tulosteena.

PowerPoint-esityksen laatimisessa keskityttiin selkeään sisällölliseen, ja ulkoasuun huomioimiseen. Koska materiaalia esityksen luomiseen oli paljon, oli tärkeää yrittää jäsentää ja karsia tärkein ja oleellinen tieto diaesityksen sisällöksi. PowerPoint-esitys piti myös jäsentää ja sisällöllisesti kirjoittaa ymmärrettävään muotoon, koska esitys jäisi osastotunnin jälkeen elämään työelämätahon perehdyttämis- ja koulutusmateriaaleihin, jolloin esitystä lukevat myös muu hoitohenkilökunta, joka ei päässyt osallistumaan osastotunnille. (Kupias & Koski 2012, 74–76; Roivas & Karjalainen 2013, 16.)

Kupias ja Koski (2012, 16–17) mainitsevat toiminnan muuttumisen menetelmistä, että mitä paremmin esittäjä pystyy ilmaisemaan tavoitteet toiminnan muuttumisen näkökulmasta, sitä tehokkaampia ja konkreettisempia ne ovat. Tästä syystä esiin

haluttiin nostaa konkreettisia lukuja ja tuloksia ISBAR-raportointimenetelmän hyödyistä, jotka toimisivat herättelijöinä myös potilasturvallisuus-käsitteen näkökulmasta.

### **6.3.2 Vaihtelu ja aktivointi**

Kupiaksen ja Kosken (2012, 17) mukaan hyvä kouluttaja ei vain mene puhumaan omaa asiaansa, vaan miettii, miten oma asiantuntemus asiasta pystyy tukemaan osallistujien käytännön työtä ja tätä kautta heidän oppimistaan ja oivaltamistaan, jotta toiminta voisi muuttua. Osaksi koulutustilaisuutta kehitettiin muutama case-luontoinen tehtävä, joissa hoitohenkilökunta pääsi toteuttamaan itse konsultointia sekä suullista raportointia ISBAR-protokollaa käyttäen. Harjoituksen tarkoituksena oli, että henkilökunta pääsi harjoittelemaan suullista raportointitaitoa ja hahmottamaan tämän avulla ISBAR-raportointimenetelmän järjestelmällistä rakennetta sekä osastotunnilla käytyä teoriaosuutta, siirtäen sitä käytännön harjoitukseen. Esimerkkien käyttö tilanteessa antaa selkeämmän kuvan raportin etenemisestä ja siitä, mitä raportoinnissa konkreettisesti juuri jokaisessa kohdassa tulee potilaasta selvittää. Esimerkkien käytöllä myös pyrin havainnollistamaan menetelmän tiivistetyn ja potilaskeskeisen käsitteen. Osallistujien on helpompaa alkuvaiheessa ryhtyä muuttamaan toimintaa jonkun annetun mallin tai esimerkin mukaan, koska oppiminen alussa tapahtuu toistaen ja noudattaen malliesimerkkiä (Kupias & Koski 2012, 17).

### **6.3.3 Yhteistyö ja yksilöinti**

Alustavassa osastotunnin suunnitelmassa esitin työelämätaholle ajatuksen osallistuttaa osastotuntiin asiantuntijanäkökulmaa ulkopuoliselta taholta, ensihoidolta, jossa ISBAR-menetelmää koulutetaan käytettäväksi ainoana raportointimenetelmänä. Työelämätaho oli halukas saamaan ensihoidon kentän osallistumaan osastotunnille, koska tekevät yhteistyötä päivittäin ja kokivat osastotunnin tilanteena myös hyväksi mahdollisuudeksi aikaan saada keskustelua ja ideoita kehittää yhteistä potilasraportointia. Otettuani yhteyttä Keuruun ensihoidon toimipisteen ensi-

hoitoesimieheen he olivat halukkaita osallistumaan osastotunnille. Yhteisymmärryksessä päätimme heidän osallisuutensa osastotuntiin keskittyvän keskusteluun ja nykyisen potilasraportoinnin parantamiseen. Osastotunti antoi tietopohjan yhteneväiselle potilasraportointimenetelmälle.

#### **6.3.4 Palaute**

Osastotunnin lopussa hoitohenkilökunnalle jaettiin osastotunnista palautekysely, jonka tarkoitus oli arvioida osastotunnin onnistumista eri näkökulmista. Tavoitteena oli arvioida, oliko osastotunti onnistunut näissä näkökulmissa. Palaute on kehittämisen ja oppimisen lähtökohta. Palautetta käytetään peilaamaan omaa toimintaa, oppimaan virheistä ja tätä kautta kehittämään omaa itseään. Palautteen hyödyntäminen on Kupiaksen ja Kosken (2012, 164) mukaan taito, jonka voi ja joka kannattaa oppia. Palaute toimii monella eri tasolla ja taholla. Sitä vastaanotetaan sekä annetaan. Osastotunnin pitäjänä on tärkeää saada palaute omasta toiminnasta ja kehittää vastaavaa toimintaa tulevaisuudessa hoitoalan ammattilaisena ja asiantuntijana. Opinnäytetyössä työelämätahon organisaation saama palaute taas kehittää työyksikköä ja palautteen vaikutuksesta työorganisaatio voi tehostaa ja kehittää jatkokoulutustarpeita tulevaisuudessa. (Kupias & Koski 2012, 164.)

Osastotunnin palautekysely oli pääasiassa toteutettu Likert-asteikkoa käyttäen. Likert-asteikko on kyselylomakkeissa käytettävä 4- tai 5-portainen järjestystasoinen vastausasteikko, jossa on joukko asenneväittämiä. Väittämät ilmaisevat sekä kielteistä että myönteistä asennetta esitettyyn kysymykseen ja vastaajan tulee valita asteikolta parhaiten omaa käsitystä vastaava vaihtoehto. Vastausvaihtoehdot ovat esimerkiksi:

1. täysin eri mieltä
2. jokseenkin eri mieltä
3. ei samaa eikä eri mieltä/ en osaa sanoa
4. jokseenkin samaa mieltä
5. täysin samaa mieltä

Opinnäytetyössäni käytin 5-portaista arvoasteikkoa. Palautekyselylomakkeessa (Liite 1) esitetyn asteikon ”jokseenkin” sana on korvattu ”melko” sanalla ja keskimäisessä vaihtoehdossa on käytetty ilmaisua ”en osaa sanoa”. Valitsemalla vaihtoehdon ”en osaa sanoa” vastaaja ei ehkä tiedä asiasta, hän ei ehkä halua ottaa kantaa tai väittämään annetut vaihtoehdot eivät muutoin kuvaa hänen ajatuksiaan. Analysointivaiheessa ”en osaa sanoa” vaihtoehdot voidaan määritellä puuttuvaksi tiedoksi. (Vehkalahti 2008, 35; Heikkilä 2010, 53.)

Kyselylomake suunniteltiin vasta teorian tiedon hakemisen ja PowerPoint-esityksen suunnittelun jälkeen, koska hyvän lomakkeen suunnittelu edellyttää kirjallisuuteen perehtymisen, tutkimusongelman pohtimisen sekä tutkimuksen tavoitteen (Heikkilä 2010, 47). Kysymykset palautekyselyssä pyrittiin rajoittamaan mahdollisimman pienen määrään, jolla välttyttäisiin kyselyn täyttäjien vastausväsymykseltä.

Palautekyselyn kysymykset pyrittiin suunnittelemaan huolellisesti ja luomaan sisällöllisesti oikeat kysymykset, koska kysymysten muoto on yksi suurimmista virheiden aiheuttajista (Heikkilä 2010, 47). Tärkeintä oli saada kyselystä sisällöllisesti mahdollisimman laaja, jotta sillä pystyisi arvioimaan osastotunnin esityksen sisällöllistä ja ulkoista onnistumista, esiintyjää unohtamatta. (Vehkalahti 2008, 20, 48). Palautteen antamiseen liittyy myös arviointi. Palautekyselyn tekemistä ohjasi Vuorisen (1993, 62) mainitsevat Peltosen neljä arvioinnin tehtävää:

1. *Toteamistehtävä*, jonka tavoitteena on arvioida osallistujien tietojen ja taitojen tasoa. Vuorinen mainitsee myös psyykkiset ja fyysiset ominaisuudet, mutta näitä ei huomioitu palautekyselyn laatimisessa.
2. *Motivoimistehtävä*, jonka avulla pystytään aktivoimaan ja suuntaamaan toiminta, jotta motivaation ja aktiivisuus pysyisi mahdollisimman korkealla.
3. *Ohjaustehtävä*, jonka avulla osallistujia pyritään auttamaan ratkaisuisissa ja valinnoissa.
4. *Ennustustehtävä*, missä osallistujien tulevaisuuden ratkaisuja ja ajatusta niistä voidaan arvioida.

Hyvä kyselylomake tulisi ennen virallista käyttöä testata etukäteen kohderyhmään sopivilla testaajilla, jotta mahdolliset ongelmat pystyttäisiin ennakoimaan ja korjaamaan ennen varsinaista tiedonkeruuta. Osastotunnille laadittua palautekyselyä ei pystytty erikseen testaamaan kohderyhmään sopivilla ehdokkailla. Koska opinnäytetyöllä ei ollut kuin yksi tekijä, haettiin palautekyselyyn tarkistusta opinnäytetyön opettajaohjaajalta. Saadut korjausehdotukset muotoiluun ja sisältöön tehtiin muutama otteeseen ennen lopullista käytettyä versiota. (Vehkalahti 2008, 48; Heikkilä 2010, 49.)

## 7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

### 7.1 Osastotunnin toteutus

ISBAR-raportoinnista suunniteltu osastotunti toteutui sovittuna ajankohtana 23.11.2018. Olimme sopineet, että saavun paikalle hyvissä ajoin ennen sovittua aloitusta asettamaan PowerPoint-esityksen (Liite 2) toiminta valmiiksi sekä varmistamaan tilan toimivuuden. Paikalle saavuin noin 40 minuuttia ennen osastotunnin alkua. Olin etukäteen laittanut osastonhoitajalle PowerPoint-esityksen ja palautekyselyn sähköpostilla ja pyytänyt häntä ystävällisesti tulostamaan palautekyselylomakkeita sekä heidän intrassa olevan Sairaanhoitajaliiton (2013) julkaiseman ISBAR-ohjeistuksen (Liite 3) osastotuntia varten.

Osastotunnin paikaksi oli sovittu terveysaseman vanha apteekki, joka toimii pienenä luento- ja kokoustilana. Tilassa oli dataprojektori PowerPoint-esitystä varten, mutta kävi ilmi, ettei oma koneeni sopinut liitännöiltään projektorin kanssa yhteen. Siirtämällä materiaalin yhden työntekijän sähköpostiin, sain esityksen näkymään tilan koneesta. Koska tila oli suhteellisen pieni ja matala, ei äänen käyttöä tarvinnut vahvistaa ja osastotunnille osallistujat mahtuivat istumaan yhden ison pöydän äärelle. Alustava osastonhoitajan arvio kymmenestä osallistujasta piti hyvin paikkaansa ja paikalle saapui yhdeksän hoitohenkilökuntaa sekä osastonhoitaja. Hoitohenkilökuntaa oli päivystyksen, lääkärin-, hoitajanvastaanoton sekä vuodeosaston puolelta. Joukkoon kuului sairaanhoitajia sekä lähihoitajia. Lisäksi ensihoidon puolelta osallistui yksi hoitotason ensihoitaja osastotunnille.

Osastotunnin alussa toivotin osallistujat tervetulleiksi osastotunnille. Esittelin itseni ja osastotunnin aiheen, jonka olin saanut harjoittelussani vajaa vuosi sitten kyseisessä organisaatiossa. Kiitin osastonhoitajaa mahdollisuudesta tulla pitämään osastotuntia aiheesta. Taustoitin osastotuntia kertomalla opinnäytetyön tarkoituksesta ja osastotunnin tavoitteesta. Kerroin osastotunnin sisällöstä sekä sen etenemisestä. Pyysin osallistujia rohkeasti keskeyttämään ja kysymään, jos ajatuksia tai kysymyksiä herää kesken esityksen.

PowerPoint-esitys oli jaettu kahteen osaan, teoriaan ja toiminnalliseen case-harjoitteita sisältävään. Esityksen alussa taustoitin aihetta ensin potilasturvallisuus-käsitteellä ja raportoinnilla yleisesti osana potilasturvallisuutta. Tämän jälkeen avasin ISBAR-käsitettä ensin ISBAR-taustalla ja synnyllä, minkä jälkeen esitin kirjallisuudesta sekä tutkimuksista löytynyttä tietoa ISBAR-menetelmän hyödyistä. Teoriaosuuden lopuksi käytiin ISBAR-lyhenne kohta kohdalta läpi esimerkkien kera. Teoriaosuuden lopussa vielä kysyin erikseen osallistujilta, oliko kenellekään herännyt esityksestä mitään kysymyksiä.

Case-harjoituksia varten jaettiin osallistujille tulosteena sairaanhoitajaliiton (2013) julkaisema ISBAR-kortti, jota he pystyivät hyödyntämään harjoitteissa raportoida annetut fiktiiviset case-tilanteet ISBAR-raportointimenetelmää käyttäen. Osallistujat jakautuivat yhteen kahden hengen sekä kahteen neljän hengen ryhmään harjoitteita varten.

Potilascase-tilanteista ensimmäinen käytiin rauhassa yhdessä läpi ja taustoitettiin kuviteltu tilanne. Tämän jälkeen ryhmät saivat keskenään raportoida annetut tilanteet toisilleen. Ryhmästä yksi antoi raporttia ISBAR-menetelmää käyttäen ja yksi vastaanotti raporttia. Isommassa ryhmässä kuuntelijat havainnoivat ja seurasivat raportin etenemistä. Toisesta potilascase-tapauksesta käytiin kuvitteellinen taustoitus jälleen yhdessä läpi ja tämän jälkeen yleisesti, yhden vapaaehtoisen osallistujan johdolla, käytiin tilanteesta annettava potilasraportti ISBAR-menetelmää käyttäen. Kolmannessa case-tilanteessa tehtiin poikkeus, koska osastotunnin aikataulutus muuttui ja näin ollen emme ehtineet kolmatta esimerkkiä käymään suunnitellusti lävitse. Viimeinen potilascase kuitenkin toteutettiin kuin aikaisemmat, mutta esimerkki jätettiin auki. Kehotin osallistujia itse kiinnittämään huomiota esimerkistä nouseviin olennaisiin asioihin, jotka pitäisi potilaasta raportoida eteenpäin. Tässä huomautin simulaation tärkeydestä menetelmän harjoittelemisessa, koska se kehittää ISBAR-menetelmän osaamista ja tekee käyttöönotosta helpompaa työyhteisössä. Huomautin myös työnantajatahon velvollisuudesta järjestää mahdollisuus jatkossa vastaaville osastotunneille hoitohenkilökunnalle.

Aiheesta oli toivottu nousevan keskustelua ja toivottua keskustelua syntyikin jonkin verran. Esityksen aikana keskustelua nousi ISBAR tutkimustuloksesta ja siitä, onko

Haigin ym. (2006) tutkimusta vastaavaa selvitystä tehty Suomen sairaaloissa. Tutkimuksissa, joihin olin perehtynyt ei vastaavaa ollut noussut pinnalle, mutta ensihoidon edustaja osasi vastata, että hieman vastaavanlaisia on ensihoidon kentältä tutkittu, mutta tarkoista tuloksista ei ollut tietoa. Työelämätahon toive keskustelusta keskittyi enemmän yhteistyöhön ensihoidon ja työelämätahon välillä ja sen toimivuuteen ja kehittämiseen.

Osastotunnin päätteeksi osallistujat täyttivät palautekyselylomakkeet. Osastotunnilla pidetty PowerPoint-esityksen osastonhoitaja jakaa myöhemmin päivystyksen ja lääkärinvastaanoton työyksikköön sekä vuodeosastolle. Osastotunnin materiaalia pääsevät näin osastotunnille tulemasta estyneet sekä nykyiset ja tulevat työntekijät että opiskelijat lukemaan.

Osastotuntiin kului kokonaisuudessaan aikaa tunnin verran, josta teoriaosuus vei 25 minuuttia, case-harjoitteet 20 minuuttia ja keskustelulle ja palautekyselylle jäi aikaa 15 minuuttia.

## **7.2 Osastotunnin arvioinnin tulokset**

### **7.2.1 Palautekyselyn tulokset**

Osastotunnin onnistumisen arvioinnissa käytetään osastotunnille osallistujien täyttämää palautekyselyä (Liite 1), jossa käytettiin Likertin viisiportaista asteikkoa. Kymmenen osastotunnin osallistujaa vastasi palautekyselyyn.

Palautekyselyn ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin osallistujien pääasiallista työskentely-yksikköä. Osallistujista yksi työskenteli enimmäkseen päivystyksessä ja kaksi vastaajista lääkärinvastaanotolla. Vuodeosaston kertoi työyksiköksi yksi henkilö ja yksi osallistuja oli vuodeosastolla harjoittelua suorittava opiskelija. Viisi vastaajaa työskenteli sekä päivystyksessä että lääkärinvastaanotolla.

Palautekyselyn seuraavat kaksitoista Likertin asteikolla kysytyä kysymystä on esitetty analysointikaaviossa (kuvio 1). Eniten vastaushajontaa tuotti kakkos- ja kol-

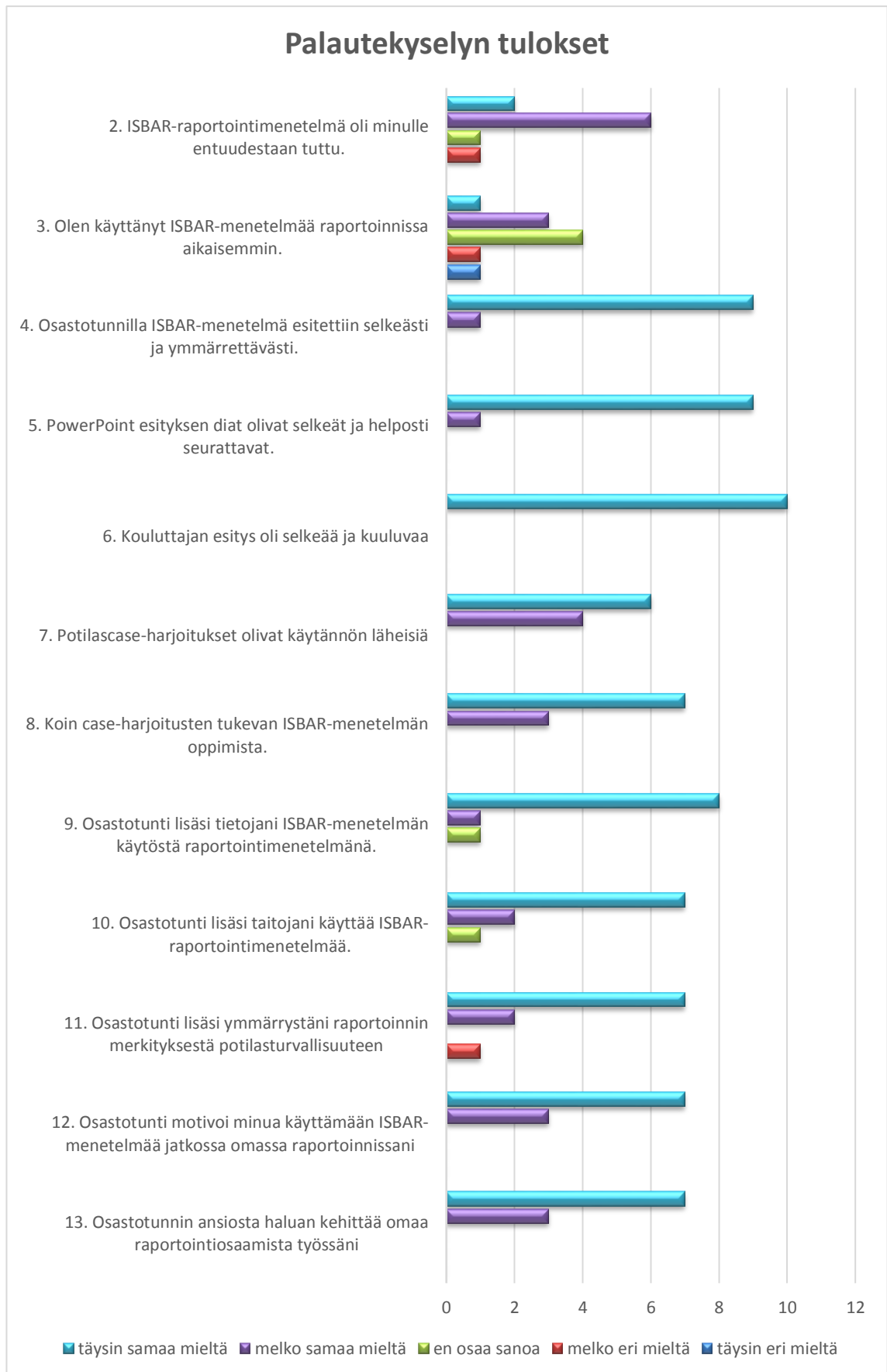
moskysymykset ISBAR-raportointimenetelmän aikaisemmasta osaamisesta ja käytöstä. Keskustelussa myöhemmin nousi esille, että **ISBAR käsitteenä oli tuntemattomampi, mutta raportointimenetelmänä kuitenkin jossain määrin käytetty**. Osallistujien käyttämässä potilasraportoinnissa eteenpäin välitetyt tiedot noudattivat piirteiltään ISBAR-menetelmää, mutta annetut raportit eivät kulkeneet järjestelmällisesti ja strukturoidusti menetelmän tapaan.

Kyselyn neljäs, viides ja kuudes kysymys käsittelivät osastotunnin PowerPoint-esitystä ja esityksen sujuvuutta. Näihin kysymyksiin vastattiin melkein yksimielisesti. **ISBAR-menetelmän esittely koettiin lähes selkeäksi ja ymmärrettäväksi ja PowerPoint diat olivat osallistujien mielestä melko selkeät ja helposti seurattavat**. Kaikkien osallistujien mielestä kouluttajan esitys oli selkeää ja kuuluvaa.

Seitsemäs ja kahdeksas kysymys selvittivät fiktiivisten potilascase-harjoitusten onnistumista. **Osallistujat kokivat, että potilascase-harjoitukset olivat melko käytännönläheisiä sekä harjoitteet tukivat ISBAR-menetelmän oppimista**.

Kysymykset yhdeksän ja kymmenen tiedusteli osastotunnin oppimisen määrää tiedollisesti ja taidollisesti. Näihin vastausten perusteella **osallistujat kokivat osastotunnin lisänneen tietoa ISBAR-raportointimenetelmästä ja taitoja käyttää kyseistä menetelmää**. Molempiin kysymyksiin annettiin yksi ”en osaa sanoa”-vastaus.

Kysymykseen osastotunnin tavoitteesta lisätä ymmärrystä raportoinnin merkityksestä potilasturvallisuuteen (kysymys 11), yksi osallistuja vastasi olevansa melko eri mieltä. Loput yhdeksän vastasivat **tunnin lisänneen ymmärrystä raportoinnin osuudesta potilasturvallisuudessa**. Kysymykset 12 ja 13 koskivat motivaatiota ja halua käyttää ISBAR-menetelmää ja kehittää raportointiosaamista tulevaisuudessa. Näihin vastaukset olivat positiivisia. Kolme kymmenestä vastaajasta oli molempiin kysymyksiin melkein samaa mieltä ja loput seitsemän täysin samaa mieltä.



Kuvio 1. Palautekyselyn tulokset

Osastotunnin kokonaisuus keskiarvoksi annettujen kouluarvosanojen mukaan tuli 9,1, ja kolme vastaajaa antoi kirjallista vapaata palautetta. Palautteissa annettiin positiivista palautetta esiintymisen luontevuudesta ja selkeydestä.

Esiinnyit luontevasti ja selkeästi. Ilmapiirin oli rento ja antoi mahdollisuuden keskusteluun

Oikein hyvä ja selkeä

Yksi kirjallinen vapaa palaute huomioi osastotunnin kohderyhmän laajuuden:

”Kotihoito ja vanhuspalvelu olisi voinut ottaa tähän mukaan myös”

Palaute voisi toimia työorganisaation jatkokehittämisen ajatuksena, mutta tähän opinnäytetyön työorganisaatioon nämä toimialat eivät kuuluneet.

## 7.2.2 Tekijän arviointi osastotunnista

Osastotunnin valmistelut paikan päällä sekä itse osastotunti sujui oletuksien mukaan. Osastotunnin valmistelua sekoitti hieman osastohoitajan kokous toisaalla ennen osastotunnin alkua ja tästä syystä osastotunnin lopullisesta kulusta ja suunnitelmasta ei ehditty ennen aloitusta keskustelemaan. Osastotunnille oli suunnitellusti varattu aikaa puolitoista tuntia, mutta aikataulutukseen tuli heti osastotunnin alussa muutos osastonhoitajan päällekkäisvarauksen ja osallistujien sovittujen potilastapaamisten takia.

Olin varautunut mahdollisiin muutoksiin varasuunnitelmalla, joka kiristäisi aikataulutusta ja tiivistäisi osastotunnin sisältöä. Varasuunnitelma oli tiivistää aikaa loppupäästä potilascase-tapauksista. Tästä syystä potilascase-tapaukset eivät kulkeneet alkuperäisen suunnitelman mukaisesti ja viimeinen case jouduttiin jättämään käsittelemättä, jotta keskustelulle ja palautekyselyllä riitti aika. Tavoite kuitenkin oli, että mahdollisimman moni osastotunnin osallistuja osallistuisi näihin.

Osastotunti muuten kokonaisuudessaan muuttuneesta ajankäytöstä riippumatta oli onnistunut ja rento tilaisuus. Osastotunnilla vallitsi alusta asti avoin ja rento ilmapiiri ja osallistujien kiinnostus aiheeseen. Esittäjänä alkujännityksen ohitettua pystyin

itse puhumaan kuuluvasti ja rauhallisesti, ottaen osallistujat huomioon ja pitäen katsekontaktin yleisöön. Tilan koon ja muodon takia esitystä oli helppo pitää yleisölle ja itse äänen käyttöä tai omaa sijaintia tilassa ei tarvinnut murehtia. PowerPoint-esitys (Liite 2) saatiin projektorilla heijastettua seinälle selkeästi ja kaikkien näkyville. Näkyvyyden varmistin vielä ennen aloitusta kysymällä dian selkeydestä.

Esityksen aikana keskustelua nousi jonkin verran esille. Eniten puhututti ISBAR-raportoinnista esiin nostettu Haigin, Suttonin ja Whittingtonin tekemä tutkimus 2006, mikä minulle esittelijänä antoi onnistumisen tunteen valitusta esimerkistä ja sen puhuttelevuudesta. Muuttuneen aikataulutuksen takia loppuun suunniteltu keskustelu ja palauteaika jäi todella minimiin. Olisi ollut toive käyttää enemmän keskusteluun ja tuntui, että loppuun suunniteltu keskustelu aiheesta ja nykyisistä menetelmistä jäi hyvin pintapuoliseksi.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Opinnäytetyön kokonaisuutena

Vilkan ja Airaksisen (2003, 154) mukaan oman opinnäytetyön kokonaisuuden arvioiminen on osa oppimisprosessia. Opinnäytetyöhön asetetut tarkoitus ja tavoite mielestäni saavutettiin tässä työssä. Tarkoitus oli suunnitella, toteuttaa ja arvioida osastotunti ISBAR-raportointimenetelmästä ja tavoite kehittää hoitohenkilökunnan ISBAR-potilasraportointitietämystä ja -osaamista.

Osastotunti onnistui oletetusti ja saatu palaute oli positiivista. Vuorisen (1993, 58) mukaan on kuitenkin tärkeää osata vastaanottaa niin positiivista kuin kriittistäkin palautetta, koska se kehittää opettajan omia taitoja ja parantaa opetuksen tuloksia. ISBAR-menetelmän ottamista raportointimenetelmäksi työyhteisössä ei opinnäytetyössä pystytty arvioimaan. Osastotunnilla huomautin kuitenkin ISBAR-korttien ja -julisteiden käyttömahdollisuuksista ja kyseisiä kortteja olikin joskus aikoinaan työntekijöille jaettu, mutta kukaan ei tällöin perehdytystä kortin käyttöön ollut antanut. ISBAR-menetelmän käyttöönotossa auttaisivatkin tukeutuminen korttiin, kunnes menetelmä tulisi tutuksi ja rutiininomaiseksi. Hoikka (2012, 24) onkin maininnut, että näkyvät ISBAR-ohjeistukset seinillä ja työpisteillä muistuttaisivat menetelmän käytöstä hoitotyössä ja vähentäisivät käyttöönoton haasteita.

Opinnäytetyön aiheen työstäminen tuntui alkuun haastavalta, vaikka omaa osaamista ISBAR-menetelmästä entuudestaan käytännön työstä löytyi. Tutkimustiedon ja näyttöön perustuvan tiedon kerääminen osoittautui kuviteltua vaikeammaksi. Kyngäksen ym. (2007, 55) mukaan pelkän tutkitun tiedon hakeminen ja lukeminen ei yksinään ole riittävää, vaan tärkeintä on taito muokata tietoa siten, että se on käyttökelpoista.

Haastetta tiedonkeruussa toi tutkimusten saaminen tietokannoista. Halusin käyttää tiedonhaussa mahdollisimman alkuperäisiä tutkimuksia, mutta näiden saaminen kokonaisuudessaan oli vaikeaa. Esimerkkinä mainittakoon Haigin, Suttonin & Whittingtonin tekemä tutkimus 2006, johon olin suunnitteluvaiheessa tutustunut, mutta toteutusvaiheessa en enää saanut kyseistä tutkimusta FullText-versiona auki. Tästä

syystä halusin jättää kyseisen tutkimuksen pois lähteistä ja teoriaosuudessa viittasin muissa artikkeleissa esiin tuotuun tietoon.

Opinnäytetyö toimi kokonaisuudessaan oppimiskokemuksena, mutta työn tekemisessä yksin on paljon haasteita. Koko prosessi oli vaikea ja haastava, mutta kokonaisuutena opettavainen. Toinen tekijä työssä olisi tuonut kriittisempää silmää, laajempaa osaamista ja taitoa työstää opinnäytetyötä. Ajoittain tuntui, ettei työ etene ja teksti toisti aikaisempaa kirjoitettua materiaalia. Opinnäytetyön väliseminaareissa ohjaava opettaja ohjeisti tauottamaan työn ajoittain ja astumaan työn ääreltä pois, mikä toisi uutta perspektiiviä ja näkökulmaa työn jatkamiseen. Opinnäytetyön loppu kirjoitusvaiheessa tämä ohjeistus tuli enemmän kuin tarpeeseen.

Haastavinta oli tuottaa oma ajatus opinnäytetyön sisällöstä ja rakentumisesta kirjalliseen muotoon ja vasta loppuvaiheessa toimintamalli selkiytyi. Toisin ajatellen, jos opinnäytetyötä olisi pystynyt lähestymään alusta asti vähemmän itsekriittisesti, olisi työn tekeminen varmasti ollut myös helpompaa. Suunnitteluvaiheessa olisi pitänyt enemmän perehtyä opinnäytetyön ohjeistuksiin sekä toiminnallisen opinnäytetyön tekemiseen. Tässä työssä tekijän oppiminen tapahtui kantapään kautta.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyön tekeminen alusta loppuun kesti lähemmäs vuoden verran. Aktiivista aikaa tästä ajasta oli noin puoli vuotta. Työ eteni kuitenkin ajatuksen tasolla, joka auttoi toteutusvaiheessa rungon rakentamisessa ja sisällön järjestelyssä. Tavoite oli pysyä opinnäytetyön valmistumisen aikataulussa. Tavoitteeseen päästiin keskittymällä yksinään opinnäytetyön kirjoittamiseen ennen sovitua työn palautuspäivämäärää.

Työn tekeminen kehitti ja syvensi omia oppeja tiedollisesti sekä osastotunnin ansiosta taidollisesti. Tulevassa ammatissa sairaanhoitajana pystyn tuomaan omaa asiantuntijuutta potilasraportoinnista myös käytännön työelämän kentälle, riippumatta tulevasta työskentely-ympäristöstä.

## **8.2 Opinnäytetyön eettisyys**

Opinnäytetyöni pyrki toimimaan tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen ja eettisten periaatevaatimusten mukaisesti. Näitä toimintatapoja ovat rehellisyys, yleinen

huolellisuus sekä tarkkuus. Opinnäytetyötäni tehdessäni pyrin valitsemaan ja käyttämään eettisesti oikeita lähdemateriaaleja. Työssäni vältin epärehellisyyttä ja plagiointia. Huomioin sekä kunnioitin muiden tutkijoiden tekemää työtä ja saavutuksia, merkitsemällä heille oikeaoppiset lähdeviittaukset opinnäytetyössäni. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23-24; TENK 2012.)

Erikssonin ym. (2012, 28-30) mukaan tieteen etiikka on vapautta, mutta myöskin velvollisuutta tuottaa tietoa tiettyä tarkoitusta varten palvelemaan yhteiskuntaa. Se myös on vastuuta siitä, että tuotos palvelee laajasti potilasta, terveyttä ja hoitotyötä. Koska tein opinnäytetyöni yksin, vastaan itse työni eettisistä ja moraalisisista ratkaisuista.

Opinnäytetyön itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen sisältyi osastotunnille osallistumisen vapaaehtoisuus. Opinnäytetyössä saatuja palautekyselyn tuloksia ei vääristelty tai kaunisteltu vaan tulokset julkaistiin palautekyselyistä identtisinä opinnäytetyön tuloksiin. Palautekyselyt kerättiin osallistujilta anonymieinä, ja jokaisella osastotunnin osallistujalla oli täysi itsemääräämisoikeus osallistua vapaaehtoisesti kyselylomalleen täyttämiseen. Kyselyitä säilytetään opinnäytetyön hyväksymiseen asti, minkä jälkeen palautekyselylomakkeet tuhoetaan. Näillä toimenpiteillä vahvistan oman toiminnan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaiseksi. (TENK 2012.)

Ennen opinnäytetyön toteutusta huolehdin opinnäytetyön yhteistyösopimukset virallisiksi Seinäjoen ammattikorkeakoulun sekä työelämätahon Keuruun terveystieteen kanssa. Näistä sopimuksista viralliset kappaleet jätettiin jokaiselle kolmelle opinnäytetyön osallistujan osapuolelle. Yhteistyösopimuksella tekijä sitoutui työn tekemiseen sovitusti tilaajan toimeksiannon mukaisesti. Opinnäytetyötäni suunnitelllessani ja toteuttaessani raportoin ja tiedotin työelämän yhteistyötahoa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan asettamien vaatimusten tavalla. (TENK 2012).

Koska opinnäytetyöni ei ollut tutkimus, vaan aineisto kerättiin jo olemassa olevasta tiedosta ja kerättiin osastotunnilla esitettävään muotoon, tässä opinnäytetyössä ei tarvinnut täyttää osapuolten välillä tutkimuslupia. Opinnäytetyötä tehdessä perehdyin Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry:n laatiin suosituksiin eetti-

sestä ja hyvän tieteellisen käytännön mukaisesta opinnäytetyöprosessista. Suositukset perustuvat lainsäädäntöön sekä tiedeyhteisön kansainvälisiin ja kansallisiin tutkimuseettisiin periaatteisiin, linjauksiin ja suosituksiin (Arene 2018).

### 8.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön ainoana tekijä vastaan työni eettisistä ja moraalisisista periaatteista, vastuullani on tuottaa mahdollisimman luotettava ja totuuden mukainen työ.

Opinnäytetyöni pyrki hakemaan näyttöön, tutkimuksiin ja asiantuntijoiden tekemiin töihin perustuvaa luotettavaa tietoa Erikssonin ym. (2012, 28-29) mainitsemien hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaan. Valitessani kirjallisuutta opinnäytetyöhöni pyrin olemaan kriittinen niin lähteiden valinnassa kuin niiden tulkinnassakin. Opinnäytetyöni tiedonkeruu ja osastotunnin toteutuksen menetelmät sekä tuottamani tieto pyrkivät olemaan totuuden mukaista, luotettavaa, mahdollisimman näyttöön sekä tutkittuun tietoon perustuvaa ja hoitotyötä kehittävä. Tarkoituksena oli pyrkiä kehittämään työelämässä olevaa käytännön hoitotyötä tuomalla hoitotyön potilasraportointiin siihen näyttöön perustuva potilasturvallisempi ja tehokkaampi menetelmä.

Työn tarkastelu kriittiseltä näkökulmalta yksin on haastavaa ja tällöin myös luotettavuuden näkökanta on täysin tekijän vastuulla. Opinnäytetyötä lueteltiin ajoittain ohjaavalla opettajalla, jotta saatiin karsittua työstä virheitä pois ja sisältö jäsenneltyä oikeaoppisesti. Muiden lukijoiden näkemysten saaminen tekstistä on Hirsjärven ym. (2007, 49) mukaan tärkeää kirjoitusprosessin vaiheissa.

Työni teorian tiedon luotettavuus perustuu kirjallisuusviitteisiin. Vilkan ja Airaksisen (2003, 72) mukaan opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa mahdollisimman tuoreiden sekä ajantasaisten lähteiden käyttö. Tiedonkeruussa pyrin hakemaan omien taitojeni rajoissa mahdollisimman tuoretta tutkittua tietoa ja näiden perusteella tuottamaan tuotoksen, joka palvelisi niin potilasyhteisöä kuin hoitotyönhenkilökuntaakin. Kymmenen vuoden aikarajaus lähteiden iässä laajentui, koska halusin mahdollisimman monipuolisen sekä laajan teorian tiedon pohjan, josta rakentaa opinnäytetyöni. Toinen tekijä opinnäytetyölle olisi varmasti tuonut osaamista laajempaan ja katta-

vampaan tiedonhakuun ja silmää kriittisempään lähdetarkasteluun. Omat taitoni riittivät kielellisesti suomen- ja englanninkielisten lähteiden tarkasteluun ja englannin kielen kääntämisessä jouduin turvautumaan MOT-kielikoneen apuun, koska sanasto näissä oli vaativaa.

Opinnäytetyön alusta alkaen tekijän taitojen puute hakea kirjallisuutta systemaattisesti ja kattavasti haastoi ja saattoi vääristää oikeaoppista tutkimustiedonhakuja. Hakukoneiden käyttämisen ja tutkimustiedon oikeaoppisen hakemisen perusteisiin olisi suunnitteluvaiheessa pitänyt keskittyä enemmän, jotta virallista tutkimus- ja näyttöön perustuvaa tietoa olisi ollut enemmän käytettävissä. Nämä tekijät olivat täysin riippuvaisia opinnäytetyön tekijän osaamistaidoista. Lisäksi tietohaussa haastetta toi tietokannoista saatavien tutkimusten saaminen FullText-versioina.

Haastetta luotettavuuteen toi palautekyselyn laatiminen, koska palautekyselyä ei ollut mahdollista testata ennakkoon sopivalla testiryhmällä. Kyselyä luetettiin ohjauksella opettajalla useasti sisällöllisten sekä ulkoisten virheiden poiskarsimiseksi. Palautekyselyn tulokset esitetään työssä rehellisinä ja muuntelemattomina. Suurin otanta tuloksista tuotettiin selkeään muotoon graafisen kuvion avulla.

#### **8.4 Aiheen jatkokehittämis- ja tutkimusehdotukset**

Jotta saataisiin selville, oliko osastotunti ISBAR-menetelmästä työelämätahon potilasraportointia kehittävää, tulisi selvittää, ovatko raportointikäytännöt muuttuneet työyksiköissä. Onko osastotunnin teoretietoa jaettu työyksiköiden työntekijöille ja onko sillä ollut vaikutusta työntekijöiden asenteisiin? Mitä haasteita ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönotossa on ollut?

Tulevaisuudessa pystyttäisiin jatkokehittämään raportointia muun muassa jatkamalla sekä laajentamalla ISBAR-raportointimenetelmän perehdyttämistä organisaation sisällä eri toimipisteissä ja organisaation ulkopuolelle. Koska palautekyselyssä nousi esille vanhushoitotyön sekä kotihoidon mukaan ottaminen, voisi ISBAR-menetelmän perehdyttämistä ja opettamista mieltä jopa kunnallisella tasolla kaikille

kunnan hoitotyöntekijöille. Moniammatillisessa ja yhteistyöpainotteisessa yhteiskunnassa olisi hyötyä yhdenmukaistaa raportointimenetelmät tulevaisuuden näkökulmasta ajateltuna.

Tutkimusehdotuksena voisi tulevaisuudessa tutkia ISBAR-menetelmän käyttöönottoa toimiyksiköissä ja mahdollisia käyttöönottohaasteita. Suomessa on hyvin vähän tehty tutkimuksia ISBAR-menetelmän toimivuudesta ja vaikutuksesta, mutta ulkomailla aihe on huomattavasti tutkitumpi. Kuten Shapiro (2017, 42) artikkelissaan mainitsee, ISBAR-menetelmästä ja sen vaikutuksesta tarvitsee selvästi tehdä enemmän tutkimusta osoittamaan tämän tekniikan todellista tehokkuutta. Tutkimuksia, joissa tarkastellaan ISBAR-menetelmän hyötyä käytännön hoitotyön kentällä, on Suomessa tehty hyvin vähän. Vastaavanlaisia ennen ja jälkeen menetelmän käyttöönoton tutkimuksia on tehty kansainvälisesti huomattavasti enemmän. Tämän voisi ajatella myös olevan syy siihen, miksi Suomen terveydenhuollossa itse ISBAR-menetelmä käsitteenä on vielä suhteellisen tuntematon, varsinkin perusterveydenhuollon osa-alueella.

Tulevaisuudessa olisikin mietittävä, miten potilasturvallisuutta pystyttäisiin edistämään kommunikaation ja viestinnän osalta. Jos tuloksissa päädyttäisiin toteamaan ISBAR-menetelmän hyödyt potilasturvallisuuden kehittämisessä, olisi syytä miettiä kuinka kyseinen menetelmä saataisiin tehokkaasti ja aktiivisesti käytännön hoitotyöhön ja terveydenhuollon käyttöön. Asia varmasti tulisi viedä terveydenhuollon opetuksen alkulähteille ja sisällyttää ISBAR-menetelmän opetus kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien ja ammattien opetussuunnitelmiin.

## LÄHTEET

- Arene ry. 21.5.2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. [Verkkajulkaisu]. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. [Viitattu 10.12.2018]. Saatavana: <http://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>
- Blom, L., Petersson, P., Hagell, P. & Westergren, A. 2015. The Situation, Background, Assessment and Recommendation (SBAR) Model for Communication between Health Care Professionals: A Clinical Intervention Pilot Study. [Verkkoartikkeli]. International Journal of Caring Sciences 8(3), 530–535. [Viitattu 13.12.2018]. Saatavana: Cinahl with fulltext tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Boyd, C. & Dare, J. 2014. Communication skills for nurses. UK: Wiley Blackwell.
- Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. Kuopio: Helsinki: Pelastusopisto; Suomen Punainen Risti.
- Cornell, P., Townsend Gervis, M., Yates, L. & Vardaman, J. 2014. Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. [Verkkolehtiartikkeli]. MEDSURG Nursing 23 (5), 334–342. [Viitattu 13.12.2018]. Saatavana: Cinahl with fulltext-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Åstedt-Kurki, P. 2012. Hoitotiede. 4 uud.p. Helsinki: Sanoma Pro.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. [Verkkajulkaisu]. Ammattikorkeakoulujen terveystieteen verkosto, Suomen sairaanhoitajaliitto ry. [Viitattu 14.12.2018]. Saatavana: <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki; Edita Prima oy.
- Heikkinen, K. & Lundgrén-Laine, H. 17.9.2013. Hoitotyön kirjaamisen tarkoitus ja sisältö. [Verkkoartikkeli]. Teoksessa Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 10.12.2018]. Saatavana: Terveystieteen Sairaanhoidajan tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K., Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus: Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännöllisesti. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Helovuo A, Kinnunen M, Kuosmanen A., Peltomaa K. 2015. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta – opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry. [Viitattu 10.4.2018]. Saatavana: [http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas\\_nettiin\\_korjattu.pdf-02112015.pdf](http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas_nettiin_korjattu.pdf-02112015.pdf)
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. uud. p. Helsinki: Tammi
- Hoikka, A. 2012. Raportointityökalu ISBAR — kokemuksia käyttöönotosta Tyks Kirurgisesta sairaalasta. Spirium (3), 24–25.
- Härkänen, M., Saano, S., Turunen, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Terveydenhuollon henkilöstön näkemykset lääkityspoikkeamien estämisestä erikoissairaanhoidossa. [Verkkoartikkeli]. Hoitotiede 25 (1), 49–61. [Viitattu 15.12.2018]. Saatavana: Elektra tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kassara, H., Palokoski, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY.
- Kinnunen, M. 2008. Potilasturvallisuus alkaa asenteista. Sairaanhoitaja (8), 10–13.
- Kinnunen, M. & Helovuo, A. 24.11.2017. Potilasturvallisuuden varmistaminen. [Verkkoartikkeli]. Teoksessa: Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 1.2.2018]. Saatavana: Terveystieteen Sairaanhoitajan tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T. 2017. Ensihoito. 6 uud. p. 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.
- Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen Hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, H. 2009. Potilasturvallisuus. Tutkiva hoitotyö (3), 3–4.
- Käypä hoito. 3.2.2016. Elvytys– käypä hoito suositus. [Verkkojulkaisu]. Duodecim. [Viitattu 14.12.2018]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi17010>
- L 30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki.

- Mikkonen, S. 2014. Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. Pro gradu -tutkielma. [Verkkojulkaisu]. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. [Viitattu 4.5.2018]. Saatavana: <https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96030/GRADU-1409307065.pdf?sequence=1>
- MOT Online-kielipalvelu. Ei päivystä. MOT Kielitoimiston sanakirja. [Verkkosivu]. Saatavana: <https://libts.seamk.fi:2137/mot/seamk/netmot.exe?motportal=80>
- Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.
- Puumalainen, A. Långsted, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedonvälitykseen. Tutkiva hoitotyö (1), 4–9.
- Peltomaa, K. 2011. SBAR -työkalu turvallisempaan suulliseen raportointiin. Spirium (2), 20–21.
- Roivas, M. & Karjalainen, A-L. 2013. Sosiaali- ja terveysalan viestintä. Helsinki: Edita.
- Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L., & Wallenius, J. 2011. HaiPro - millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007–2009?. [Verkkojulkaisu]. Duodecim. [Viitattu 12.12.2018]. Saatavana: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/10/duo99540>
- Sairaanhoitajaliitto. 2013. ISBAR-kortti. Esite. Keski-Suomen Seututerveyskeskus; Intra. Tilattavissa sairaanhoitajat ry.
- Sairaanhoitajat. 28.10.2014. Potilasturvallisuus. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 4.4.2018]. Saatavana: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/>
- Shapiro, J. 2017. SBAR: A Better Way to Communicate. [Verkkoartikkeli]. Podiatry Management 36(1), 41–42. [Viitattu 13.12.2018]. Saatavana: Cinahl with fulltexttietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. [Verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. [Viitattu 12.12.2018]. Saatavana: [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72272/potilasturvallisuus\\_julkaisu\\_2009\\_3\\_verkko\\_UP.pdf?sequence=1](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72272/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. [Verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7. [Viitattu 14.12.2018]. Saatavana: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3489-4.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN_ISBN_978-952-00-3489-4.pdf)

- Stewart, K. & Hand, K. 2017. SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. [Verkkoartikkeli]. MEDSURG Nursing 26(5), 297-305. [Viitattu 13.12.2018]. Saatavana: Cinahl with fulltexttietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. [Verkkajulkaisu]. Finnanest. [Viitattu 8.4.2018]. Saatavana: [http://www.finnanest.fi/files/tamminen\\_metsavainio\\_hyva\\_tiedonkulku\\_parantaa\\_potilasturvallisuutta.pdf](http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf)
- TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 9.4.2018]. Saatavana: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 20.11.2018]. Saatavana: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80154/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f.pdf?sequence=1>
- Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.
- Vuorinen, I. 1993. Tuhat tapaa opettaa. Naantali: Resurssi.

## **LIITTEET**

Liite 1. Palautekysely osastotunnin osallistujille

Liite 2. Osastotunnin PowerPoint esitys

Liite 3. ISBAR-kortti (sairaanhoitajaliitto 2013)

## Liite 1. Palautekysely osastotunnin osallistujille

### Palautekysely 23.11.2018

Osastotunti ISBAR potilasraportointimenetelmästä Keuruun Terveysaseman hoitohenkilökunnalle.

Palautteeseen vastataan nimettömänä ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Vastaaminen palautelomakkeeseen on vapaaehtoisesta, mutta toivottavaa opinnäytetyöhön sisältyvän osastotunnin arvioinnin takia. Vastaukset raportoidaan opinnäytetyössä ryhmätasolla ja yksittäisiä vastaajia ei voida tunnistaa.

#### 1. Työskentely-yksikköni pääsääntöisesti on;

1. Päivystys
2. Lääkärinvastaanotto
3. Vuodeosasto
4. Muu, mikä? \_\_\_\_\_

Vastaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä mielipidettäsi vastaava vastausvaihtoehto. Vastausvaihtoehdot ovat:

1 =täysin eri mieltä, 2 = melko eri mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4=melko samaa mieltä, 5 =täysin samaa mieltä

#### 2. ISBAR raportointi menetelmä oli minulle entuudestaan tuttu.

1            2            3            4            5

#### 3. Olen käyttänyt ISBAR -menetelmää raportoinnissa aikaisemmin.

1            2            3            4            5

#### 4. Osastotunnilla ISBAR -menetelmä esitettiin selkeästi ja ymmärrettävästi.

1            2            3            4            5

#### 5. PowerPoint esityksen diat olivat selkeät ja helposti seurattavat.

1            2            3            4            5

6. Kouluttajan esitys oli selkää ja kuuluva.

1            2            3            4            5

7. Potilascase- harjoitukset olivat käytännönläheisiä.

1            2            3            4            5

8. Koin case- harjoitusten tukevan ISBAR menetelmän oppimista.

1            2            3            4            5

9. Osastotunti lisäsi tietojani ISBAR menetelmän käytöstä raportointimenetelmänä.

1            2            3            4            5

10. Osastotunti lisäsi taitojani käyttää ISBAR- raportointimenetelmää.

1            2            3            4            5

11. Osastotunti lisäsi ymmärrystäni raportoinnin merkityksestä potilasturvallisuuteen.

1            2            3            4            5

12. Osastotunti motivoi minua käyttämään ISBAR- menetelmää jatkossa omassa raportoinnissani.

1            2            3            4            5

13. Osastotunnin ansiosta haluan kehittää omaa raportointiosaamista työssäni.

1            2            3            4            5

Arvioi osastotunnin kokonaisuus kouluarvosanalla (4-10): \_\_\_\_\_

Mitä muuta palautetta haluat antaa? Palautteen voit kirjoittaa kääntöpuolelle.

## Liite 2. Osastotunnin PowerPoint esitys

# ISBAR

## STRUKTUROITU JA JÄRJESTELMÄLLINEN RAPORTOINTIMENETELMÄ

Osastotunti Keuruun Terveysaseman hoitohenkilökunnalle 23.11.2018

Marianne Nurminen

Sairaanhoitaja (AMK opiskelija)

Seinäjoen ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala

## POTILASTURVALLISUUS

- **Potilasturvallisuuteen vaikuttavat**
  - ✓ prosessit ja toimintatavat
  - ✓ fyysinen ympäristö
  - ✓ laitteet ja tarvikkeet
  - ✓ dokumentointi ja tiedonkulku
  - ✓ inhimilliset tekijät.
- Pelkkä hyvänhoidon osaaminen ei tee hoidosta turvallista.
- **Kommunikaatio ja Tiedonkulku on oleellinen ja iso osa potilasturvallisuutta.**
  - ✓ Potilaasta ja hoidosta oleva tieto oikeaa ja ajantasaista.
- Ongelmat kommunikaatiossa myötävaikuttavat noin 70 prosenttiin terveydenhuollon haittatapahtumista.

## RAPORTOINTI POTILASTURVALLISUUDESSA

- Raportoinnin tärkein tavoite on turvata potilasturvallisuus sekä potilaan hoidon jatkuvuus ja hoidonlaatu.
- **Pohjana on hyvä dokumentointi ja se toimii suullisen tiedonkulun perustana.**
  - ✓ Kirjaaminen tekee hoitotyön näkyväksi ja osoittaa mitä hoito on pitänyt sisällään.
- Kriittisimpiä vaiheita ovat;
  - ✓ henkilökunnan työvuoron vaihdot
  - ✓ potilaan siirtäminen toiseen hoitoyksikköön.
- Puutteista syntyy turvallisuusriskejä.
  - ✓ puutteellisten tietojen välittäminen
  - ✓ vastaanotettu tieto on ymmärretty väärin - eteenpäin välittyy väärää tietoa
  - ✓ tietoa ei ole välitetty ollenkaan

## ISBAR -RAPORTOINTIMENETELMÄ

- Strukturoitu ja systemaattinen raportointimenetelmä
- Kansainvälisessä kirjallisuudessa tunnettu SBAR- menetelmänä, suomessa ISBAR.
- SBAR- menetelmä kehitettiin Yhdysvaltain puolustusvoimissa 1990-luvulla, tarkoituksena yhtenäistää suullinen tiedonkulku.
  - Käyttö levisi pian ilmaan ja tätä kautta Yhdysvalloissa terveydenhuoltoon 2000 luvun alussa.
- ISBAR- menetelmän avulla informaatio voidaan järjestää selkeään ja tiiviiseen muotoon.
- Strukturoitu ja systemaattinen raportointimalli varmistaa potilaan tärkeiden tietojen sekä huomioon otettavien asioiden siirtymisen eri kommunikaatioilanteissa ja näin pyrkii karsimaan hoitohenkilökunnan inhimillisten erehdysten sekä unohdusten määrää.

## TUTKITTU RAPORTOINTIMUOTO

- Tehtyjen tutkimusten mukaan ISBAR- menetelmällä on vaikutusta
  - ✓ Potilasturvallisuuteen
  - ✓ Raportoinnin johdonmukaisuuteen
  - ✓ Raportointiin käytettävään aikaan
- Tutkimuksissa on havaittu ISBAR tehostavan
  - ✓ Raportointia sekä ajallisesti että sisällöllisesti, epäoleellinen tieto vähenee.
- Mahdollistaa perusteellisen ja potilaskeskeisen raportoinnin.
- ISBAR menetelmä on tehnyt hoitotyön henkilökunnalle raportointitilanteista mielekkäämpää - hierarkia ja erot ammattiryhmien välillä.
- WHO (World Health Organization) suosittelee menetelmän käyttöä.

## YHTENÄISEN RAPORTOINTIMALLIN HYÖTY

- Raportointitilanteet rakenteeltaan noudattaa samaa järjestystä
  - ✓ Helpompi antaa ja vastaanottaa
- Helpottaa asioiden muistamista ja varmistaa tärkeimpien asioiden julkitulon.
- Voidaan hyödyntää ja käyttää erilaisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä.
- Moniammatillisuus, kommunikointi eri ammattiryhmien välillä.
- ISBAR- menetelmää voidaan muokata tarkoituksenmukaiseksi omaan työyksikköön.

## HAIG. YM. 2006 TUTKIMUS



## ISBAR - LYHENNE SANOISTA

### **I**DENTIFY – tunnista;

- Nimesi, ammatti ja yksikkö
- Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus

### **S**ITUATION - tilanne;

- Syy raportointiin (lääke- tai toimenpidekonsultaatio, potilaan luovutus)
- Tulossyy- miksi potilas on hoidossa?

### **B**ACKGROUND - tausta;

- Potilaan tilan taustalla olevat oleelliset asiat, miksi apua on hälytetty?
- sairaudet, hoidot ja ongelmat
- Lääkitys
- Allergiat
- Tartuntavaara/eristys, DNR?

## ASSESSMENT - nykytilanne

- Raportoi oleelliset asiat potilaan tämän hetken tilasta
- Vitaalitoiminnot
  - A) ilmatie
  - B) hengitys, saturaatio
  - C) pulssi, verenpaine
  - D) tajunnantaso (GCS), kipu (VAS)
  - E) lämpötila, ihonväri, vatsa, virtsaneritys, ulkoiset näkyvät merkit
- Tehdyt toimenpiteet ja tutkimukset

## RECOMMENDATION - toimintaehdotus;

- Ehdota; välitöntä toimenpidettä, tarkkailun lisäämistä, toimenpidettä, siirtoa toiseen yksikköön
- Varmista; kuinka kauan? Kuinka usein? Koska otan uudelleen yhteyttä? Onko vielä kysyttävää? Olemmeko samaa mieltä?

## VALMISTAUTUMINEN RAPORTOINTIIN

Ennen raportin antamista potilaasta tulee olla selvillä

- Päädiagnoosi
- lääkitys
- allergiat
- nestetasapaino
- laboriotutkimukset ja muut otetut tutkimukset
- hoitolinjaus
- erityishuomiot ja tarpeet
- Kiireettömässä tilanteessa tarkistetaan viimeisimmät sairaskertomusmerkinnät
- **Viimeisimmät vitaalilintoiminnot !**
- Hyvin täytetty seurantakaavake toimii pohjana.


 SEURANTAKAAVAKE - KEURUUN PÄÄVYSTYS

Nimi: \_\_\_\_\_ Metu: \_\_\_\_\_ PAINO:   
 Tulotapa:  vml  kati  katos  Laitos \_\_\_\_\_ paic: \_\_\_\_\_ Seapui: \_\_\_\_\_  
 Omainen:  vml \_\_\_\_\_ paic: \_\_\_\_\_ Tiesää:  kati  ei

Tulotyy: \_\_\_\_\_ Eittädot: \_\_\_\_\_

Seuranta:

Ala	rit	Pulssi	T.aste	SaO <sub>2</sub>	O <sub>2</sub>	HP	VAS	Ala	Kiputu

Vertaust:

Ala	Crp	lta	Tst	Ala	Keto	OKA/tydet	Kiputu

PLV:  glt  lat  la  sv  pti  par  lti  lau

Määritykset: \_\_\_\_\_ Kto \_\_\_\_\_ Kiputu \_\_\_\_\_

Kto: \_\_\_\_\_  
 Jalkahoito:  kati  Osaite  Laitos \_\_\_\_\_ Kivi  Syyti  Taki  Puotaki  Auki

Tel: 0431117/04 Heli Väärinen Hyönteis

- Raportin antajan tulee käyttää selkeää kieltä ja vastaanottajalle on annettava mahdollisuus kysymyksiin.
- Tilannetietoisuus, jossa käytetään suljetun ympyrän viestintää = vastaanottaja toistaa kuulemansa.
- Raportin antajan varmistettava, että hänet on ymmärretty oikein.
- Vastaanottajan kuunneltava aktiivisesti, eikä saa keskeyttää raportin antajaa.
- Tarvittaessa kysytään, jos jokin jää epäselväksi.



## CASE HARJOITTEET

## CASE 1, KIIREETÖN POTILASSIIIRTO

**75- vuotias** mies kaatuu osastolla. Kaatuminen nähdään. Potilas aristaa kovasti vasenta lonkkaa, ei pysty varaamaan jalalle ja on kivulias. Vasemmassa jalassa selkeä lyhentymä ja ulkorotaatio. Sairastaa verenpainetautiä ja osteoporoosia.

Potilas siirretään päivystykseen. **Miten raportoit päivystykseen?**

Päivystyksessä lonkka kuvataan ja havaitaan selkeä murtuma.

Potilaalle annetaan kipulääkettä ja lähetetään KSKS kirurgialle arvioon.

**Miten raportoit ensihoidolle?**

## CASE 2, LÄÄKÄRIKONSULTOINTI & POTILASSIIIRTO

**75- vuotias nainen.** Terveyskeskuksen vuode-osastolla hoidossa yleistilan laskun, kotona pärjäämättömyyden ja sydämen vajaatoiminnan takia. Nyt äkillisesti alkanut yöllä kova hengenahdistus ja rohina keuhkoista. Potilas hieman hätäntynyt, iho nihkeä/ lämmin, hengitystaajuus koholla, jaksaa puhua muutamia sanoja. korvin kuultavat rohinat keuhkoista.

• VITAALIT; RR 170/90, Syke 110, Spo2 82%, Lämpö 36.8, VS 8.2, HT 30

Perussairauksina: Sydämen vajaatoiminta, Sepelvaltimotauti, Verenpainetauti, Kilpirauhasen vajaatoiminta, Diabetes 2.

Potilaalle aloitetaan happihoito maskilla 8l/min. Lisähapella potilaan SpO2 85%. Konsultoidaan päivystävää lääkäriä ja päädytään lähettämään potilas KSKS-päivystykseen.

### MITEN RAPORTOIT?

1. Päivystävälle lääkärille
2. Ensihoidolle

## CASE 3, KIIREELLINEN POTILASSIIRTO

**60v mies** hakeutuu omalla autolla päivystykseen n. tunti sitten alkaneen puristavan rintakivun vuoksi klo 12:30. Aiemmin ei vastaavia rintakipukohtauksia. Sairastaa verenpainetautiä. Päivystyksessä iho nihkeä ja lämmin, aikaan ja paikkaan orientoitunut, puristavaa rintakipua vas 7, joka säteilee vasempaan käteen, kokee lievää hengenhädistystä.

- Vitaalit; RR 189/102, Syke 85, SpO2 92% , Tax. 36.6, VS 5.2
  - EKG:ssä selvät etuseinän ST-nousu infarktin merkit.

Potilaan hoito aloitetaan päivystyksessä: Happihoito viiksillä 3l/min -> SpO2 96%, ASA 250mg P.O., Dinit suihke x 2 ->helpottaa oloa, I.V- yhteys Ringer 500ml, Oxanest 5mg i.V ->VAS 4.

Päivystävä lääkäri konsultoi KSKS kardiologia ja päädytään lähettämään potilas pallolaajennukseen.

Kardiologin ohjeiden mukaan annetaan vielä:

- Brilique 180mg P.O, Klexane 40mg I.V, Cetirizin 10mg P.O

Ja ensihoidon vastuulle annetaan Nitro-infuusion aloitus hoito-ohjeen mukaan. Tarvittaessa oxanest 3mg I.V kipuun ja Seloken 5mg I.V sykettä rauhoittamaan.

### MITEN RAPORTOIT ENSIHOIDOLLE?

## LÄHTEET

- Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy
- Haig, K.M., Sutton, S. & Whittington, J. 2006. National patient safety goals, SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. [Verkkolehliartikkelii]. Joint Commission Journal On Quality & Patient Safety (3), 167-175. Saatavana Cinahl with fulltext-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Helovuola, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K., Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus: Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Edita Prima Oy
- Helovuola A, Kinnunen M, Kuosmanen A., Peltomaa K, 2015. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta – opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle. [Verkkajulkaisu]. Helsinki: Suomen Potilasturvallisuusyhdistys ry. Saatavana: [http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas\\_nettiin\\_korjattu.pdf-02112015.pdf](http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas_nettiin_korjattu.pdf-02112015.pdf)
- Kassara, H., Palokoski, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY
- Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. Sairaanhoidaja (3), 29-31.
- Kupari, P. & Rantanen, T. 2012. ISBAR auttaa viestimään oleellisen. Systole (2), 21-22.
- Sairaanhoidajat. 28.10.2014. Potilasturvallisuus. [Verkkajulkaisu]. Helsinki. Saatavana: <https://sairaanhoidajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/>
- Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. [Verkkajulkaisu]. Finnanest. Saatavana: [http://www.finnanest.fi/files/tamminen\\_metsavainio\\_hyva\\_tiedonkulku\\_parantaa\\_potilasturvallisuutta.pdf](http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf)

## Liite 3. ISBAR-kortti (sairaanhoitajaliitto 2013)

# ISBAR – kiireetön tilanne

<b>1.IDENTIFY</b> Tunnista	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nimesi, ammatti, yksikkö</li> <li>Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus</li> </ul>
<b>2.SITUATION</b> Tilanne	<ul style="list-style-type: none"> <li>Syy raportointiin</li> </ul>
<b>3.BACKGROUND</b> Tausta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat</li> <li>Allergiat</li> <li>Tartuntavaara/eristys</li> </ul>
<b>4.ASSESSMENT</b> Nykytilanne	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vitaalielintoiminnot</li> <li>Oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen</li> </ul>
<b>5.RECOMMENDATION</b> Toimintaehdotus	<p><b>Ehdota</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tarkkailun lisäämistä</li> <li>Toimenpidettä</li> <li>Siirtoa toiseen yksikköön</li> <li>Hoitosuunnitelman muutos</li> </ul> <p><b>Varmista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kuinka kauan...?</li> <li>Kuinka usein...?</li> <li>Koska otan uudelleen yhteyttä...?</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Onko vielä kysyttävää?</li> <li>Olemmeko samaa mieltä?</li> </ul>



# ISBAR – kiireellinen tilanne

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