

Virve Heiskanen

ISBAR- MENETELMÄ RAPORTOINNIN TYÖKALUNA

Osaaminen sairaanhoitajien kokemana, käytön
yleisyys ja käyttämiseen vaikuttaneet tekijät

Sairaanhoitaja (AMK)

Syksy 2016



KAJAANIN
AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

TIIVISTELMÄ

Tekijä: Heiskanen Virve

Työn nimi: ISBAR- menetelmä raportoinnin työkaluna – Osaaminen sairaanhoitajien kokemana, käytön yleisyys ja käyttämiseen vaikuttaneet tekijät

Tutkintonimike: Sairaanhoitaja (AMK)

Asiasanat: ISBAR, raportointi, potilasturvallisuus, tiedonkulku, kyselytutkimus

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kartoittaa ISBAR:n käyttöä toimeksiantajan, Kainuun sosiaali- ja kuntayhtymän, työyksiköissä ja ISBAR:n käyttämiseen vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena oli opinnäytetyön tulosten perusteella edelleen kehittää raportointikäytänteitä ja lisätä potilasturvallisuutta. Opinnäytetyössä haluttiin vastata kysymyksiin missä määrin ISBAR:ia käytetään raportoinnissa, millaiseksi sairaanhoitajatutkimuksen suorittaneet työyksiköiden työntekijät kokevat osaamisensa ISBAR- menetelmän käyttämisessä sekä mitkä tekijät edistävät ja mitkä tekijät heikentävät ISBAR:n käyttämistä Kainuun SOTE:n toimintayksiköissä.

Aineisto kerättiin sähköisen kyselylomakkeen avulla kahdelta kirurgiselta vuodeosastolta, kahdelta sisätautien vuodeosastolta ja päivystyspoliklinikalta Kainuun keskussairaalaan. Vastaajina toimivat yksiköiden sairaanhoitajat. Perusjoukko oli kooltaan 117 ja vastausprosentti 31,6 % (n = 37). Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin sijaintiluvuilla ja osaa muuttujista verrattiin ristiintaulukoinnilla. Tilastollista merkitsevyyttä on analysoitu Mann-Whitneyn U –testillä ja Kruskal-Wallis H –testillä. Kvalitatiivinen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalysillä.

Yli puolet vastaajista (54 %) käytti aineiston mukaan ISBAR- menetelmää raportoinnissa usein ja 11 % aina. Raportin vastaanottamisen tukena menetelmää käytti usein 49 % ja aina 8 %. 13 % ilmoitti, että käyttää menetelmää vastaanottamiseen harvoin tai ei koskaan. Sairaanhoitajista 86 % oli täysin samaa mieltä väittämästä ”tiedän mikä on ISBAR” ja 62 % ”tiedän ISBAR- menetelmän osa-alueet”. Alle puolet (40 %) oli täysin samaa mieltä väittämästä ”tiedän ISBAR- menetelmästä riittävästi voidakseni käyttää sitä päivittäisessä raportoinnissa”. Näistä vastaajista 20 % ilmoitti käyttävänsä sitä aina raportoidessaan. Työyksiköiden välillä sekä valmistumisvuodella ei ollut tilastollista merkitsevyyttä menetelmän käytön yleisyyden suhteen.

ISBAR- menetelmän käyttämistä ovat edistäneet menetelmän käyttöön saatu tuki sekä kokemus menetelmän hyödyistä raportoinnissa. Menetelmän käyttämistä ovat heikentäneet raportin sisältöön liittyvät tekijät (raportin lyhyys ja liiallinen tarkkuus), raportointitilanteeseen liittyvät tekijät (mm. raportointi tilanteen kiireellisyys ja raportin vastaanottamisen vaikeudet menetelmän avulla, ellei raportoi käyttä menetelmää) ja työntekijään sekä työyksikköön liittyvät tekijät (aiempi tapa raportoida on koettu paremmaksi, menetelmän osa-alueita ei muisteta ja menetelmän ei koeta sopivan työyksikön käyttöön).

ABSTRACT

Author: Heiskanen Virve

Title of the Publication: ISBAR Method as a Reporting Tool – self-perceived competency of registered nurses, extent of use and contributing factors

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: ISBAR, reporting, patient safety, information transfer, survey

The objective of this thesis was to explore the use of the ISBAR reporting tool in five hospital departments (two surgical wards, two internal medicine wards and ER) at Kainuu Central Hospital. The focus was on the extent of use, factors contributing to the use, and registered nurses' self-perceived competency in using ISBAR. The aim of this thesis was to provide Kainuu Social and Health Care Joint Authority, the commissioner, with information about the use of ISBAR in their hospital departments. This information can be utilized in developing reporting practices and improving patient safety. The research questions were the following: how much ISBAR was used for reporting in departments, how registered nurses experienced their competency to use ISBAR and what factors promoted or hindered the use of ISBAR.

Data was collected via an electronic survey. The population (N = 117) included all the registered nurses working in the selected departments. The response rate was 31.6% (n = 37). Quantitative data was analysed using frequency, mean, median, mode and range. The standard deviation of the sample was analysed. Some variables were compared using cross-tabulation. Statistical significances were tested using the Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis H test. Qualitative data was analyzed using inductive content analysis.

54% of the registered nurses reported using ISBAR often for reporting, and 11% reported using it always. 49% used the method often for receiving reports, 8% always, and 13% rarely or never. 86% of the nurses knew precisely what ISBAR was, and 62% knew the different ISBAR sections. 40% knew the method well enough to use it for daily reporting, and 20% of those who knew it well always used it for reporting. No statistical significances were found when comparing different departments and the year of graduation to the extent of use.

Factors that promoted the use of ISBAR were support given by the organization and experienced benefits of using the method for reporting. Factors that hindered the use of ISBAR included the content of the report (shortness and too high precision in some reporting situations), reporting situation itself (urgency of situations and difficulties receiving reports using ISBAR if reports were not given using ISBAR) and factors involving the nurse and department (the previous reporting style was considered better, ISBAR was not suitable for their department and all the sections of ISBAR were not remembered).

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	1
2 POTILASTURVALLISUUS	3
2.1 Potilasturvallisuustyön kehitys.....	3
2.2 Potilasturvallisuuden osa-alueet.....	4
2.2.1 Tiedonkulku.....	5
2.2.2 ISBAR- menetelmä	6
3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	8
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	9
4.1 Aiheen ja menetelmän valinta	9
4.2 Kyselylomakkeen laatiminen ja esitestaus	11
4.3 Aineistonkeruu.....	13
4.4 Kvantitatiivisen aineiston analysointi	14
4.5 Kvalitatiivisen aineiston analysointi	16
5 TULOKSET	19
5.1 Taustamuuttujat.....	19
5.2 Koettu osaaminen	22
5.3 ISBAR- menetelmän käyttäminen raportoinnissa	25
5.4 ISBAR:n käyttämistä edistäneet tekijät.....	33
5.5 ISBAR:n käyttämistä heikentäneet tekijät.....	35
5.6 Sairaanhoidajien näkemyksiä ISBAR- menetelmän käytön edistämiseksi.....	36
6 POHDINTA.....	39
6.1 Tulosten tarkastelu	39
6.2 Johtopäätökset ja suositukset	43
6.3 Luotettavuus.....	45
6.3.1 Kvantitatiivisen osuuden luotettavuus	46
6.3.2 Kvalitatiivisen osuuden luotettavuus	48
6.4 Eettisyys	49
6.5 Jatkotutkimusaiheet.....	51

6.6 Ammatillisen osaamisen kehittyminen..... 52

LÄHTEET 54

LIITE 1. Kyselylomake

LIITE 2. Tiedote yksiköiden esimiehille

LIITE 3. Saatekirje

1 JOHDANTO

Kun hakeudumme asiakkaaksi terveydenhuoltoon, oletamme tulevamme hoideksi ja luotamme, että kärsimyksiämme pyritään lievittämään. Terveydenhuollon ammattilaisilla on useimmiten vakaa tarkoitus toimia juuri näin. Kuitenkin, tutkimusten perusteella on arvioitu, että joka kymmenes potilas kokee haittaa hoidon seurauksena. Todennäköisempää on menehtyä hoitovirheeseen kuin liikenneonnettomuuden seurauksena. Tutkimusten mukaan myös merkittävä määrä näistä haittatapahtumista olisi ehkäistävissä (Potilasturvallisuusopas 2011, 9-10). Tiedonkulkuun liittyvät ongelmat ovat yleisiä syitä haittatapahtumien synnyssä (Helovuoto 2011, 72).

Tiedonkulun varmistamiseksi on kehitetty ISBAR- menetelmä. Se on strukturoitu raportointimenetelmä, jolla tieto pyritään välittämään systemaattisesti raportointitilanteissa (Helovuoto ym. 2011, 207). ISBAR:n käytön on useissa tutkimuksissa todettu vähentäneen haittatapahtumia (mm. Haig, Sutton & Whittington 2006; De Meester, Verspuy, Monsieus & Van Bogaert 2013; Randmaa, Mårtensson, Swenne & Engström 2014).

Opinnäytetyöni käsittelee ISBAR:n käyttöä työyksiköiden välisessä raportoinnissa toimeksiantajan, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän, viidessä erikoissairaanhoidon työyksikössä. Osallistuvat yksiköt on valittu yhdessä toimeksiantajan kanssa. Valitut yksiköt ovat kirurgiset vuodeosastot 6 ja 7, sisätautien vuodeosastot 8 ja 9 sekä päivystyspoliklinikka. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa ISBAR:n käyttöä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän toimintayksiköissä ja ISBAR:n käyttämiseen vaikuttavia (edistäviä ja heikentäviä) tekijöitä. Tavoitteena on opinnäytetyön tulosten perusteella edelleen kehittää raportointikäytänteitä ja sitä kautta edistää potilasturvallisuutta. Osallistuneet työntekijät ovat sairaanhoitajan koulutuksen saaneita, välitöntä potilastyötä tekeviä henkilöitä.

ISBAR:n käyttöä kartoitin sähköisen kyselylomakkeen avulla. Kysymyslomake sisälsi suljettuja ja avoimia kysymyksiä. Suljetuilla kysymyksillä kartoitin tämän sairaanhoitajien koettua osaamista ISBAR:iin liittyen ja tämän hetkistä tilannetta siitä,

missä määrin ISBAR:ia käytetään raportoinnissa. Avoimilla kysymyksillä pyrin löytämään sairaanhoitajan näkökulmasta käyttämiä edistäviä ja heikentäviä syitä. Suljetut kysymykset on analysoitu tilastollisin menetelmin ja avoimet kysymykset induktiivisella sisällönanalyysillä.

2 POTILASTURVALLISUUS

WHO on määritellyt potilasturvallisuuden seuraavasti: ”Potilasturvallisuus on ennaltaehkäistävässä olevan haitan poissaoloa tai puutetta” (Patient Safety: About us 2015). Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (2014) puolestaan kuvaa potilasturvallisuutta näin: ”Potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta.” (Mitä on potilasturvallisuus? 2014.) Potilasturvallisuuden tavoitteena on siis varmistaa hoidon laatu, jotta potilaalle ei aiheudu hoidon vuoksi tarpeetonta haittaa. Suunnitellusta poikkeava tapahtuma, poikkeama, voi edesauttaa vaaratapahtuman syntyä. Vaaratapahtuma on tapahtuma, josta seuraa tai voi seurata potilaalle haittaa. Jos haittaa ei synny, eli tapahtuma estetään tai estyy, on kyseessä läheltä piti- tilanne. Jos potilaalle koituu hoidosta tarpeetonta haittaa, on kyseessä haittatapahtuma. Haittatapahtumassa potilaalle siis koituu haitta eli vamma, joka ei johdu hänen sairaudestaan eikä ole suunnitelmallinen osa hoitoa. Suojaus on puolestaan menettely tai rakenne, jonka tarkoituksena on estää poikkeamia. Suojauksia kehitetään suunnitelmallisesti estämään poikkeamia, näistä seuraavia vaaratapahtumia ja tätä kautta varsinaisia potilaalle koituvia haittoja. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 12, 14-15; Helovuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011; Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto 2007.)

2.1 Potilasturvallisuustyön kehitys

Vuonna 1984 Yhdysvalloissa tehtiin tutkimus, jonka tavoitteena oli tuottaa ajantasainen ja luotettava arvio haittatapahtumien määrästä sairaaloissa (Brennan ym. 1991). Yli 30000 potilasasiakirjaa analysoimalla todettiin 3,7 % potilaista kokeneen haittatapahtuman. Vuoden aikana New Yorkin sairaaloissa oli yli 2,6 miljoonaa hoitojaksoa ja tuona aikana tapahtui yli 98000 haittatapahtumaa. (Brennan ym.

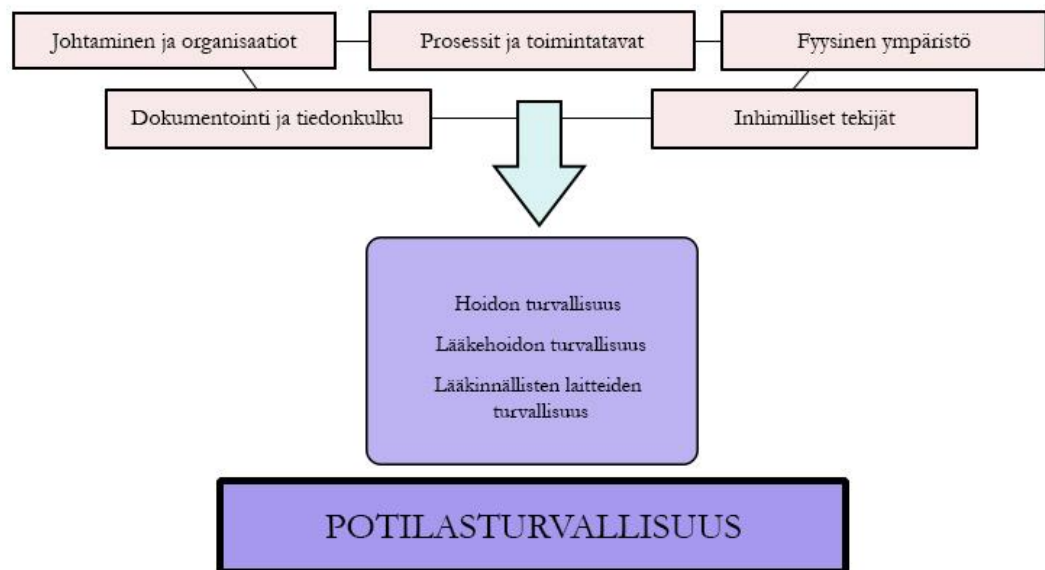
1991.) Kyseisen ja vastaavanlaisia tuloksia antaneiden tutkimusten myötä potilasturvallisuuden kehittämistyöhön alettiin panostaa uudella tavalla. Yhdysvallat oli edelläkävijänä ja useat valtiot seurasivat perässä. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 141- 143; Helovuoto ym. 2011, 24.) Vuonna 2004 World Health Organization aloitti potilasturvallisuuteen tähtäävän työn maailmanlaajuisesti (Aaltonen & Rosenberg 2013, 8; Patient safety: About us 2015).

Suomessa potilasturvallisuutta edistävään työhön on osallistuttu aktiivisesti vuodesta 2005 lähtien. Ensimmäisenä puututtiin lääkehoidon turvallisuuteen. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi valtakunnallisen lääkehoito-oppaan lääkehoidon turvallisuuden kehittämiseksi. Vuonna 2009 julkaistiin suomalainen potilasturvallisuusstrategia, joka johti useisiin muihin potilasturvallisuuteen tähtääviin kansallisiin toimiin. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 8, 143; Helovuoto ym. 2011, 31- 33.) Myös lainsäädännöllä on pyritty lisäämään potilasturvallisuutta. Vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain yhtenä osa-alueena on potilasturvallisuus. Terveydenhuollon toiminnan tulee olla sellaista, että laatu ja potilasturvallisuus toteutuvat. Toiminnan tulee perustua näyttöön ja hyviin käytänteisiin. Laissa toimintayksiköt veloitetaan laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanoa koskevan suunnitelman laatimiseen. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Suunnitelman yksityiskohdat kuvataan erillisellä asetuksella (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011).

2.2 Potilasturvallisuuden osa-alueet

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos jakaa potilasturvallisuuden kolmeen osa-alueeseen. Nämä osa-alueet ovat lääkehoidon turvallisuus, hoidon turvallisuus sekä lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuus (KUVIO 1). Hoidon turvallisuuteen sisältyvät hoidon toteuttamisen ja hoitomenetelmien turvallisuus, joiden yksi osa-alue on tiedonkulku. (Mitä on potilasturvallisuus? 2014; Helovuoto ym. 2011, 13- 14.)

Potilasturvallisuuskysymyksiä pyritään nykyisin lähestymään systeemilähtöisesti. Systeemiajattelussa potilasturvallisuus nähdään useiden tekijöiden summana eikä yksittäisten työntekijöiden virheinä tai osaamattomuutena. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 14; Helovuoto ym. 2011, 53- 73). Haittatapahtumien perimmäisiä syitä voidaan tutkia juurisyyanalyysin (root cause analysis, RCA) avulla. Analyysissä pyritään seuraamaan haittatapahtumaan johtaneiden tapahtumien ketjua. Tapahtuneen syvällisemmän ymmärtämisen avulla haittatapahtumasta voidaan oppia ja kehittää tarpeellisia suojauksia. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 18.) Potilasturvallisuuden toteutumiseen tai toteutumattomuuteen vaikuttaviksi osa-alueiksi voidaan nimetä johtamiseen ja organisaatioon liittyvät tekijät, prosessit ja toimintatavat, fyysinen ympäristö, dokumentointi ja tiedonkulku sekä inhimilliset tekijät. (Helovuoto ym. 2011, 53- 73.)



KUVIO 1. Potilasturvallisuus osa-alueittain Helovuota ym. (2011) mukailten

2.2.1 Tiedonkulku

Tiedonkulkua voidaan pitää keskeisenä potilasturvallisuuteen vaikuttavana tekijänä terveydenhuollossa. Tiedonkulkuun liittyy sekä onnistunut dokumentointi että

tiedon onnistunut siirtäminen prosessin eri vaiheissa. Tiedonkulkuun liittyvät ongelmat, kuten väärinymmärrykset tai tietokatkot, voivat vaarantaa potilasturvallisuuden. Tiedonkulkuun liittyvät ongelmat ovatkin yksi yleisistä haittatapahtumien syntyyn vaikuttavista tekijöistä. Systemaattiset ja jäsennellyt raportointitavat edistävät potilasturvallisuutta. (Helovuo ym. 2011, 72.)

Potilaan luovuttaminen yksiköstä toiseen on riski tiedon kululle (Helovuo ym. 2011, 72). Potilaan siirtymistä henkilökunnan toimesta voidaan kutsua potilassiirroksi. Siirto voi tapahtua esimerkiksi sairaalan tai muun hoitoa tarjoavan laitoksen sisällä tai potilassiirto voi tapahtua laitoksesta toiseen. (Potilassiirto, FinTo Mesh 2015.) WHO (2007) suosittelee SBAR-menetelmän käyttöä raportointiin potilaan siirtyessä yksiköiden välillä (Communication During Patient Hand-Overs 2007).

2.2.2 ISBAR- menetelmä

ISBAR on strukturoitu raportointimenetelmä, jonka avulla tieto pyritään välittämään systemaattisesti jokaisessa raportointitilanteessa (Helovuo ym. 2011, 207). ISBAR on suojaus, joka on kehitetty tiedonkulkuun liittyvien poikkeamien estämiseksi. Systemaattisen raportoinnin tavoitteena on potilasturvallisuuden edistäminen.

Kirjaimet viittaavat raportoinnin osa-alueisiin ja ne kaikki tulisi käydä läpi järjestelmällisesti jokaisessa raportointitilanteessa. I eli Identify viittaa raportoijan ja raportoitavan tunnistamiseen. S eli Situation tarkoittaa raportoinnin syytä esimerkiksi konsultoitaessa sekä tilanteen kiireellisyyttä. B eli Background tarkoittaa oleellisia anamnestisia tietoja, kuten perussairauksia ja tehtyjä toimenpiteitä. A eli Assessment painottuu nykytilaan, ja sisältää muun muassa vitaalielintoiminnot, tilanteen kehittymisen ja hoidon tarpeen arvioinnin ja R eli Recommendation viittaa omaan toimintaehdotukseen tilanteessa, yhteisymmärryksen varmistamiseen ja ohjeiden sekä määräysten toistoon (Helovuo ym. 2011, 207- 208.) Tunnistaminen (Identify) ei ole ollut aina oma osansa, vaan sijoittunut seuraavan kirjaimen (Situation) yhteyteen (ISBAR: Adding an extra step in handoff communication 2016). Lähteissä

käytetäänkin vaihtelevasti ISBAR ja SBAR-termejä, jotka käytännössä ovat kuitenkin sama raportointimalli.

SBAR-menetelmä otettiin käyttöön ensimmäisenä St. Joseph Medical Centerissä Yhdysvalloissa vuonna 2002. SBAR:n käyttämisellä saadut tulokset potilasturvallisuuden paranemiseksi olivat merkittäviä. Aiemmin 1000 hoitopäivää kohti haittatapahtumia ilmeni 89,9 ja SBAR:n käyttöönoton jälkeen vastaava luku oli 39,96 haittatapahtumaa 1000 hoitopäivää kohti. (Haig ym. 2006.) Belgialaisessa interventiotutkimuksessa pyrittiin selvittämään SBAR:in käytön vaikutusta vakavien haittatapahtumien esiintymiseen 16 osastolla. Potilastietojen perusteella hoitajien SBAR:n käytön lisääntyminen tehosti viestintää ja yhteistyötä. Tämän seurauksena ennalta suunnittelemattomat potilassiirrot teho-osastolle lisääntyivät ja odottamattomat potilaskuolemat vähenivät 0.99/1000 potilaasta tasolle 0.34/1000. (De Meester ym. 2013.) Toisessa interventiotutkimuksessa tutkittiin ilmoitettujen, tiedonkulkuun liittyvien haittatapahtumien määrää kahden ryhmän välillä. ISBAR:n käyttöönoton jälkeen menetelmää käyttävän ryhmän ero tiedonkulkuun liittyvien haittatapahtumien määrässä oli tilastollisesti merkitsevä, toisinkuin menetelmää käyttämättömässä verrokkiryhmässä. (Randmaa ym. 2014.)

Mikkonen (2014) on tutkinut pro gradu-tutkielmassaan potilaan luovuttamista ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Tulokset viittasivat merkittäviin ongelmiin suullisen raportoinnin laadussa, yhteneväisyydessä ja raportin vastaanottamisessa. ISBAR oli tuttu vain osalle tutkimukseen osallistuneista ja näistäkin vain pieni osa käytti kyseistä raportointimenetelmää. (Mikkonen 2014, 42- 43.) Myös Männikkö ja Olkkonen ovat tutkineet opinnäytetyössään tiedonkulkua päivystyspoliklinikalla ja ensihoidossa. Tuloksista ilmeni, että ISBAR:ia käytettiin vain vähäisissä määrin. Kolmasosa tutkituista ei käyttänyt sitä koskaan. (Männikkö & Olkkonen 2013.)

3 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa ISBAR:n käyttöä Kainuun sosiaali- ja kuntayhtymän toimintayksiköissä ja ISBAR:n käyttämiseen vaikuttavia (edistäviä ja heikentäviä) tekijöitä. Tavoitteena on opinnäytetyön tulosten perusteella edelleen kehittää raportointikäytänteitä ja sitä kautta lisätä potilasturvallisuutta.

1. Missä määrin ISBAR:ia käytetään raportoinnissa Kainuun SOTE:n toimintayksiköissä?
2. Millaiseksi sairaanhoitajatutkinnon suorittaneet Kainuun SOTE:n työyksiköiden työntekijät kokevat osaamisensa ISBAR- menetelmän käyttämisessä?
3. Mitkä tekijät edistävät ISBAR:n käyttämistä Kainuun SOTE:n toimintayksiköissä?
4. Mitkä tekijät heikentävät ISBAR:n käyttämistä Kainuun SOTE:n toimintayksiköissä?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyöhöni kuuluu sekä määrällinen, että laadullinen osuus. Tutkimuskysymysteni mukaisesti kartoitin ISBAR:n käyttöä työyksiköissä, ja lisäksi pyrin löytämään tekijöitä eli syitä käyttämisen tai käyttämättömyyden takana.

4.1 Aiheen ja menetelmän valinta

Aiheen valitsin Kajaanin ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden aihepankista. Toimeksiantajana toimi Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Vaaratapahtumailmoituksia tiedonkulkuun liittyen raportoitiin Kainuun SOTE:ssa vuonna 2013 442 kappaletta (Korhonen 2014). Tiedonkulun turvallisuuteen on organisaatiossa kiinnitetty huomiota ja pyritty vaikuttamaan siihen laadunhallinnan menetelmin, muuan muassa koulutuksen ja ohjeiden avulla. ISBAR:n käyttöä on pyritty edistämään esimerkiksi maaliskuussa vuonna 2014 voimaan tulleella hallinnollisella ohjeella. (Menettelyohjeet turvallisempaan tiedonkulkuun potilaasta raportoidessa 2014.) Toimeksiantajatahon toive oli saada kartoitettua ISBAR:n käytön tämän hetkistä yleisyyttä ja tunnettavuutta organisaatiossa. Lisäksi haluttiin tietää ISBAR:n käyttöön tai käyttämättömyyteen vaikuttavia tekijöitä.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä on tuottanut sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja Kainuun alueella vuodesta 2013 lähtien (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän päätöksenteko 2015). Kainuun SOTE:n potilasturvallisuustyöryhmän laatima hallinnollinen ohje koskee menettelytapoja raportoinnissa. Ohjeessa käsitellään potilasturvallisuutta edistäviä toimintatapoja potilassiirroissa, kotiutustilanteessa ja suullisen raportoinnin ohjeen ISBAR:n mukaan. (Menettelyohjeet turvallisempaan tiedonkulkuun potilaasta raportoidessa 2014.) Vuonna 2015 on laadittu myös tukilomake suullisen raportin vastaanottamiseen ISBAR:n avulla. Se on tarkoitettu raportin vastaanottajan käytettäväksi kirurgisen

potilaan kiireettömän raportoinnin tilanteissa. Tukilomake mukailee perinteistä ISBAR- rakennetta ja sisällössä on huomioitu kirurgisen potilaan raportoinnissa keskeisiä huomioonotettavia asioita. Osasto 6, kirurginen vuodeosasto, on toiminut pilottiosastona tukilomakkeen käyttöönotossa. (ISBAR – Raportoinnin tukilomake, kirurginen potilas 2016.)

Aineistonkeruumenetelmänä toimi kyselylomake. Heikkilän (2014) mukaan määrällisen tutkimuksen avulla ilmiötä voidaan kuvata mitattavan tiedon avulla. Määrällisin keinoin voidaan selvittää tilanne, mutta ei varsinaisesti löytää syitä tilanteeseen. Laadullisen tutkimuksen avulla puolestaan voidaan pyrkiä ymmärtämään ilmiötä. Laadullisin keinoin voidaan siis pyrkiä selvittämään syitä. Heikkilä toteaa, että kahden menetelmän käyttö voi joissain tapauksissa täydentää toisiaan. (Heikkilä 2014, 14- 15.)

Osallistuvat työyksiköt valitsimme yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Toimeksiantajan toiveena oli saada mahdollisimman suuri kattavuus organisaatiosta. Organisaatio on varsin suuri työntekijämäärältään ja perusjoukon koko olisi tehnyt kokonaistutkimuksen toteuttamisen mahdottomaksi. Laaja yksiköiden mukaan ottaminen olisi edellyttänyt lisäresursseja, ja sen mielekkyys alemman korkea-asteen opinnäytetyönä olisi ollut kyseenalainen. Resurssit olivatkin yksi valintakriteereistä tutkimusmenetelmää valittaessa. Toisaalta laajan, heterogeenisen perusjoukon kohdalla otantamenetelmän käyttäminen olisi voinut lisätä otantavirheen riskiä ja näin ollen heikentää luotettavuutta. Osallistuvat yksiköt rajattiin lopulta opinnäytetyössäni viiteen erikoissairaanhoidon yksikköön, jolloin myös kyselylomakkeen laatiminen saatiin selkeämmäksi ja rajalliset resurssit voitiin saada tehokkaaseen käyttöön.

Valitut yksiköt olivat viisi Kainuun SOTE:n erikoissairaanhoidon työyksikköä. Osastot 6 ja 7 ovat kirurgisia vuodeosastoja ja kuuluvat operatiiviseen vastuualueeseen. Osastot 8 ja 9 ovat sisätautien vuodeosastoja ja kuuluvat konservatiiviseen vastuualueeseen. Päivystyksen vastuualueelta mukaan otettiin päivystyspoliklinikka. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän organisaatio 2015; Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän organisaatorakenne 2013.)

Osallistuvien yksikköjen vastaajiksi eli havaintoyksiköiksi valikoituivat sairaanhoitajatutkinnon suorittaneet, välittömään potilastyöhön osallistuvat sairaanhoitajat. Muut hoitotyön ammattiryhmät, kuten lähihoitajat, rajattiin osallistujista pois. Syynä oli heidän vähäinen määränsä erikoissairaanhoidon työyksiköissä sekä vähäinen osallistuminen raportointitilanteisiin kohdeyksiköissä. Kysely oli mahdollista toteuttaa kokonaistutkimuksena havaintoyksiköiden arvioidun määrän perusteella, jolloin kaikki perusjoukkoon kuuluvat työntekijät toimivat havaintoyksiköinä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 174- 175; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 105).

4.2 Kyselylomakkeen laatiminen ja esitestaus

Toimeksiantaja tarjosi käyttöni tunnukset Webropol- kyselytyökaluun. Kyselylomakkeen laadin itse, perustuen teoreettiseen viitekehykseen, tietoon osallistuvista yksiköistä, sekä toimeksiantajan näkemyksiin heidän tiedon tarpeistaan. Aiemmat kartoitukset ISBAR- menetelmän käytöstä terveydenhuollon yksiköissä Suomessa antoivat aiheita selvittää sairaanhoitajien kokemaa osaamista. Käytön yleisyys oli toimeksiantajan kannalta keskeinen tieto, samoin kuin käyttämiseen vaikuttaneet tekijät. Tieto näistä asioista osallistuvien yksiköiden osalta tuo toimeksiantajalle tärkeää informaatiota, joiden pohjalta ISBAR:n käyttämistä voidaan kehittää yksiköissä. Kyselylomakkeen laatimisessa huomioin kysymysten suhteen tutkimuskysymyksiin, kysymysten selkeyden ja yksiselitteisyyden sekä loogisen etenemisjärjestyksen (Heikkilä 2014, 47). Kyselylomake sisälsi suljettuja ja avoimia kysymyksiä. Suljetut kysymykset ovat käyttökelpoisia kun mahdolliset vastausvaihtoehdot ovat tiedossa (Heikkilä 2014, 49). Avointen kysymysten avulla pyrin lähestymään syitä, jotka vaikuttavat ISBAR:n käyttöön työyksiköissä. Avoimia kysymyksiä voidaan käyttää osana kyselylomaketta, jos vastausvaihtoehtoja ei voida etukäteen määritellä (Heikkilä 2014, 47). Opinnäytetyössäni ISBAR:n käyttämiseen liittyviä tekijöitä ei voitu perustellusti tutkia antamalla valmiita vaihtoehtoja, sillä aiempia tutkimuksia syistä on olemassa niukasti.

Lomakkeen ensimmäiset kolme kysymystä koskivat taustamuuttujia. Tarpeellisiksi taustamuuttujiksi arvioin sairaanhoitajakoulutuksesta valmistumisvuoden sekä sairaanhoitajana työskentelyajan. Vastausten analysoinnin kannalta työskentelyyksikkö on mielekästä kysyä. Koettua osaamista koskevat kysymykset (LIITE 1, 4- 6) etenevät aiheeseen syventyen; yleisestä tietämisestä syvempään tietämiseen, jolla ISBAR- menetelmän sujuva käyttäminen mahdollistuu. Käyttämisen yleisyyttä mittaavat kysymykset (LIITE 1, 7- 10) syvenevät edellisten kysymysten logiikan mukaisesti; ensin kartoitan ISBAR- menetelmän käyttämistä yleisesti ja tämän jälkeen tarkennan kysymykset koskemaan yksiköiden välistä raportointia. Kysymykset 1 – 10 olivat lomakkeessa lukittuja, jolloin osallistujan oli välttämätöntä vastata kysymykseen voidakseen edetä kyselyssä. Avoimet kysymykset (LIITE 1, 11- 12) sijoitin lomakkeen loppuun. Avoimet kysymykset eivät olleet lukittuja, jolloin osallistujan ei ollut välttämätöntä vastata kysymykseen. Kysymyslomake on syytä aloittaa helpoilla kysymyksillä vastaajan motivaation ylläpitämiseksi (Heikkilä 2014, 47). Viimeiset kysymykset (LIITE 1, 13- 14) olivat vapaa sanatyypisiä, eikä niitä ei ole analysoitu. Vastanneilla sairaanhoitajilla oli mahdollisuus esittää kehittämisideoita ISBAR:n käytön edistämiseksi työyksiköissään. Kehittämisideat ovat toimeksiantajan hyödynnettävissä jatkossa menetelmän käytön edistämiseksi. Lisäksi vastaajilla oli mahdollisuus esittää muita kommentteja aiheeseen liittyen.

Lomakkeen kysymysten määrä oli kohtuullinen, sillä tutkimuskysymyksiin pyrin saamaan vastaukset mahdollisimman kohdennetuilla kysymyksillä. Lomakkeen sähköistämisvaiheessa asettelin yhden kysymyksen yhdelle sivulle selkeyden vuoksi. Ulkoasun pyrin pitämään selkeänä, miellyttävänä ja neutraalina. (Heikkilä 2014, 47.) Toimeksiantajan toiveesta sähköisen lomakkeen yläreunaan on sijoitettu toimeksiantajan organisaation logo. Kyselyn yhteys logoon selviää vastaajalle ensimmäiselle sivulle sijoitetulla saatekirjeellä (LIITE 2), jossa muun informaation ohella kerrotaan opinnäytetyön toimeksiantaja.

Esitestaussyksiköksi valikoitui Kainuun keskussairaalan Nopean diagnostiikan yksikkö. Esitestaaminen tapahtui sähköisen kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeen loppuun oli lisätty esitestaajan kokemuksia kartoittava osio, joka oli selvästi

erotettu varsinaisesta kyselylomakkeesta. Kyselylomakkeen linkki toimitettiin Nopean diagnostiikan yksikön osastonhoitajalle osallistujille välitettäväksi.

Esitestaaminen toteutettiin heinäkuussa 2016. Sen kestoksi suunnittelin kymmenen päivää. Vähäisen vastaajamäärän vuoksi esitestausta jatkettiin vielä kahdeksalla päivällä. Heikkilän (2014) mukaan lomakkeen esitestaajiksi riittää 5- 10 henkilöä (Heikkilä 2014, 58). Esitestaajien vastauksia oli lopulta viisi. Kysymykseen ”Millainen on yleisvaikutelmasi kyselystä” vastaukset noudattivat yhtenäistä linjaa: ”Hyvä”, ”Selkeät kysymykset” ja ”Ei liian pitkä”. Kukaan vastaajista ei pitänyt mitään kysymystä vaikeana vastata. Kaikki esitestaajat kokivat kyselyn sisältävän olennaisia kysymyksiä eivätkä olisi lisänneet tai poistaneet kysymyksiä. Yksi vastaajista ilmoitti, ettei löytänyt sopivaa vastausvaihtoehtoa, mutta ei ilmoittanut mitä kysymystä vastausvaihtoehdon puuttuminen koskee. Työyksikköä koskevassa kysymyksessä (LIITE 1, kysymys 1) vastausvaihtoehtoihin oli lisätty ”Olen esitestaaja”. Yksi vastaajista ei ollut valinnut tätä vaihtoehtoa, vaan työyksikön. Päätin vastaajan viittaavan todennäköisimmin tähän kysymykseen. Kyselylomaketta ei ollut esitestausten perusteella tarpeellista muokata. Lomaketta selkeyttääkseni lisäsin alleviivaukset sanoihin ”jos käytät” ja ”jos et käytä” kysymyksissä 11 ja 12.

4.3 Aineistonkeruu

Yksiköiden osastonhoitajat saivat sähköpostiinsa esimiehille tarkoitetun tiedotteen (LIITE 2), linkin sähköiseen kyselylomakkeeseen ja kyselyyn osallistujille osoitetun saatekirjeen (LIITE 3) liitetiedostona. Osastonhoitajia pyydettiin välittämään linkki kyselyyn, yhdessä saatekirjeen kanssa, perusjoukkoon kuuluville työntekijöille. Lisäksi esimiehiä pyydettiin ilmoittamaan, monelleko yksikön sairaanhoitajalle linkki kyselylomakkeeseen on toimitettu. Saatekirje oli löydettävissä myös kyselylomakkeen ensimmäiseltä sivulta.

Kysely toteutettiin elokuussa ja syyskuussa vuonna 2016 ja sen suunniteltu kesto oli kolme viikkoa. Ensimmäinen muistutus yksiköihin toimitettiin kahden viikon ku-

luttua. Yksiköiden välisiä eroja vastaamisen aktiivisuudessa oli alkuvaiheessa runsaasti ja päädyin jatkamaan kyselyä viikkoa alkuperäistä suunnitelmaa pidempään. Olin puhelimitse yhteydessä jokaisen osallistuvan yksikön osastonhoitajiin kertoakseni kyselyn kulusta ja jatketusta vastausajasta. Tavoitettuani jokaisen osastonhoitajan lähetin toisen muistutuksen yksiköihin. Muistutus sisälsi tiedon kyselyn jatkumisesta muiden perustietojen ohella. Kyselyn lopullinen kesto oli neljä viikkoa.

4.4 Kvantitatiivisen aineiston analysointi

Määrällisen aineiston analysoinnissa olen käyttänyt IBM SPSS Statistics 24- ohjelmistoa sekä Microsoft Excel 2013- ohjelmistoa. Webropol- kyselyn vastaukset on suoraan siirrettävissä sopivassa tiedostomuodossa molempiin ohjelmistoihin valmiina havaintomatriiseina.

Kvantitatiivisen aineiston analysoinnissa mitta-asteikko määrittää sen millaisia tunnuslukuja aineistosta voidaan laskea. Taustatiedot (LIITE 1, 1- 3) ovat riippumattomia muuttujia. Työskentely-yksikkö on laatueroasteikollinen muuttuja. Valmistumisvuosi ja työskentelyvuodet ovat suhdeasteikollisia muuttujia. (Heikkilä 2014, 81- 82.) Laatueroasteikollisen muuttujan analysointiin voidaan käyttää sijaintiluku moodia. Moodi kuvaa eniten aineistossa toistuvaa muuttujan arvoa. Suhdeasteikollisia muuttujia puolestaan on mahdollista analysoida käyttäen lisäksi muita sijaintilukuja kuten keskiarvoa ja mediaania. Keskiarvo on laskettavissa arvojen lukumäärän ja arvojen summan välillä. Summa jaetaan arvojen lukumäärällä. Mediaani on puolestaan muuttujien arvoista keskimmäisin, silloin kun muuttujien määrä on pariton. (Heikkilä 2014, 81- 84, 90; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 134.) Lisäksi suhdeasteikollisten muuttujien kohdalla voidaan laskea myös vaihteluväli ja keskihajonta. Vaihteluvälissä (W) ilmoitetaan pienin ja suurin arvo. Vaihteluvälin pituus puolestaan lasketaan vähentämällä suurimmasta arvosta pienin. Keskihajonta (SD) kuvaa arvojen hajontaa keskiarvon ympärillä.

Mitä suurempi keskihajonta, sitä laajemmalle alueelle keskiarvosta katsoen arvoja on jakautunut. (Heikkilä 2014, 90; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 135.)

Kysymykset 4-10 (LIITE 1) ovat riippuvia, järjestysasteikollisia muuttujia (Heikkilä 2014, 51- 52). Kaikkien lomakkeen muuttujien frekvenssit on analysoitu. Muuttujien välisiä yhteyksiä analysoin ristiintaulukoinnilla. Ristiintaulukoinnin avulla voidaan tarkastella ryhmien välisiä eroja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 160). Ristiintaulukoinnin avulla selvitin ISBAR:n käytön yleisyyden välistä suhdetta työyksikköön ja valmistumisvuoteen. Ristiintaulukoinnin tulokset eivät olisi olleet mielekkäitä ymmärrettävyyden kannalta, joten totesin luokkien yhdistämisen olevan välttämätöntä (Heikkilä 2014, 129; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 158). Kyselylomakkeessa valmistumisvuosi ilmoitettiin tarkkana lukuna, samoin työskentelyvuodet. Näin ollen luokat oli mahdollista muodostaa järkevin tasavälein. Analysoinnissa valmistumisvuodet on yhdistelty kymmenlukuittain (80-, 90- ja 2000- luku) ja ristiintaulukoinneissa 1980- 1999, 2000- 2009 ja 2010- 2016 vuosina valmistuneisiin. Työskentelyvuodet yhdisteltiin luokiksi viiden vuoden tarkkuudella. Yksittäisten työyksiköiden osallistujamäärät olivat pieniä ja kirurgisilla vuodeosastoilla on ollut käytössään uudenlaista ISBAR:n käyttöä tukevaa materiaalia. Osastot 6 ja 7 ovat kirurgisia vuodeosastoja ja osastot 8 ja 9 sisätautiosastoja. Analysoidessani katsoin mielekkääksi yhdistää luokat kahdeksi luokaksi; kirurgiset vuodeosastot ja sisätautien vuodeosastot, jotta vastaajia olisi vertailua varten riittävä määrä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 158.) Kyseisestä analyysistä jätiin päivystyspoliklinikan pois vähäisen vastaajamäärän vuoksi.

Ristiintaulukoinneissa käytettyjen ryhmien osalta on testattu myös tilastolliset merkitsevyydet. Tilastollisen merkitsevyyden testaamiseen käytettävä menetelmä riippuu muun muassa otoskoosta ja jakauman vinoudesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 143). Mann-Whitneyn U –testiä voidaan käyttää tilastollisen merkitsevyyden testaamiseen kaksiluokkaisille riippumattomille muuttujille, eikä pieni otoskoko tai jakauman vinous ei ole este merkitsevyyden laskemiselle. Kruskal-Wallis H –testin ehdot vastaavat Mann-Whitneyn U –testin ehtoja, mutta riippu-

mattomia muuttujia voi olla enemmän kuin kaksi. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2015, 143 – 146.) Tilastollisen merkitsevyyden tasona kaikissa testeissä oli 0.05.

4.5 Kvalitatiivisen aineiston analysointi

Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi on aineiston luokittelua, joka perustuu tutkimustehtäviin vastaamiseen aineiston sisällöstä käsin. Aineisto tiivistetään ja niistä voidaan luoda luokkia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 166.) Aineiston analyysissä edetään vaiheittain; alkuperäiset lausumat pelkistetään, pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään ja abstrahoidaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 168).

Luin aineiston useasti läpi ennen analysoinnin aloittamista. Valitsin analyysiyksiköksi lauseen, sillä tutkimuskysymyksiin oli saatavilla aineistosta vastaus lauseen mittaisena. Lyhyt analyysiyksikkö, kuten sana tai pitkä analyysiyksikkö, kuten vastaajan kokonainen vastaus ei olisi tuottanut riittävän selkeitä vastauksia tutkimuskysymyksiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 168). Kyselylomakkeilla sähköisesti kerätyt vastaukset olivat valmiiksi litteroidussa muodossa ja tehtäväkseni jäi jäsenellä vastaukset alkuperäisiksi lausumiksi analyysiyksikön mukaisesti. ISBAR:n käyttöä edistäviä tekijöitä kartoittavaan kysymykseen (LIITE 1, 11) vastaajia oli 24 ja alkuperäisiä lausumia muodostui 38. Kuusi ilmaisuista ei vastannut tutkimuskysymykseen eikä näin ollen päätynyt analysoitavaksi. ISBAR:n käyttöä heikentäviä tekijöitä kartoittavaan kysymykseen (LIITE 1, 12) vastaajia oli 16. Alkuperäisiä lausumia vastauksissa oli 16. Yksi kysymyksistä ei vastannut tutkimuskysymykseen ja jäi pois aineistonanalyysistä. Koodasin alkuperäiset ilmaisut väreillä etsiessäni eroavaisuuksia ja samankaltaisuuksia tekstistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 164). Koodauksen jälkeen muodostin alkuperäisistä lausumista pelkistettyjä ilmaisuja (TAULUKKO 1).

TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä (ISBAR:n käyttöä edistäneet tekijät)

Alkuperäinen lausuma	Pelkistetty ilmaus
Sillä saa tarvittavan informaation selkeästi annettua sekä vastaanotettua	Informaatio välittyy selkeästi
Raamit, ettei mitään oleellista jää kysymättä/sanomatta	Varmistaa kaiken tiedon siirtymisen

Pelkistetyt ilmaisut ryhmittelin samankaltaisiin ryhmiin ja muodostin alakategoriat (TAULUKKO 2). Edistäviä tekijöitä koskevia alakategorioita muodostui kahdeksan, heikentäviä tekijöitä koskevia puolestaan seitsemän. Alakategoriat abstrahoin yläkategorioiksi (TAULUKKO 3), kunnes abstrahointia ei ollut enää mielekästä jatkaa.

TAULUKKO 2. Esimerkki alakategorian muodostamisesta (ISBAR:n käyttöä edistäneet tekijät)

Pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittely	Alakategoria
On selkeä On selkeä On selkeää antaa raportti Informaatio välittyy selkeästi Raportoinnin selkeys Selkeys	Raportointi on selkeää menetelmän avulla
Auttaa huomioimaan tarpeelliset asiat Tarkistamisen tukena Auttaa tärkeiden asioiden muistamisessa Auttaa tärkeiden ja oleellisten asioiden kertomisessa Voi varmistaa tärkeiden asioiden kertomisen raporttia vastaanottaessa Varmistaa kaiken tiedon siirtymisen Auttaa muistamaan tärkeät asiat Hoidon jatkuvuuden turvaaminen	Toiminnan varmistaminen ja muistin tukeminen

TAULUKKO 3. Esimerkki yläkategorian muodostamisesta (ISBAR:n käyttöä edistäneet tekijät)

Alakategoriat	Yläkategoria	Pääkategoriat
Raportointi on selkeää menetelmän avulla	Raportoinnin tehostuminen	ISBAR- menetelmän koetut hyödyt raportoinnissa
Toiminnan varmistaminen ja muistin tukeminen		

5 TULOKSET

Vastauksia kyselyyn tuli 37 (n = 37). Osastonhoitajien ilmoittama kyselylinkin saaneiden määrä, eli perusjoukon koko, oli yhteensä 117 (N = 117). Vastausprosentiksi muodostui 31,6 %. Käytetyt tilastolliset menetelmät on avattu luvussa 4.4. (kts. sivut 14- 16).

5.1 Taustamuuttajat

Taustatiedoissa (LIITE 1, 1- 3) kysyttiin työskentely-yksikköä, sairaanhoitajaopin-
tojen valmistumisvuotta sekä työskentelyaikaa vuosina. Kaikista taustamuuttajista on ilmoitettu frekvenssit ja prosentiosuudet. Valmistumisvuosista ja työskentely-
ajasta on laskettu myös keskiarvot, mediaanit, moodit, keskihajonta sekä vaihte-
luväli.

Työskentely-yksikkö

Vastausprosentit yksiköittäin vaihtelivat merkittävästi. Vastaaajien (n = 37) määrä yksikkökohtaisesti vaihteli kahden (n = 2) ja kymmenen (n = 10) välillä, prosentit 5 ja 27 % välillä (TAULUKKO 4). Yksikkökohtaiset vastausprosentit puolestaan vaihtelivat 5 % ja 50 % välillä.

TAULUKKO 4. Vastajat (n = 37) työyksiköittäin (n, %)

Vastajan työskentely-yksikkö		
	n = 37	%
Osasto 6	9	24
Osasto 7	10	27
Osasto 8	10	27
Osasto 9	6	16
Päivystyspoliklinikka	2	5
Yht.	37	100

Valmistumisvuotesi

1980- luvulla valmistuneita vastaajista oli 16 %, 1990- luvulla valmistuneita 14 % ja 2000- luvulla valmistuneita 70 % vastaajista.

TAULUKKO 5. Vastaajien (n = 37) valmistumisvuodet (n, %)

Vastaajien valmistumisvuodet		
	n = 37	%
1980 – 1989	6	16
1990 – 1999	5	14
2000 – 2009	12	32
2010 – 2016	14	38
Yht.	37	100

Vastaajien valmistumisvuosien vaihteluväli oli 1980- 2016 (W= 1980, 2016). Keskiarvoksi muodostui 2003,95, mediaaniksi 2008 ja moodiksi 2015. Keskihajonta on 11,180 (TAULUKKO 6). Vaihteluvälin pituus (R = 36) on suuri, mutta ennen 2000- lukua valmistuneiden määrä aineistossa vähäinen (n = 11).

TAULUKKO 6. Vastaajien (n = 37) valmistumisvuoden keskiarvo, mediaani ja moodi, keskihajonta ja vaihteluväli

	n = 37
Keskiarvo	2003,95
Mediaani	2008
Moodi	2015
Keskihajonta	11,18
Minimiarvo	1980
Minimiarvo	2016

Työskentelyaika valmistumisen jälkeen

Työskentelyaika valmistumisen jälkeen pyydettiin ilmoittamaan kokonaisina vuosina. 0-5 vuotta työskennelleitä vastaajista oli 38 %, 6-10 vuotta työskennelleitä 30 %, 11- 15 vuotta työskennelleitä 8 %, 16- 20 vuotta työskennelleitä 5 %, 21- 25 vuotta työskennelleitä 3 %, 26- 30 vuotta työskennelleitä 11 % ja 31- 35 vuotta työskennelleitä 5 % (TAULUKKO 7).

TAULUKKO 7. Vastaajien (n = 37) työskentelyaika vuosina (n, %)

Vastaajien työskentelyaika		
	n = 37	%
0 - 5 vuotta	14	38
6 – 10	11	30
11 – 15	3	8
16 – 20	2	5
21 – 25	1	3
26 – 30	4	11
31 – 35	2	5
Yht.	37	100

Vastaajien työskentelyajan keskiarvo oli 10,54 vuotta, mediaani 7 ja moodi 1. Keskihajonta on 10,453. Vastausten vaihteluväli oli 0 – 35 vuotta (W = 0, 35) (TAULUKKO 8).

TAULUKKO 8. Vastaajien (n = 37) työskentelyajan keskiarvo, mediaani, moodi, keskihajonta ja vaihteluväli

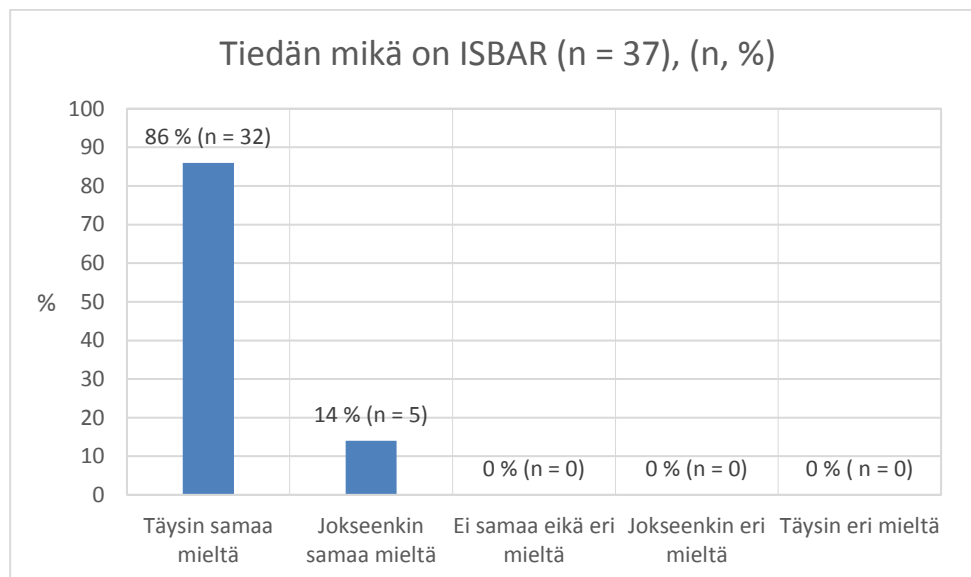
	n = 37
Keskiarvo	10,54
Mediaani	7
Moodi	1
Keskihajonta	10,453
Minimiarvo	0
Maximiarvo	35

5.2 Koettu osaaminen

Vastaajamäärä kaikissa koettua osaamista mittaavissa väittämissä on 37 (n = 37). Väittämien vastausvaihtoehdot olivat ”täysin samaa mieltä”, ”jokseenkin samaa mieltä”, ”ei samaa eikä eri mieltä”, ”jokseenkin eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”.

”Tiedän mikä on ISBAR”

Vastaajat (n = 37) ilmoittivat tuntevansa ISBAR- menetelmän hyvin: 86 % oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa (n = 32) ja 14 % (n = 5) jokseenkin samaa mieltä.

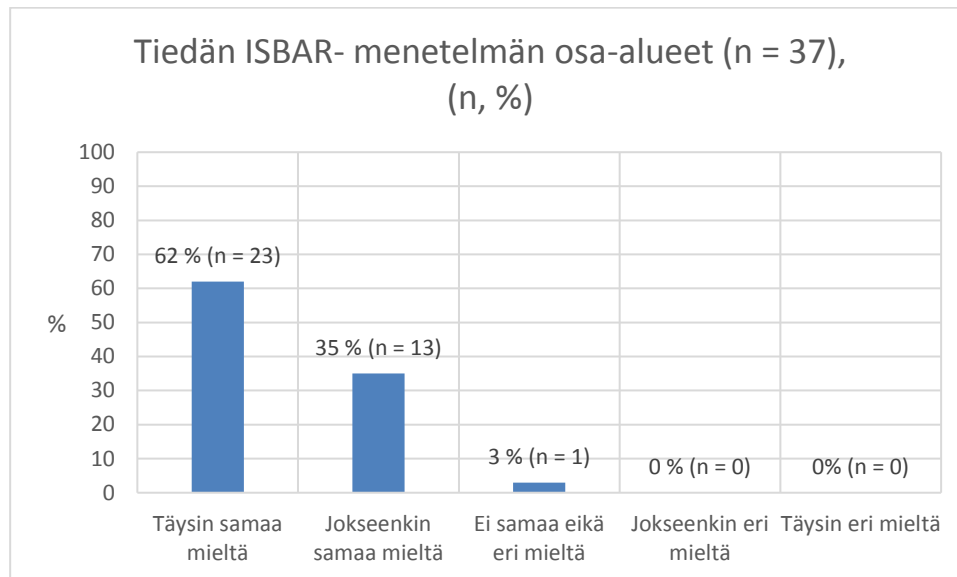


KUVIO 2. Sairaanhoidtajien ilmoittama ISBAR- menetelmän tietäminen (n = 37) (n, %)

Tiedän ISBAR- menetelmän osa-alueet

ISBAR- menetelmän osa-alueet olivat myös varsin tuttuja vastaajille. Vastaajista (n = 37) 62 % oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa, 35 % jokseenkin samaa mieltä ja 3 % ei samaa eikä eri mieltä. Kuitenkin verrattuna edelliseen kysymykseen, on havaittavissa täysin samaa mieltä olevien määrän väheneminen (n = 32

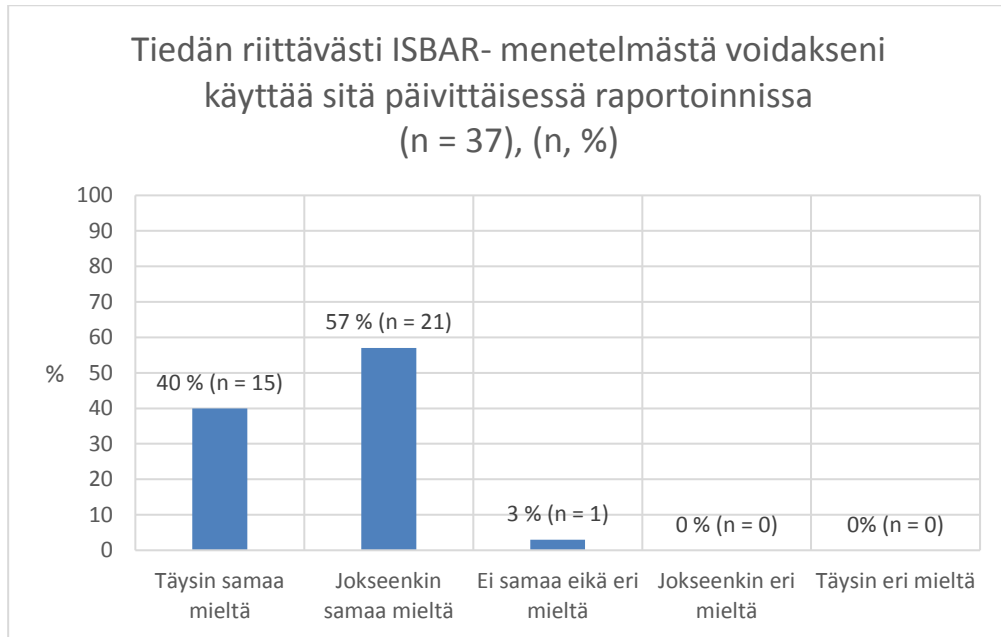
ja $n = 23$) ja jokseenkin samaa mieltä olevien määrän lisääntyminen ($n = 5$ ja $n = 13$). Yksi vastaajista ($n = 1$) ei ollut samaa eikä eri mieltä väittämän kanssa.



KUVIO 3. Sairaanhoitajien ilmoittama ISBAR- menetelmän osa-alueiden tietäminen ($n = 37$), (n , %)

Tiedän riittävästi ISBAR- menetelmästä voidakseni käyttää sitä päivittäisessä raportoinnissa

Vastaajista ($n = 37$) täysin samaa mieltä väittämästä oli 40 % ($n = 15$) vastaajista, jokseenkin samaa mieltä 57 % ($n = 21$) ja ei samaa eikä eri mieltä 3 % vastaajista ($n = 1$). ISBAR- menetelmän tiesi 86 % ("täysin samaa mieltä", $n = 32$), mutta alle puolet vastanneista (41 %, $n = 15$) koki tietävänsä siitä riittävästi käyttääkseen sitä käytännön hoitotyössä. Toisaalta, kukaan vastanneista ei ilmaissut olevansa jokseenkin tai täysin eri mieltä väittämän kanssa.



KUVIO 4. Sairaanhoitajien ilmoittama ISBAR- menetelmän osaamisen riittävyys (n = 37), (n, %)

Vastaajista kirurgisilla- ja sisätautien vuodeosastoilla työskenteli 35 henkilöä (n = 35). Kirurgisilla vuodeosastoilla työskentelevistä sairaanhoitajista (osastot 6 ja 7, n = 19) 48 % ilmoitti olevansa täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Sisätautien vuodeosastojen sairaanhoitajista (osastot 8 ja 9, n = 16) 31 % oli täysin samaa mieltä väittämästä (TAULUKKO 9). Sekä kirurgisten- että sisätautien vuodeosastojen sairaanhoitajista yli puolet (53 % ja 63 %) ilmoittivat olevansa jokseenkin samaa mieltä väittämästä. Kirurgisten- ja sisätautien vuodeosastojen sairaanhoitajien ilmoittamasta osaamisen riittävydestä testattiin tilastollinen merkitsevyys käyttäen Mann-Whitneyn U- testiä. Tilastollista merkitsevyyttä näiden ryhmien välillä ei havaittu (p- arvo 0.259, merkitsevyystaso 0.05, TAULUKKO 10).

TAULUKKO 9. Sairaanhoitajien (n = 35) kokema osaamisen riittävyys ISBAR- menetelmän käytössä kirurgisilla- ja sisätautien vuodeosastoilla

Sairaanhoitajien (n = 35) kokema osaamisen riittävyys ISBAR- menetelmän käytössä kirurgisilla- ja sisätautien vuodeosastoilla				
		Kirurgiset vuodeosastot (n = 19)	Sisätautien vuodeosastot (n = 16)	
Tiedän riittävästi ISBAR- menetelmästä voidakseni käyttää sitä päivittäisessä raportoinnissa	Täysin samaa mieltä	48%	31%	
	Jokseenkin samaa mieltä	53%	63%	
	Ei samaa eikä eri mieltä	0%	6%	
	Jokseenkin eri mieltä	0%	0%	
	Täysin eri mieltä	0%	0%	
Yht.		100%	100%	

TAULUKKO 10. Kirurgisten- ja sisätautien vuodeosastojen sairaanhoitajien (n = 35) ilmoittaman osaamisen riittävyyden vertailu Mann-Whitney U- testin avulla

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Tiedän riittävästi ISBAR- menetelmästä voidakseni käyttää sitä päivittäisessä raportoinnissa is the same across categories of kirurgiset ja sisätautienvuodeosastot.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.259	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

5.3 ISBAR- menetelmän käyttäminen raportoinnissa

Kyselylomakkeen väittämissä ISBAR:n käytön yleisyyttä koskien (kysymykset 7 – 10, LIITE 1) oli vastausvaihtoehtoina "Aina", "Usein", "Joskus", "Harvoin" ja "En koskaan".

Käytän ISBAR- menetelmää raportoidessani potilaasta

Vastaajista (n = 37) 11 % (n = 4) vastasi käyttävänsä ISBAR- menetelmää aina. Vastaajista 54 % (n = 20) puolestaan vastasi käyttävänsä sitä usein, 22 % (n = 8) vastaajista joskus ja harvoin 13 % (n = 5) (TAULUKKO 11). Kukaan vastaajista ei ilmoittanut, ettei käytä raportin antamisessa ISBAR- menetelmää koskaan.

TAULUKKO 11. ISBAR- menetelmän käyttö raportin antamisessa (n = 37), (n, %)

Käytän ISBAR- menetelmää raportoidessani potilaasta		
	n = 37	%
Aina	4	11
Usein	20	54
Joskus	8	22
Harvoin	5	13
En koskaan	0	0
Yht.	37	100

Vertaillessa kirurgisilla vuodeosastoilla työskenteleviä sairaanhoitajia (n = 19) ja sisätautien vuodeosastoilla työskenteleviä sairaanhoitajia (n = 16) usein menetelmää raportoinnissa käyttäviä on molemmissa ryhmissä yli puolet (63 % ja 50 %). 5 % kirurgisilla vuodeosastoilla ja 13 % sisätautien vuodeosastoilla työskentelevistä ilmoitti käyttävänsä menetelmää aina raporttia antaessaan. Molemmissa ryhmissä joskus menetelmää käyttäviä (16 % ja 31 %) on enemmän kuin sitä aina käyttäviä (TAULUKKO 12). Ryhmien välinen tilastollinen merkitsevyys testattiin Mann-Whitneyn U –testillä. Ilmoitetulla käytön yleisyydellä ei ole tilastollista merkitsevyyttä verrattaessa kirurgisia- ja sisätautien vuodeosastojen sairaanhoitajia (p- arvo 0.498, merkitsevyystaso 0.05, TAULUKKO 13).

TAULUKKO 12. Sairaanhoidajien (n = 35) ilmoittama ISBAR:n käyttö raportoinnissa kirurgisilla- ja sisätautien vuodeosastoilla

Sairaanhoidajien (n = 35) ilmoittama ISBAR:n käyttö raportoinnissa kirurgisilla- ja sisätautien vuodeosastoilla			
		Kirurgiset vuodeosastot (n = 19)	Sisätautien vuodeosastot (n = 16)
Käytän ISBAR- menetelmää raportoidessani potilaasta	Aina	5%	13%
	Usein	63%	50%
	Joskus	16%	31%
	Harvoin	16%	6%
	En koskaan	0%	0%
Yht.		100%	100%

TAULUKKO 13. Kirurgisten- ja sisätautien vuodeosastojen sairaanhoidajien (n = 35) ilmoittaman ISBAR- menetelmän käytön vertailu Mann- Whitneyyn U -testin avulla

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Käytän ISBAR- menetelmää vastaanottaessani raporttia potilaasta is the same across categories of kirurgisetjasisatautienvuodeosastot.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.498	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

ISBAR- menetelmän käytön yleisyyttä verrattiin valmistumisvuosiin, jotka oli yhdistetty kolmeksi luokaksi (TAULUKKO 14). "Aina"- vastauksia oli sekä 2000 – 2016 valmistuneiden sairaanhoidajien ilmoittamana. Kaikissa luokissa eniten ilmoitettiin menetelmää käytettävän "usein". Joskus ja ei koskaan vastauksia ilmoittivat kaikkien luokkien vastaajat.

TAULUKKO 14. Sairaanhoitajien (n = 37) ISBAR- menetelmän käytön yleisyys suhteessa valmistumisvuoteen

Sairaanhoitajien (n =37) ISBAR:n käytön yleisyys raportoinnissa suhteessa valmistumisvuoteen				
		Valmistumisvuosi		
		1980 - 1999 (n = 11)	2000 - 2009 (n = 12)	2010 - 2016 (n = 14)
Käytän ISBAR- menetelmää vastaanottaessani raporttia potilaasta	Aina	,0%	8%	14%
	Usein	55%	50%	43%
	Joskus	36%	25%	29%
	Harvoin	,0%	9%	7%
	En koskaan	9%	8%	7%
Yht.		100%	100%	100%

Kruskal- Wallisin H –testin mukaan (TAULUKKO 15) valmistumisvuodella ei ollut käytön yleisyyden vertailussa tilastollista merkitsevyyttä (p- arvo 0.480, merkitsevyytaso 0.05).

TAULUKKO 15. Valmistumisvuoden vertailu ISBAR- menetelmän käytön yleisyyteen Kruskal- Wallisin H –testin avulla

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of valmistumisvuotesi is the same across categories of Käytän ISBAR- menetelmää raportoidessani potilaasta.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	.480	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

20 % vastaajista, jotka kertoivat olevansa täysin samaa mieltä väittämästä ”tiedän riittävästi ISBAR- menetelmästä voidakseni käyttää sitä päivittäisessä raportoinnissa”, käyttävät menetelmää aina raportoidessaan. Täysin samaa mieltä väittämästä olevasta usein menetelmää käyttää 54 %, joskus 13 % ja harvoin 13 % (TAULUKKO 16).

TAULUKKO 16. Sairaanhoitajien (n = 37) ilmoittama ISBAR- menetelmän käytön yleisyys raportoinnissa suhteessa koettuun osaamiseen

Sairaanhoitajien (n = 37) ilmoittama ISBAR- menetelmän käytön yleisyys raportoidessa suhteessa koettuun osaamiseen			
		Tiedän riittävästi ISBAR- menetelmästä voidakseni käyttää sitä päivittäisessä raportoinnissa	
		Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä
Käytän ISBAR- menetelmää raportoidessani potilaasta	Aina	20%	5%
	Usein	54%	57%
	Joskus	13%	24%
	Harvoin	13%	14%
	En koskaan	0%	0%
Yht.		100%	100%

Käytän ISBAR- menetelmää vastaanottaessani raporttia potilaasta

8 % (n = 3) vastaajista kertoi käyttävänsä ISBAR- menetelmää raporttia vastaanottaessaan aina, 49 % (n = 18) usein, 30 % (n = 11) joskus, 5 % (n = 2) harvoin ja 8 % (n = 3) ei koskaan (TAULUKKO 17). ISBAR- menetelmän raportoinnissa käyttäminen on tutkittavilla yleisempää kuin raporttia vastaanottaessa käyttäminen.

TAULUKKO 17. ISBAR- menetelmän käyttö raportin vastaanottamisessa (n = 37), (n, %)

Käytän ISBAR- menetelmää raportin vastaanottamiseen		
	n = 37	%
Aina	3	8
Usein	18	49
Joskus	11	30
Harvoin	2	5
En koskaan	3	8
Yht.	37	100

Kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajista (n = 35) 16 % ilmoittaa käyttävänsä ISBAR- menetelmää aina raporttia vastaanottaessaan (TAULUKKO 18). Sisätautien vuodeosastojen sairaanhoitajista (n = 16) kukaan ei ilmoittanut käyttävänsä menetelmää aina raporttia vastaanottaessaan. Kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajista 42 % ja sisätautien vuodeosastojen sairaanhoitajista 56 % kertoi käyttävänsä menetelmää raportin vastaanottamiseen usein. Joskus menetelmää kertoi käyttävänsä 32 % kirurgisten vuodeosastojen- ja 25 % sisätautien vuodeosastojen sairaanhoitajista. Harvoin menetelmää ilmoitti sisätautien vuodeosastojen sairaanhoitajista käyttävän 13 %. Kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajista 10 % ja sisätautien vuodeosastojen sairaanhoitajista 6 % ilmoitti, ettei käytä menetelmää koskaan raporttia vastaanottaessaan.

TAULUKKO 18. Sairaanhoitajien (n = 35) ilmoittama ISBAR- menetelmän käyttö raportin vastaanottamisessa kirurgisilla- ja sisätautien vuodeosastoilla

Sairaanhoitajien (n = 35) ilmoittama ISBAR- menetelmän käyttö raportin vastaanottamisessa kirurgisilla- ja sisätautien vuodeosastoilla		Kirurgiset vuodeosastot (n = 19)	Sisätautien vuodeosastot (n = 16)
Käytän ISBAR- menetelmää vastaanottaessani raporttia potilaasta	Aina	16%	0%
	Usein	42%	56%
	Joskus	32%	25%
	Harvoin	0%	13%
	En koskaan	10%	6%
Yht.		100%	100%

20 % niistä sairaanhoitajista, jotka ilmoittivat tietävänsä riittävästi ISBAR- menetelmästä voidakseen käyttää sitä päivittäisessä raportoinnissa ("täysin samaa mieltä"), käyttivät menetelmää aina vastaanottaessaan raporttia (TAULUKKO 19). Täysin samaa mieltä väittämistä olleista sairaanhoitajista 47 % käytti menetelmää raporttia vastaanottaessaan usein, 27 % joskus ja 6 % ei koskaan. Jokseenkin samaa mieltä väittämistä olleista yksikään ei ilmoittanut käyttävänsä menetelmää aina raporttia vastaanottaessaan. 52 % heistä ilmoitti käyttävänsä menetelmää usein, 28 % joskus, 10 % harvoin ja 10 % ei koskaan.

TAULUKKO 19. Sairaanhoitajien (n = 37) ilmoittama ISBAR- menetelmän käytön yleisyys raportin vastaanottamisessa suhteessa koettuun osaamiseen

Sairaanhoitajien (N = 37) ilmoittama ISBAR- menetelmän käytön yleisyys raportin vastaanottamisessa suhteessa koettuun osaamiseen			
		Tiedän riittävästi ISBAR- menetelmästä voidakseni käyttää sitä päivittäisessä raportoinnissa	
		Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä
Käytän ISBAR- menetelmää vastaanottaessani raporttia potilaasta	Aina	20%	0%
	Usein	47%	52%
	Joskus	27%	28%
	Harvoin	0%	10%
	En koskaan	6%	10%
Yht.		100%	100%

Käytän ISBAR- menetelmää raportin antamiseen potilaan siirtyessä toiseen yksikköön

Vastaajista (n = 37) 19 % (n = 7) kertoi käyttävänsä ISBAR- menetelmää aina potilaan siirtyessä toiseen yksikköön (TAULUKKO 20). 51 % (n = 19) kertoi käyttävänsä sitä usein, 19 % (n = 7) joskus, 3 % (n = 1) harvoin ja 8 % (N = 3) ei koskaan.

TAULUKKO 20. ISBAR- menetelmän käyttö raportin antamiseen potilassiirrossa (n = 37), (n, %)

Käytän ISBAR- menetelmää raportin antamiseen potilaan siirtyessä toiseen yksikköön		
	n = 37	%
Aina	7	19
Usein	19	51
Joskus	7	19
Harvoin	1	3
En koskaan	3	8
Yht.	37	100

ISBAR- menetelmää raportoidessa käytti 11 % (n = 4) (TAULUKKO 21). Yksiköiden välisissä potilassiirtoihin liittyvässä raportoinnissa menetelmää käytti aina 19 % (N = 7).

TAULUKKO 21. ISBAR- menetelmän käytön yleisyys raporttia antaessa potilas- siirroissa suhteessa menetelmän käyttöön yleisesti raportoidessa

Käytän ISBAR- menetelmää raportoidessani			Käytän ISBAR- menetelmää raportoidessani potilassiirroissa		
	n	%		n	%
Aina	4	11	Aina	7	19

Käytän ISBAR- menetelmää raportin vastaanottamiseen potilaan siirtyessä yksikköömme

Vastaajista (n = 37) 11 % (n = 4) kertoi käyttävänsä ISBAR- menetelmää raportin vastaanottamiseen aina potilaan siirtyessä heidän yksikköönsä (TAULUKKO 22). 43 % (n = 16) käytti sitä usein, 33 % (n = 12) joskus, 5 % (n = 2) harvoin ja 8 % (n = 3) ei koskaan.

TAULUKKO 22. ISBAR- menetelmän käyttö raportin vastaanottamiseen potilas- siirroissa (n = 37), (n, %)

Käytän ISBAR- menetelmää raportin vastaanottamiseen potilaan siirtyessä yksikköömme		
	n = 37	%
Aina	4	11
Usein	16	43
Joskus	12	33
Harvoin	2	5
En koskaan	3	8
Yht.	37	100

8 % (n = 3) ilmoitti käyttävänsä ISBAR- menetelmää raportin vastaanottamiseen aina (TAULUKKO 23). 8 % (n = 3) ilmoitti, ettei käytä sitä koskaan. Yksiköiden välisissä potilassiirroissa 11 % (n = 4) ilmoitti käyttävänsä ISBAR- menetelmää raportin vastaanottamiseen ja 8 % (n = 3) puolestaan ei koskaan.

TAULUKKO 23. ISBAR- menetelmän käytön yleisyys raporttia vastaanottaessa potilassiirrossa suhteessa menetelmän käyttöön yleisesti raporttia vastaanottaessa

Käytän ISBAR- menetelmää vastaanottaessani raporttia			Käytän ISBAR- menetelmää vastaanottaessani raporttia potilassiirrossa		
	n	%		n	%
Aina	3	8	Aina	4	11
En koskaan	3	8	En koskaan	3	8

5.4 ISBAR:n käyttämistä edistäneet tekijät

ISBAR- menetelmän käyttämistä edistäneitä tekijöitä analysoin induktiivisella sisällönanalyysillä. Pelkistetyistä ilmaisusta muodostui kahdeksan alakategoriaa, joista abstrahoin neljä yläkategoriaa. Yläkategoriat olivat yhdistettävissä kahdeksi pääkategoriaksi. Kategorioiden muodostuminen on nähtävissä taulukossa 24.

Raportoinnin koettiin tehostuneen ISBAR- menetelmän käyttöönoton myötä. Raportointia ISBAR:n avulla kuvailtiin luontevaksi. Toisaalta osa vastaajista pohti miten menetelmä eroaa aiemmista tavoista raportoida ja kyseenalaistivat uuden menetelmän tarpeellisuuden tämän perusteella. Menetelmän etuina pidettiin sen loogisuutta ja järjestelmällisyyttä. Monet vastaajista kokivat raportoinnin selkeytyneen.

”Sillä saa tarvittavan informaation selkeästi annettua sekä vastaanotettua”

Vastaajat pohtivat myös oman ja työtovereiden toimintaa. ISBAR:n käyttämisen eduksi koettiin toiminnan varmistuminen. Osa koki tiedon välittymisen varmistuneen, kun ISBAR- menetelmä tuki omaa muistamista.

”Raporttia vastaanottaessa voi varmistaa onko tärkeimmät asiat kerrottu”

Menetelmää kuvailtiin helpoksi käyttää. Tiedon siirtoa raportin jälkeen myös sähköiseen potilastietojärjestelmään pidettiin helppona, raportin järjestelmällisyyden vuoksi.

Osastolla olevien käytäntöjen koettiin vaikuttaneen omaan ISBAR:n käyttämiseen. Useissa vastauksissa viitattiin menetelmän olevan osastolla toimintatapana ja yhteisenä käytäntönä. Myös osastolla olevien tukimateriaalien, kuten taskukokoisten muistilistojen ja seinillä olevien muistilistojen, koettiin edistäneen käyttämistä.

”ISBAR- muistilappu on kanslian seinällä, helppo luntata siitä”

Myös opinnoissa saadut tietojen ja taitojen katsottiin edistäneen ISBAR:n käyttämistä työelämässä.

TAULUKKO 24. ISBAR- menetelmän käyttöä edistäneet tekijät

Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
Raportointi on selkeää menetelmän avulla	Raportoinnin tehostuminen	ISBAR- menetelmän koetut hyödyt raportoinnissa
Toiminnan varmistaminen ja muistamisen tukeminen		
Luonteva tapa raportoida		
Menetelmän loogisuus ja järjestelmällisyys	Menetelmän soveltuvuus käytännön työhön	
Menetelmän helppokäyttöisyys		
Osaston toimintatapa	Työyksikkö tukee menetelmän käyttöä	
Osastolla on tukimateriaaleja käytössä		
Opinnoissa saatu tieto menetelmästä	Opinnot tukeneet menetelmän käyttöä	

5.5 ISBAR:n käyttämistä heikentäneet tekijät

Alakategorioita pelkistettyjä ilmaisuja ryhmittelemällä muodostui seitsemän. Näistä kategorioita abstrahoimalla pääkategorioita muodostui kolme (TAULUKKO 25).

Yksi raportin sisältöön liittyvistä ISBAR- menetelmän käyttämistä heikentävistä tekijöistä oli lyhyt potilaasta annettava raportti. Menetelmän käyttämistä ei usean vastaajan mielestä puoltanut lyhyt raportti, vaan tiedon katsottiin välittyvän riittävän luotettavaksi muutenkin. Menetelmän myös katsottiin sisältävän tarpeettoman paljon tarkkaa informaatioita joissain raportointitilanteissa.

”Joskus koen helpommaksi lyhentää asiaa, koska ISBAR- menetelmässä toisissa tilanteissa on ”liikaa” kerrottavaa, jos sitä orjallisesti noudattaa.”

Joskus raportointitilanne puolestaan koetaan sellaiseksi, ettei menetelmä sovi tilanteeseen. Hyvin kiireellisessä raportointitilanteessa osa vastaajista ei käytä menetelmää. Etenkin raportin vastaanottamisessa vastauksissa viitattiin tilanteen vaikeutumiseen, ellei raportin antaja ei etene menetelmän sisällön mukaisesti.

”Raportin vastaanotossa on vaikeampi käyttää ISBAR:ia, jos vastapuoli ei myös käytä.”

Työntekijään liittyviin menetelmän käyttöä heikentäviin tekijöihin kuului ISBAR- menetelmän osa-alueiden ja sisällön muistamattomuus ilman tukimateriaalin apua. Jos raportointi tapahtui tilassa, jossa tukimateriaalia ei ollut saatavilla, ei raportoinnissa käytetty menetelmää.

”Olen sellaisessa tilassa/paikassa, etten näe ISBAR-luntilappua”

Aiempi kokemus koettiin menetelmän käyttämistä heikentäväksi tekijäksi. Osa vastaajista koki menetelmän käytön tarpeettomana, sillä aiempaa tapaa rapor-

toida pidettiin riittävän hyvänä. Luottamus omaan kokemukseen hoitotyöstä ja raportoinnista vaikutti siihen, että erityisen raportointimenetelmän käyttämistä saatettiin pitää tarpeettomana.

”Kokemuksen kautta aina ei tule käytettyä tiettyä protokollaa, vaan asiat tulevat esille ”kokemuksesta”.”

Vastauksissa viitattiin myös menetelmän soveltumattomuuteen osaston käytössä. Vastauksissa ei eritelty sitä, mitkä asiat raportointimenetelmässä tai osaston luonteessa vaikuttivat kokemukseen menetelmän soveltumattomuudesta.

TAULUKKO 25. ISBAR- menetelmän käyttöä heikentäneet tekijät

Alakategoriat	Yläkategoriat
Potilaasta annettava raportti on lyhyt	Raportin sisältöön liittyvät tekijät
Raportointi on liian tarkkaa menetelmän avulla	
Raportin antaja ei raportoi ISBAR- menetelmän mukaisesti	Raportointitilanteeseen liittyvät tekijät
Kiire	
ISBAR- menetelmän osa-alueita ei muisteta	Työntekijään ja työyksikköön liittyvät tekijät
Aiempi tapa raportoida koetaan paremmaksi	
Osaston käyttöön soveltumattomuus	

5.6 Sairaanhoidajien näkemyksiä ISBAR- menetelmän käytön edistämiseksi

Kyselylomakkeen 13. kysymyksessä (LIITE 1) kysyttiin sairaanhoidajien näkemyksiä siitä, miten ISBAR- menetelmän käyttöä voisi edistää heidän työyksikössään. Kysymys oli ”vapaa sana”- tyyppinen, samoin kuin kysymys 14, eikä näin ollen vastauksia ole analysoitu. Toimeksiantajan on mahdollista hyödyntää saatuja vastauksia toiminnan kehittämisessä organisaatiossa.

Vastauksissa sairaanhoidajat kertoivat omia ajatuksiaan lähinnä siitä, miten ISBAR:n käyttö saataisiin vakiintumaan yksiköissä. Käytön vakiinnuttamiseksi useat

vastaajat ehdottivat koulutuksen lisäämistä, menetelmän hyödyistä kertomista, raportoinnin harjoittelua käytännössä ja menetelmän vaiheittaista käyttöönottoa:

”Aloittaa pienin askelin, esimerkiksi ensin sen käytöstä raporttia annettaessa, ja myöhemmin vastaanottaessa, kun kaikki ovat tottuneet antamaan raporttia sen mukaisesti”

Vastauksissa mainittiin myös, että ISBAR- menetelmä on käytössä osastolla ja kuuluu osaston toimintaohjeisiin. Vastauksissa ilmeni, että ISBAR:n käyttöä voisi korostaa enemmän ja tuoda asiaa esille esimerkiksi osastokokouksissa. Useissa vastauksissa toistui toive siitä, että toimintatapoja edelleen yhtenäistettäisiin ja menetelmää käytettäisiin sairaalan jokaisessa yksikössä.

”Sovittaisiin yhdessä, että kaikki käyttäisivät sitä”

Osa vastauksista keskittyi jo käytössä oleviin tapoihin edistää ISBAR:n käyttöä:

”Meillä on jo käytössä ISBAR:sta A4-kokoinen lomake, johon asiat voi raporttia antaessa ja saadessa samalla kirjata”

Toisaalta vastauksissa mainittiin usein, että vaikka osastolla on käytössä kyseinen lomake, ei sitä käytetä. Vastaajat toivoivat, että työntekijät aktivoituisivat lomakkeen käytössä. Yksi vastaajista toivoi vastaavaa lomaketta myös sähköiseen muotoon, jotta tietoa voitaisiin siirtää myös sähköisesti menetelmän avulla. Samoin ISBAR:n käyttöä toivottiin myös yksiköiden sisäiseen käyttöön, etenkin potilaan siirtyessä yksikön sisällä sijaitsevasta moduulista toiseen.

Muissa aihetta ja opinnäytetyötä koskevissa kommentteissa oli hyvin positiivinen sävy ISBAR- menetelmän käyttöä kohtaan. Opinnäytetyön aihetta pidettiin tärkeänä ja toivottiin menetelmän käytön laajenevan organisaatiossa:

”Olisi hyvä yhtenäinen tapa koko organisaatioon!”

”Hyvä menetelmä kun tulee systemaattiseen käyttöön. Lisää hyviä käytäntöjä hoitotyössä.”

”Tärkeä aihe! Enemmän pitäisi käyttää ISBAR:ia raporttilanteissa. Siitä on helppo varmistaa asioita ja saa annettua napakan raportin.”

6 POHDINTA

Tarkastelen opinnäytetyön tuloksia yhdessä kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen aineiston osalta. Johtopäätökset olen kuvannut tutkimuskysymysten järjestyksen mukaisesti ja laatinut tulosten perusteella suosituksia toimeksiantajan toiminnan kehittämisen tueksi. Luotettavuuden arvioinnissa olen eritellyt kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen osion luotettavuuden. Lisäksi olen kuvannut opinnäytetyön eettisyyteen liittyvät asiat, jatkotutkimusaiheet sekä ammatillisen osaamisen kehittymisen omissa alaluvuissaan.

6.1 Tulosten tarkastelu

Kaikki vastaajista tunsivat ISBAR- menetelmän jossain määrin. Kukaan vastaajista ei ilmoittanut, että menetelmä olisi täysin tai jossain määrin tuntematon. ISBAR- menetelmän osa-alueet olivat myös jokseenkin tuttuja, mutta tuntemattomampia kuin menetelmä itsessään. Sairaanhoidajien kokemus ISBAR- menetelmän riittävästä osaamisesta oli heikompaa; alle puolet ilmoitti olevansa täysin samaa mieltä väittämästä, jonka mukaan he tietävät menetelmän riittävän hyvin käyttäköseen sitä päivittäisessä raportoinnissa. Menetelmän käyttäminen vaatii riittävästi tietoa menetelmän sisällöstä. Mikkosen (2014) päivystyspoliklinikan ja ensihoidon toimintaa tarkastelevassa pro gradu- tutkielmassa ISBAR- menetelmän kertoi tuntevansa kahdessa eri ryhmässä 54,5 % ja 18,5 % (Männikkö 2014, 32). Männikön ja Olkkosen (2013) opinnäytetyössä vastaajista 93,3 % (n = 15) ilmoittivat tietävänsä ISBAR- menetelmän ja puolet vastanneista osasi luetella sen osa-alueet. Näiltä osin tämän opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaisia.

Erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla ei vastaavia määrällisiä selvityksiä ole tehty, joten vertailukohteita ei tältä osin ole vielä käytettävissä. Vertaillen aineiston kirurgisten vuodeosastojen (n = 19) ja sisätautien vuodeosastojen sairaanhoitajien (n = 16) kokemaa osaamista oli kirurgisten vuodeosastojen hoitajien ilmoittama

menetelmän hallitseminen yleisempää frekvenssejä ja prosentteja tarkastellen. Lähes puolet ilmoittivat tietävänsä menetelmästä riittävästi voidakseen käyttää sitä päivittäisessä raportoinnissa, kun puolestaan sisätautien vuodeosastojen sairaanhoitajista 31 %. Otos oli kuitenkin pieni, jolloin prosentuaaliset erot vaikuttavat suuremmilta, kuin frekvenssit todellisuudessa ovat. Tilastollista merkitsevyyttä ei ryhmien välillä lopulta ollut havaittavissa, kun osastojen sairaanhoitajien vastauksia verrattiin käyttäen Mann-Whitneyn U-testiä.

Yksikään vastaajista ei ilmoittanut, ettei käytä ISBAR-menetelmää raportointiin koskaan. Toisaalta vain 11 %, neljä vastaajaa, kertoi käyttävänsä menetelmää aina. Yli puolet kertoi käyttävänsä menetelmää usein, osa joskus ja viisi vastaajista harvoin. Vaikka alle puolet ilmoitti tietävänsä menetelmästä riittävästi käyttäkseen sitä päivittäisessä raportoinnissa, silti yli puolet vastaajista ilmoitti käyttävänsä sitä usein.

Usein menetelmää käyttäviä oli yli puolet sekä kirurgisilla että sisätautien vuodeosastoilla. Toisaalta verrattaessa vastaajien ilmoittamaa osaamista suhteessa menetelmän käyttämiseen raportoinnissa vain 20 % riittävästi osaavista käyttää menetelmää aina. 53 % heistä ilmoittaa käyttävänsä menetelmää usein. Mikkosen (2014) pro gradu-tutkielmassa raportointimenetelmän tuntevat arvioivat ISBAR-menetelmän käytön yleisyyttä. 73 % heistä arvioi, että päivystyspoliklinikan ja ensihoidon hoitajat käyttävät menetelmää harvoin, erittäin harvoin tai ei koskaan. (Mikkonen 2014, 32.) Männikön ja Olkkosen (2013) opinnäytetyössä kukaan vastanneista ei käyttänyt ISBAR-menetelmää aina, 27 % käytti menetelmää usein ja 33 % ei koskaan. Menetelmän koettu riittävän hyvä osaaminen ei siis varmista menetelmän käyttämistä.

Valmistumisvuosi ei tulosten perusteella ole vaikuttanut käytön yleisyyteen. Ennen 2000-lukua valmistuneista yksikään ei ilmoittanut käyttävänsä menetelmää aina raportoidessaan, mutta toisaalta frekvenssit ja prosenttiosuudet jakautuivat muuten tasaisesti. Tilastollista merkitsevyyttä ryhmien välillä ei ollut Mann-Whitneyn U-testiä käyttäen.

Laadullisessa aineistossa menetelmän käyttöä edistäneiksi tekijöiksi havaitsin raportin tehostumiseen liittyviä tekijöitä ja menetelmän soveltuvuuden käytännön työhön. Vastaavanlaisia tuloksia on saatu ruotsalaisessa tutkimuksessa, jossa tutkittiin hoitajien kokemuksia SBAR- menetelmän käytöstä sairaalaympäristössä. Hoitajat kertoivat kokevansa menetelmän järjestelmällisyyden ja selkeyden tukena raportoinnille ja kokivat raportointimenetelmän vastaavan aiempaa tapaa raportoida. ISBAR olisi näin ollen luonteva tapa tiedon välitykseen. Samoin tiedonkulun koettiin varmistuneen menetelmän avulla. (Blom, Petersson, Hagell & Westergren 2015.) Menetelmän käyttöä heikentäneissä tekijöissä oli kuitenkin löydettävissä kokemuksia siitä, ettei menetelmä sovellu osaston käyttöön ja raportointi on liian tarkkaa menetelmää käytettäessä. Kokemukset ovat paikoittain päinvastaisia. Onkin pohdittava sitä, mitkä tekijät voisivat vaikuttaa päinvastaisiin näkemyksiin. Potilasturvallisuuskulttuuri ja asenteet uusiin menetelmiin voivat olla yksiköiden ja organisaatioiden kesken hyvin erilaista. Potilasturvallisuuskulttuuri sisältää suunnitelmalliset ja systemaattiset tavat, joilla edistetään potilaan hoitoa, arvot ja asenteet sekä edellä mainittuja asioita edistävää johtamista (Potilasturvallisuusopas 2011). Organisaation ja yksiköiden potilasturvallisuuskulttuuriin hoitotyössä vaikuttavat niin yksilöt, esimiehet kuin organisaation luomat mahdollisuudet toiminnan kehittämiseksi. Toimintakulttuuri vaikuttaa puolestaan jokaiseen yksikön tai organisaation työntekijään. Vastaajat mainitsivat myös kokemuksen tuoman varmuuden ISBAR:n käyttöä heikentävänä tekijänä. Erillistä menetelmää ei välttämättä pidetä tarpeellisena, sillä kokemus on tuonut varmuutta hoitotyöhön ja raportointiin. Eräässä vastauksessa mainittiinkin menetelmän olevan sopiva nuorille ja kokemattomille hoitajille.

Vastaajat kertoivat myös tukimateriaalien edistäneet menetelmän käyttöä. Yksi mahdollinen selitys menetelmän käyttämiselle koetusta tiedon riittämättömyydestä huolimatta on se, että he kykenevät käyttämään menetelmää, mikäli heillä on tukimateriaaleja saatavilla raportointitilanteessa.

ISBAR- menetelmää raporttia vastaanottaessa käytetään vähemmän kuin raporttia annettaessa. 49 % käyttää menetelmää vastaanottamiseen usein, 8 % ei käytä sitä koskaan. Koettu osaaminen suhteessa menetelmän käyttämiseen raportin vastaanottamisen tukena on samankaltaista kuin raporttia annettaessa. Kirurgisten vuodeosastojen sairaanhoitajista 16 % ilmoittaa käyttävänsä menetelmää raporttia vastaanottaessaan, kun puolestaan sisätautien vuodeosastolla yksikään ei ilmoita samaa. Usein menetelmää vastaanottaessaan käyttää 42 % kirurgisten- ja 56 % sisätautien vuodeosastojen hoitajista. Kirurgisilla vuodeosastoilla 11 % vastaajista ja sisätautien vuodeosastoilla 6 % vastaajista ei käytä menetelmää koskaan raportin vastaanottamiseen. Toisella kyselyyn osallistuneista kirurgisista vuodeosastoista pilotoitiin ISBAR- kaavake raportin vastaanottamisen tueksi. Sittemmin kaavake on siirtynyt myös muiden yksiköiden käyttöön. Määrällisen aineiston tuloksissa ei kuitenkaan ole nähtävissä selkeää eroa raportin vastaanottamisessa menetelmän avulla yksiköiden välillä. Laadullisen aineiston vastauksissa sen sijaan kyseiseen kaavakkeeseen viitataan usein.

Potilassiirtoihin liittyvässä raportoinnissa yli puolet kertoi käyttävänsä ISBAR- menetelmää usein. 19 % kertoi käyttävänsä sitä aina ja 8 % ei koskaan. Yleisesti ISBAR- menetelmää raportoinnissa käyttäviä on vähemmän, kuin sitä potilassiirrossa käyttäviä. Mikäli vastauksissa potilassiirroissa menetelmää ilmoittaisi käyttävän aina vähemmän kuin yleisesti raportointitilanteissa, olisivat tulokset keskenään ristiriitaiset. Toisaalta yleisesti raportoinnissa ei kukaan ilmoittanut, ettei käytä menetelmää koskaan, toisin kuin potilassiirtoja koskevassa raportoinnissa. Raportin vastaanottamiseen potilassiirrossa 11 % käytti menetelmää aina. Usein käyttäviä oli alle puolet (43 %) ja noin kolmasosa usein. 8 % ilmoitti, ettei käytä menetelmää koskaan. ”Aina” ja ”Ei koskaan” vastausten vertailussa raportin vastaanottamisessa on nähtävissä yhtenäinen linja; yleisesti raportin vastaanottamisessa ISBAR- menetelmää aina käyttävien määrä on pienempi kuin potilassiirtoja koskevassa raportin vastaanottamisessa. Yleisesti raportin vastaanottamisessa ISBAR- menetelmää käyttämättömien vastaajien määrä on sama kuin potilassiir-

toja koskevassa raportin vastaanottamisessa. Raportin vastaanottamiseen potilassiirroissa menetelmää käytettiin kaiken kaikkiaan vähemmän kuin raportin antamiseen.

Laadullisessa aineistossa menetelmän käyttämistä heikentäneistä tekijöistä onkin mainittu raportin vastaanottamisen vaikeus menetelmän avulla, ellei raportin antaja etene menetelmän mukaisesti. Voidaankin ajatella, että menetelmän tehokas käyttö edellyttää kaikkien raportointilanteeseen osallistuvien menetelmän käyttämistä. Monet vastaajista toivoivat käytäntöjen yhtenäistämistä ja menetelmän käyttöönottoa kaikilla osastoilla. Helovuon (2011) mukaan terveydenhuollon toimintakulttuurissa ei ole ollut tapana vaikuttaa yksilöiden toimintatapojen valintoihin muuta kuin kliinisten toimenpiteiden osalta (Helovuo ym. 2011, 170- 172). Tältä osin kulttuuri ei välttämättä vastaa potilasturvallisuuden tarpeisiin. Tiedonkulun ollessa yksi yleisimmistä haittatapahtumiin vaikuttavista tekijöistä ei pelkkien toimenpiteiden suorittamisen ohjeistaminen riitä potilasturvallisuuden parantamiseksi. Toimintatapoja tulisi yhtenäistää myös muilta osin ja saada henkilöt, jotka voivat vaikuttaa rakenteellisiin muutoksiin, edistämään potilasturvallisuutta työyhteisöissä (Helovuo ym. 2011, 170- 172).

6.2 Johtopäätökset ja suositukset

1. Vastaajien ilmoituksen mukaan ISBAR- menetelmää käytetään raportoinnissa vaihtelevasti osallistuneissa työyksiköissä. Aina menetelmää raportoinnissa käyttäviä oli vain noin kymmenesosa vastaajista. ISBAR- menetelmän käyttäminen raportoinnissa oli yleisempää kuin raportin vastaanottamisessa. Alle kymmenesosa vastaajista ei käytä menetelmää raportin vastaanottamiseen koskaan. Työyksiköllä tai valmistumisvuodella ei ole tilastollista merkitsevyyttä verrattuna käytön yleisyyteen. Menetelmää ei käytetä organisaation ohjeiden tai WHO:n (2015) suositusten mukaisesti.

2. Osallistuneiden työyksiköiden sairaanhoitajat kokevat tietävänsä ISBAR-menetelmän hyvin. Menetelmän osa-alueet ilmoittivat tuntevansa yli puolet vastaajista. Alle puolet vastaajista ilmoitti tietävänsä ISBAR- menetelmän riittävän hyvin voidakseen käyttää sitä päivittäisessä raportoinnissa. Työyksiköllä ei ollut tilastollista merkitsevyyttä verrattuna menetelmän koettuun osaamiseen. Sairaanhoitajien kokema osaamisen riittävyys oli heikolla tasolla ja todennäköisesti vaikuttaa siihen miten yleisesti menetelmää käytetään.

3. ISBAR- menetelmän käyttämistä on edistänyt menetelmän käyttöön saatu tuki sekä organisaatiosta että aiemmista opinnoista. Osastoilla sovitut toimintatavat ja käytännöt ovat tukeneet käyttämistä. Tukimateriaalit on koettu tärkeiksi. Käyttämistä on edistänyt myös sairaanhoitajien kokema ISBAR- menetelmästä saatu hyöty raportoinnille. Näitä tekijöitä ovat raportoinnin tehostuminen ja menetelmän soveltuvuus käytännön työhön.

4. ISBAR- menetelmän käyttämistä ovat heikentäneet raportin sisältöön liittyvät tekijät, raportointitilanteeseen liittyvät tekijät ja työntekijään sekä työyksikköön liittyvät tekijät. Menetelmää on käytetty valikoiden soveltuvia tilanteita systemaattisen käytön sijasta. Osa sairaanhoitajista ei käytä menetelmää raportin vastaanottamiseen silloin kun raporttia ei anneta menetelmän mukaan. Osa puolestaan piti aiempia raportointitapoja parempina eikä osa kokenut menetelmää osaston käyttöön soveltuvaksi. Menetelmää ei myöskään ole käytetty, mikäli raportointimallin sisältöä ei ole muistettu.

Suosituks:

1. Sairaanhoitajien tiedollista ja taidollista osaamista ISBAR- menetelmää koskien tulee edelleen tukea. Koulutusta tulee lisätä tiedollisen hallinnan (menetelmän sisältö, tehokas ja systemaattinen käyttäminen, tutkimusnäyttö menetelmän käytön merkityksestä potilasturvallisuudelle) osalta. Lisäksi taitojen karttumisesta tulee edistää käytännön harjoituksin. Tiedollista ja taidollista osaamista voi edistää esimerkiksi huolellisesti suunnitellulla koulutuskokonaisuudella, joka sisäl-

tää sekä teoreettisen osaaminen ja käytäntöön soveltamisen. Uusien työntekijöiden perehdytyksessä tulee huomioida ISBAR:ia koskevat tiedot ja taidot laadun varmistamiseksi. Riittävä osaaminen on edellytys menetelmän käyttämiselle.

2. Toimintatavat raportointia koskien tulee yhtenäistää. Toimintatapojen vaihtelevuus työntekijä- ja työyksikkökohtaisesti rajoittaa ISBAR- menetelmän käyttöä myös niillä henkilöillä, jotka muuten käyttäisivät menetelmää. Menetelmän käyttöön liittyvistä toimintatavoista on syytä keskustella ja sopia yhteisesti sekä työyksiköissä että koko organisaatiossa. Tukimateriaaleja on oltava saatavilla kaikissa tiloissa, joissa raportointia tapahtuu. Sairaanhoidajien kyselyssä esille tuomia kehitysideoita tulisi hyödyntää, jotta laadunhallinnan menetelmät vastaisivat työntekijöiden todellista tarvetta.

3. Käyttöönoton etenemistä tulee kartoittaa työntekijöiltä tulevaisuudessa, kun menetelmän käyttöön on saatu tukea mm. koulutuksen avulla. Resursseja tulee kohdentaa työntekijöiden tarpeista lähtien. Koko organisaation ja työyksiköiden potilasturvallisuuskulttuuri tulee ottaa huomioon menetelmän käyttöön ottamisen suunnittelussa. Pelkkä tiedollinen ja taidollinen osaaminen ei ole osoittautunut riittäväksi varmistamaan menetelmän käyttöä työyksiköissä.

6.3 Luotettavuus

Tutkittavien vastausten määrän matalaksi jääminen syystä tai toisesta eli kato on riski tutkimuksen luotettavuudelle ja perusjoukkoon yleistettävyydelle (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 109). Kadon minimoimiseksi informoin osastonhoitajia laatimallani tiedotteella (LIITE 3). Pyrin muotoilemaan tiedotteesta ja sairaanhoitajille osoitetusta saatekirjeestä (LIITE 2) selkeän ja neutraalin ja toisaalta sisällyttämään kaiken oleellisen informaation tekstiin. Kyselyn alkuvaiheessa vastauksia tuli yksiköistä varsin vaihtelevasti. Kyselystä muistutin osastonhoitajia kaksi kertaa sähköpostitse. Sähköpostissa pyysin heitä välittämään viestin edelleen sairaanhoitajille kyselylomakkeen linkin kanssa. Yksiköiden välisen epäsuhtaisen vastaamisen jatkuessa päädyin lähestymään jokaisen osallistuvan yksikön

osastonhoitajia henkilökohtaisesti puhelimitse. Kahden yksikön osalta vastauksia ei ollut tullut lainkaan. Toisen yksikön kohdalla selittävä tekijä oli osastonhoitajan poissaolo kyselyn alkamisajankohtana ja yksikön sairaanhoitajat saivat tiedon kyselystä vasta puhelinkontaktin jälkeen. Toisen yksikön kohdalla selkeää, selittävää tekijää vastausten puuttumiselle ei löytynyt.

6.3.1 Kvantitatiivisen osuuden luotettavuus

Luotettavuutta tarkastellaan määrällisessä tutkimuksessa reliabiliteetin ja validiteetin kautta (Heikkilä 2014, 176; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 189; Vilkka 2015, 93- 94). Validiteetilla eli pätevyydellä kuvataan sitä onko tutkimuksessa mitattu sitä mitä oli tarkoitus. Määrällisessä tutkimuksessa käsitteet on määriteltävä ja tämän jälkeen operationaalistettava. Operationaalistamisen tarkoitus on tehdä käsitteistä ymmärrettäviä tutkimukseen osallistujille. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 189; Vilkka 2015, 193; Vilkka 2007, 150- 152.)

Laadin mittarin itse, sillä en löytänyt asiaan sopivaa mittaria valmiina. Aihetta on tutkittu etenkin Suomessa varsin vähän. Mittarin laadinnassa paneuduin tarkastelemaan tutkimuskysymyksiä ja pilkkomaan ne osiin. Luin myös aiempia tutkimuksia löytääkseni tuloksissa toistuvia teemoja, joiden voisinkin olettaa ilmenevän myös tämän opinnäytetyön tutkimusjoukossa. Valitsin koetun osaamisen yhdeksi osa-alueeksi, sillä opinnäytetöissä oli havaittu puutteita menetelmän tunnistamisessa ja osaamisessa (Mikkonen 2014, 32; Männikkö & Olkkonen 2013). Ellei menetelmää koe tuntevansa riittävästi, voi sillä olla yhteys menetelmän käyttämättömyyteen. Opinnäytetyön hyödyllisyyden kannalta olennaista on tunnistaa syitä käyttämättömyyden takana. Koettua osaamista koskevia kysymyksiä on kolme; tiedän mikä on ISBAR, tiedän ISBAR- menetelmän osa-alueet ja tiedän riittävästi ISBAR- menetelmästä voidakseni käyttää sitä päivittäisessä raportoinnissa. Koin aiheen syventämisen kysymyksiin tärkeäksi, sillä pelkkä menetelmän tai sen osa-alueiden tunnistaminen ei vielä kuvaa riittävästi osaamisen syvyyttä.

ISBAR:n käytön yleisyyttä koskevia kysymyksiä on kyselyssä neljä. Ne noudattavat edellisten kysymysten syventävää linjaa; ensin kysyn käyttämisestä yleisesti ja tämän jälkeen syvennän kysymykset koskemaan potilassiirtoja. Kyselylomaketta laadittaessa kysymyksiin (LIITE 1, 7- 10) päädyttiin lisäämään tarkentavat selitteet, jotta vastaajat ymmärtäisivät kysymykset kyselyn laatijan kanssa samalla tavalla ja kysymysten suhde toisiinsa olisi selkeämpi.

Luotettavuutta voidaan tarkastella kontrollikysymyksillä, jossa samaa asiaa kysytään toisella tavalla (Heikkilä 2014, 47). Mikäli henkilö on ilmoittanut tietävänsä ISBAR- menetelmästä riittävästi käyttääkseen sitä raportoinnissa ("täysin samaa mieltä"), on hänen tiedettävä mikä on ISBAR ("täysin samaa mieltä"). Samoin mikäli vastaaja on kertonut käyttävänsä ISBAR- menetelmää aina raportoidessaan, tulisi hänen käyttää sitä myös aina raportoidessaan potilassiirroissa. Jälkimmäisten kysymysten "aina"- vastauksia on oltava vähintään yhtä paljon kuin ensimmäisten kysymysten. Vain ääri vaihtoehdot ("aina" tai "en koskaan") ovat vertailukelpoisia kyselylomakkeessani. Vastaukset olivat näiltä osin yhdenmukaisia, joten vastauksia voidaan pitää luotettavina ja kysymykset ovat todennäköisesti tältä osin ymmärretty, kuten oli tarkoitettukin.

Reliaabelius liittyy puolestaan tutkimuksen toistettavuuteen ja tarkkuuteen. Satunnaisuus tuloksissa on pyrittävä minimoimaan (Vilka 2015, 194; Vilka 2007, 149-150). Reliabiliteettia lisää muun muassa suuri vastausprosentti ja vähentää puolestaan mahdolliset mittausvirheet. (Vilka 2007, 149- 150.) Opinnäytetyöni vastausprosentin ollessa 31,6 %, on mahdollista, että tuloksissa on kadon aiheuttama vääristymää (Heikkilä 2014, 177). Vastaamatta jättäneet perusjoukkoon kuuluvat tutkittavat olisivat voineet vastata kysymyksiin toisella tavalla, jolloin tulokset olisivat olleet erilaisia. Tästä syystä yksikköjä vertailevissa ristiintaulukoinneissa en ole käyttänyt päivystyspoliklinikkaa (n = 2, 5,4 % kaikista vastaajista, 5 % kyseisen yksikön kaikista kyselylinkin saaneista). Yksiköiden toimintaa vertailevissa analyyseissä yhdistin kirurgiset vuodeosastot ja sisätautien vuodeosastot omiksi luokikseen. Kirurgisilla vuodeosastoilla 40 sairaanhoitajaa sai kyselylinkin ja vastauksia tuli 19. Näin ollen kirurgisten vuodeosastojen vastausprosentti on 48 %.

Sisätautien vuodeosastoilla puolestaan 37 sairaanhoitajaa sai linkin kyselylomakkeeseen ja vastauksia oli 16. Sisätautien vuodeosastojen vastausprosentti oli siis 43 %. Toinen sisätautien vuodeosastoista pääsi osallistumaan kyselyyn muita yksiköitä myöhemmin, sillä tieto kyselystä ei tavoittanut sairaanhoitajia. Vastaajien määrä yksikön kohdalla nousi kuitenkin kohtalaiseksi verrattuna muihin osallistuneisiin yksiköihin (n = 6, 16 % kaikista kyselyyn vastanneista, 38 % kyseisen yksikön kaikista kyselylinkin saaneista).

Yksi mahdollinen validiteettia ja myös reliabiliteettia heikentävä tekijä kyselytutkimuksessa on systemaattinen virhe, joka voi syntyä vastaajien vastatessa kuin he olettaisivat että pitäisi vastata, toisin sanoen muunnellussa totuutta (Heikkilä 2014, 177). ISBAR- menetelmän käyttämiseen ohjataan kohdeorganisaatiossa muun muassa hallinnollisella ohjeella, ja näin ollen vastaajat voivat kokea velvollisuudekseen käyttää menetelmää raportoidessaan. Vastaajiin on voinut vaikuttaa tämä tieto niin, että tuloksissa näkyy todellisuutta positiivisempi suhtautuminen ISBAR:n käyttämiseen, sen tuntemiseen ja käyttämisen yleisyyteen.

6.3.2 Kvalitatiivisen osuuden luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuudessa keskeistä on niin tulosten kuin koko prosessin tarkka kuvaus. Vahvistettavuus liittyy päätöksenteon ja ratkaisujen tarkkaan kuvaukseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 197- 198.) Opin- näytetyötä tehdessäni pidin tutkimuspäiväkirjaa, johon merkitsin keskeisiin valintoihin liittyviä pohdintojani, ajankohtia ja opinnäytetyöhön liittyviin palavereihin ja tapaamisiin liittyviä sisältöjä. Tutkimuspäiväkirjaa olen käyttänyt apuna raportoinnissa. Olen pyrkinyt kuvaamaan keskeiset asiat tarkasti. Laadullisen aineiston suppea määrä teki tulosten raportoinnista selkeää ja mielestäni aineiston ydinsisällön olen saanut kuvattua tulososiossa.

Siirrettävyyteen kuuluu muun muassa osallistujien valinnan, aineistonkeruun ja analyysin seikkaperäinen kuvaus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 197-

198). Vastaajien valinta sekä aineiston keruu on kuvailtu menetelmäluvussa. Analysoinnin kuvauksen tarkkuutta ja seurattavuutta parantaakseni olen lisännyt raporttiin esimerkkejä aineiston analysoinnin eri vaiheista. Tarkkojen kuvausten avulla prosessi on läpinäkyvä ja lukijan on mahdollista arvioida tutkimuksen vahvuuksia ja heikkouksia. Tutkimus tulee kokonaisuudessaan kuvata niin selkeästi, että toisen tutkijan olisi mahdollista nähdä koko prosessi ja toteuttaa se toisessa ympäristössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 197- 198.) Riippuvuus liittyy yleisten tutkimusperiaatteiden toteutumiseen tutkimustyössä (Tuomi & Sarajärvi 2012, 136- 139).

6.4 Eettisyys

Eettisyys liittyy tutkimustyöhön jo aiheenvalinnasta alkaen. Aiheen merkityksellisyteen liittyy kysymyksiä siitä miksi aiheita on ylipäätään syytä tutkia, mitkä ovat sen hyödyt ja potentiaaliset haitat siihen osallistuvalla. (Hirsjärvi ym. 2007, 24- 25; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 218.) Opinnäytetyöni aihe on hankittu aihepankista ja näin ollen toimeksiantaja on nähnyt aiheen merkityksellisenä. Aiheen keskeiset taustat liittyvät potilasturvallisuuteen ja sen edistämiseen ja laajemmin potilaan oikeuksien toteutumiseen. Terveystieteiden tehtävänä on vähentää kärsimystä, ehkäistä sairauksia ja edistää terveyttä. Terveystieteiden eettisiin periaatteisiin kuuluu potilaan oikeus hyvään hoitoon (Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001). Aiheen eettinen oikeutus pohjautuu näihin terveystieteiden perustehtäviin ja eettisiin periaatteisiin.

Tutkimusluvan hain toimeksiantajan organisaation ohjeiden mukaan opinnäyttesuunnitelman hyväksymisen jälkeen. Lausuntoa eettiseltä toimikunnalta ei ollut tarpeellista hankkia (Tutkimuslupakäytännöt ja eettisen toimikunnan lausunnon tarve, 2009). Tutkimuslupa on myönnetty toukokuussa 2016. Muutoksia muun muassa kyselyn suorittamisen ajankohtaan tuli luvan myöntämisen jälkeen, ja näitä merkittäviä muutoksia koskien olin yhteydessä tutkimusluvan myöntäjään.

Tutkimus tulee suorittaa hyvän tieteellisen käytännön periaatteita noudattaen. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on julkaissut ohjeet hyvään tieteelliseen käytäntöön (2012). Näihin ohjeisiin sisältyy mm. rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimuksen teossa ja raportoinnissa, toisten tutkijoiden ja heidän ansioiden huomioiminen tutkimustyössä, tiedonhankinnan ja aineiston säilytyksen asianmukaisuus ja tutkimustyöhön vaadittavien lupien hankkimisen. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012.)

Tutkimuseettisiin periaatteisiin ihmistieteissä kuuluu itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingon välttäminen sekä yksityisyyden ja tietosuojan vaaliminen. Tutkittavalla on oltava riittävä informaatio tutkimuksesta, sen toteuttamistavasta, aineistonkeruusta ja säilytyksestä. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet 2014.) Huomioon tulee ottaa osallistujien itsemääräämisoikeus, joka käsittää myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuden ja suostumuksen antamisen tietoisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 217-223). Kyseiset asiat olen opinnäytetyössäni kuvannut saatekirjeessä (LIITE 3), jonka toimitin tutkittaville sähköpostin liitetiedostona osastonhoitajien välityksellä. Lisäksi lisäsin saatekirjeen sähköisen kyselylomakkeen ensimmäiselle sivulle välttääkseni tilanteen, jossa tutkittava ei syystä tai toisesta olisi saanut saatekirjettä sähköpostiinsa. Saatekirje sisälsi tiedon myös osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Tutkittavalta on saatava tietoinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet 2014). Kyselylomakkeella aineistoa kerättyäessä lomakkeeseen vastaaminen katsotaan tietoisena suostumuksen antamiseksi, kunhan edellä mainittu informaatio on annettu tutkittavalle saatekirjeessä ja kerrottu myös lomakkeeseen vastaamisen tulkitettavan tietoiseksi suostumukseksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 219- 220).

Tutkimustyössä on huomioitava huolellisesti oikeudenmukaisuus ja osallistujien anonymiteetin säilyminen. Tutkittavien turvallisuus on huomioitava ja mahdolliset haitat minimoitava. (Kankkunen & Vehviläinen 2015, 217- 223.) Suoria tunniste-tietoja opinnäytetyöprosessissa ei syntynyt. Opinnäytetyön tekemisen aikana en ole missään vaiheessa ollut tekemisissä kyselyyn osallistuneiden henkilöiden

kanssa henkilökohtaisesti eikä minulla ole ollut tiedossani minkäänlaisia henkilötietoja. Myöskään toimeksiantajaorganisaatiolla ei ole tiedossaan kyselyyn vastanneita henkilöitä. Kyselylomakkeen taustamuuttujien valinnassa pohdin anonymiteetin säilymistä. Esimerkiksi sukupuolta en kokenut tarpeelliseksi selvittää ja tiedossa ollut sukupuolijakauma yksiköissä olisi ollut riski anonymiteetin säilymiselle. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa osallistujien vastauksia voidaan hyödyntää suorien lainausten avulla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 221). Opinnäytetyön kvalitatiivisen aineiston osalta käyttämäni lainaukset on käsitelty neutraaleiksi yleiskielisiksi ilmaisuiksi välttääkseni puhekielisten ilmaisujen yhteyden kehenkään osallistuneeseen. Mitään kyselylomakkeeseen saaduista vastauksista ei olisi mahdollista yhdistää yksittäisiin tutkimukseen osallistuviin henkilöihin. Nämä toimintatavat tukevat ennen kaikkea osallistuvien anonymiteettiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 221) ja tutkijan objektiivisuutta sekä puolueettomuutta (Vilka 2007,16).

Aineiston tuottamien tulosten ei tarvitse olla mieluisia jokaiseen tutkimukseen osallistuvan kannalta, mutta ne tulee raportoida totuudenmukaisesti ja neutraalisti vahingon välttämiseksi (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet 2014).

6.5 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tulosten myötä pidän tarpeellisena jatkossa tutkia tarkemmin ISBAR:n käyttämiseen vaikuttavia syitä, etenkin koskien tilannetta, jossa tietoa menetelmästä on riittävästi, mutta menetelmää ei silti käytetä. Lisäksi aiemmin ISBAR:n käyttöä on Suomessa kartoitettu lähinnä päivystystoiminnassa ja ensihoidossa, muun toimintaympäristön jäädessä vähemmälle huomiolle. Jatkotutkimusaiheina pidänkin käyttämisen kartoittamista laajemmin perusterveydenhuollon- ja erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla ja polikliinisissä toimintaympäristöissä. Kohdeorganisaatiossa puolestaan on syytä lisäksi kartoittaa ISBAR- menetelmän

käyttöönoton etenemistä tulevaisuudessa uudestaan, jotta voidaan varmentaa laadunhallinnan menetelmien vaikuttavuus.

6.6 Ammatillisen osaamisen kehittyminen

Oppimisen taitoni kehittyvät lähdemateriaalin hankkimisella ja siihen perehtymisellä. ISBAR on verrattain uusi menetelmä, joten suomalaista lähdemateriaalia ei ole laajasti, vaan perehtymisessä on välttämätöntä käyttää kansainvälistä materiaalia. Tutkimusten kriittisen arvioinnin taitoni ovat kehittyneet merkittävästi prosessin aikana. Kansainvälistymisosaamisen kompetenssiin liittyy kielitaito (Opinto-opas 2014); englannin kielen taitoni ovat kehittyneet etenkin tutkimustyöhön ja potilasturvallisuuteen liittyvän ammattisanaston osalta. Hoitotyön asiakkuusosaamisen lähtökohtana on eettisten arvojen ja periaatteiden mukainen hoitotyön toteuttaminen. Eettisen osaamisen kompetenssi käsittää myös oman alan eettisten periaatteiden mukaan toimimisen. (Opinto-opas 2014.) Potilasturvallisuuteen perehtyminen on syventänyt näkemystäni hoitotyöhön liittyvistä eettisistä periaatteista ja niiden joskus vaikeastikin havaittavista vaikutuksista päätöksentekooni. Potilasturvallisuus ilmiönä on lopulta ensisijaisesti asiakaslähtöisyyttä. Sairaanhoidajan päätöksenteko-osaamiseen kuuluukin asiakaslähtöinen hoitotyön suunnittelu, toteutus ja arviointi. Innovaatio-osaaminen liittyy tutkimus- ja kehittämistyöhön osallistumiseen, luovaan ongelmaratkaisuun ja asiakaslähtöisten ratkaisujen tekemiseen. (Opinto-opas 2014.) Tutkimustyön perusteisiin olen perehtynyt koko prosessin ajan. Opinnäytetyötä varten jouduin tekemään runsaasti pohjatyötä oppiakseni kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien perusteet, voidakseni käyttää molempia menetelmiä. Lisäksi olen opetellut Webropol- kyselytyökalun ja SPSS- ohjelmiston käytön.

Prosessin loppuunsaattaminen on vaatinut monenlaisia ongelmanratkaisutaitoja. Opinnäytetyön suunnitelmavaiheen jälkeen ilmeni useita asioita, joita ei voitu huomioida suunnitelmassa. Jouduin joustamaan suunnitelmassa etenkin aikataulujen

suhteen toistuvasti ja löytämään uudenlaisia ratkaisuja, pohtien asiaa tutkimustyön luotettavuuden ja eettisyyden kannalta, sekä itsenäisesti että toimeksiantajatahon kanssa. Asiakaslähtöisiin ratkaisuihin olen pyrkinyt niin toimeksiantajan, kuin kyselyyn osallistuvien yksiköiden ja yksilöiden osalta.

Yhteistyö toimeksiantajan kanssa on ollut valaisevaa. Mielenkiintoista on ollut nähdä se perspektiivi, josta organisaation laajempia kokonaisuuksia ohjataan. Uusien toimintatapojen ja menetelmien käyttöönotto on haastavaa laajassa organisaatiossa. Olen päässyt prosessin aikana tekemään yhteistyötä eri ammattilaisten kanssa, niin toimeksiantajan kuin oppilaitoksenkin puolelta. Erilaisten ammattilaisten kanssa toimiminen on rikastuttanut prosessia; aihetta ja itse opinnäytetyöprosessia voidaan tarkastella hyvin erilaisista näkökulmista ja nämä näkökulmat ovatkin olleet oleellisia työn kokonaisuuden hahmottumiselle ja työn onnistuneelle loppuun saattamiselle. Uskon oman osaamiseni syventyneen etenkin hoitotyön kehittämiseen liittyvien osa-alueiden osalta.

LÄHTEET

Aaltonen, L-M & Rosenberg, P. toim. (2013). Potilasturvallisuuden perusteet. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Blom, L., Petersson, P., Hagell, P., Westergren, A. (2015). The SBAR model for communication between health care professionals: A clinical intervention pilot study. *International Journal of caring Sciences*, 8(3), 530-535.

Brennan, T.A., Leape, L.L., Laird, N.M., Hebert, L., Localio, A.R., Lawthers, A.G., Hiatt, H.H. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *The New England Journal of Medicine*, 324(6), 370-376. Haettu 06.10.2016. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604>

Communication During Patient Hand-Overs. (2007). Patient safety solutions. Volume 1, solution 3. World Health Organization. Haettu 06.10.2016. <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf?ua=1>

De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84(9), 1192- 1196.

Haig, K.M., Sutton, S. & Whittington, J. (2006). SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 332(3) 167- 175.

Helovuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. (2011). Potilasturvallisuus: Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca.

Heikkilä, T. (2014). Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2007). Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. (2012). Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Haettu 06.10.2016. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

ISBAR: Adding an extra step in handoff communication. (2016). Strategies for Nurse Managers. Haettu 04.10.2016. http://www.strategiesfornursemanagers.com/ce_detail/222773.cfm#

ISBAR – raportoinnin tukilomake, kirurginen potilas (2016). Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän organisaatio. (2015). Hallinto. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Haettu 4.1.2016. <http://sote.kainuu.fi/organisaatorakenne>

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän organisaatorakenne. (2013). Organisaatiokaavio. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. PDF-tiedosto. Haettu 4.1.2016. <http://sote.kainuu.fi/showattachment.asp?ID=4873&DocID=1850>

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän päätöksenteko. (2015). Toimielimet ja päätöksenteko. Hallinto. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Haettu 4.1.2016. <http://sote.kainuu.fi/paatoksentekijat>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2015). Tutkimus hoitotieteessä. 3.-4. painos. Helsinki: SanomaPro Oy.

Korhonen, V. (2014). Potilastiedon turvallinen raportointi. ISBAR- työkalu turvallisempaan raportointiin. Luentomateriaali. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.

Menettelyohjeet turvallisempaan tiedonkulkuun potilaasta raportoidessa. (2014). Hallinnollinen ohje. Potilasturvallisuustyöryhmä. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.

Mikkonen, S. (2014). Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. Tampere: Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö. Haettu 6.10.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201408292092>

Mitä on potilasturvallisuus? (2014). Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Haettu 26.10.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>

Männikkö, M. & Olkkonen, L. (2013). ISBAR-menetelmän käyttökokemukset Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikalla ja Pohjanmaan pelastuslaitoksen Vaasan ensihoitoyksikössä. Vaasa: Vaasan ammattikorkeakoulu. Haettu 6.10.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013052811189>

Ohjeita sosiaali- ja terveydenhuollon opinnäyte- / tutkimustyön tekemiseen Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä. (2015). Hallinnollinen ohje. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.

Opinto-opas. Sairaanhoidaja- ja terveydenhoitajakoulutus. (2014). Kajaanin ammattikorkeakoulu. Haettu 7.10.2016. <http://www.kamk.fi/loader.aspx?id=36e411a0-b112-4528-9723-38df417e7e1f>

Patient Safety: About us. (2015). World Health Organization. Haettu 26.10.2015. <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>

Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. (2007). Stakes ja lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO. Haettu 29.10.2015. https://www.thl.fi/documents/10531/102913/potilasturvallisuuden_sanasto_071209.pdf

Potilassiirto. Finto: Medical Subject Headings. Lääketieteellinen jäsenneltyä asia-sanasto. Haettu 12.1.2016. <https://finto.fi/mesh/fi/page/D010360>

Potilasturvallisuusopas. (2011). Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Randmaa, M., Mårtensson, G., Swenne, C. & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open* 2014;4:e004268. doi:10.1136/bmjopen-2013-004268

341/2011 Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta.

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. (2001). ETENE-julkaisu I. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Haettu 3.1.2016. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu-ja+1+Terveydenhuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>

1326/2010 Terveydenhuoltolaki.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2012). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. (2014). Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Haettu 25.4.2016. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-enakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet>

Tutkimuslupakäytännöt ja eettisen toimikunnan lausunnon tarve. (2009). Tiedote. Hallintokeskus. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Haettu 4.1.2016. https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16952_Hallintokeskuksen_tiedote_13_2009.pdf

Vilka, H. (2015). Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS- kustannus.

Vilka, H. (2007). Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

1. Tämänhetkinen työskentely-yksikkösi.

- Osasto 6, kirurginen vuodeosasto
- Osasto 7, kirurginen vuodeosasto
- Osasto 8, sisätautien vuodeosasto
- Osasto 9, sisätautien vuodeosasto
- Päivystyspoliklinikka

2. Valmistumisvuotesi (sairaanhoitajatutkinto): _____

3. Työskentelyaika valmistumisesi jälkeen vuosina: ____ vuotta

4. Tiedän mikä on ISBAR

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

5. Tiedän ISBAR- menetelmän osa-alueet

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

6. Tiedän riittävästi ISBAR- menetelmästä voidakseni käyttää sitä päivittäisessä raportoinnissa

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- Ei samaa eikä eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

7. Käytän ISBAR- menetelmää raportoidessani potilaasta

Kysymys koskee kaikenlaisia raportointitilanteita, esimerkiksi yksikön sisäistä raportointia, raportointia toiseen yksikköön ja toisen terveydenhuollon ammattihenkilön kuten lääkärin konsultointia

- Aina
- Usein
- Joskus
- Harvoin
- En koskaan

8. Käytän ISBAR- menetelmää vastaanottaessani raporttia potilaasta

Kysymys koskee kaikenlaisia raportointitilanteita, esimerkiksi yksikön sisäistä raportointia, raportointia toiseen yksikköön ja toisen terveydenhuollon ammattihenkilön kuten lääkärin konsultointia

- Aina
- Usein
- Joskus
- Harvoin
- En koskaan

9. Käytän ISBAR- menetelmää raportin antamiseen potilaan siirtyessä toiseen yksikköön

Kysymys koskee potilassiirtoja, jotka tapahtuvat joko saman sairaalan sisällä tai sairaalan ulkopuolelle toiseen hoitolaitokseen tai ensihoidon vastuulle

- Aina
- Usein
- Joskus
- Harvoin
- En koskaan

10. Käytän ISBAR- menetelmää raportin vastaanottamiseen potilaan siirtyessä yksikköömme

Kysymys koskee potilassiirtoja, jotka tapahtuvat joko saman sairaalan sisällä tai potilas siirtyy toisen hoitoa tarjoavan laitoksen tai ensihoidon vastuulta yksikköönne

- Aina
- Usein
- Joskus
- Harvoin
- En koskaan

11. Jos käytät ISBAR:ia raportoidessasi ja/tai raporttia vastaanottaessasi, mitkä asiat ovat vaikuttaneet siihen?

12. Jos et käytä ISBAR:ia raportoidessasi ja/tai raporttia vastaanottaessasi, mitkä asiat ovat vaikuttaneet siihen?

13. Millä tavalla ISBAR- menetelmän käyttöä raportoinnissa voisi mielestäsi kehittää yksikössänne?

14. Muuta kommentoitavaa tai palautetta aiheeseen liittyen?

Kiitos vastauksistasi!

Hyvä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän työntekijä!

Olen hoitotyön opiskelija Kajaanin ammattikorkeakoulussa ja teen opinnäytetyötäni ISBAR-menetelmän käytöstä Kainuun SOTE:n viidessä työyksikössä. Olette valikoituneet tutkimukseen työskentely-yksikkönne (osastot 6, 7, 8 tai 9 tai päivystyspoliklinikka) ja sairaanhoitajakoulutukseenne vuoksi. Opinnäytteen tarkoituksena on kartoittaa ISBAR- menetelmän käyttöä Kainuun SOTE:ssa. Kiinnostuksen kohteena ovat ISBAR:n käyttö yleisesti, käyttämistä edistävät ja heikentävät tekijät sekä työntekijöiden oma kokemus osaamisestaan ISBAR- menetelmän käytössä.

Kyselyyn vastataan sähköisesti ja olette saaneet linkin kyselyyn sähköpostitse esimiehenne kautta. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja sen voi halutessaan keskeyttää. Kyselyyn vastaamalla annatte suostumuksenne käyttää vastauksia osana opinnäytetyön aineistoa. Kyselyyn vastatessanne henkilöllisyytenne ei ole opinnäytteen tekijän tai minkään muun tahon tiedossa eikä vastauksia voida yhdistää yksittäisiin henkilöihin. Kyselylomakkeet tuhoetaan aineiston analysoinnin jälkeen.

Opinnäytteen toimeksiantajana toimii Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä ja opinnäytteen ohjaamiseen osallistuu Kajaanin ammattikorkeakoulun henkilökuntaa. Opinnäytetyö valmistuu syksyllä 2016 ja tuloksia tullaan hyödyntämään Kainuun SOTE:n toimesta työntekijöiden ISBAR:n käytön tukemisessa ja potilasturvallisuuden edistämiseksi. Valmis opinnäytetyö on luettavissa sähköisenä versiona Theseus- tietokannassa osoitteessa <http://www.theseus.fi>.

Annan mielelläni lisätietoja opinnäytteestä ja siihen liittyvästä kyselystä. Voit ottaa minuun yhteyttä sähköpostitse osoitteella virveheiskanen@xxxxx.fi tai puhelimitse 0XXXXXXXXXX.

Virve Heiskanen

Hyvä Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän yksikön esimies!

Olen hoitotyön opiskelija Kajaanin ammattikorkeakoulussa ja teen opinnäytetyötäni ISBAR-menetelmän käytöstä Kainuun SOTE:n viidessä työyksikössä. Työyksiköt ovat Kainuun keskussairaalan osastot 6, 7, 8 ja 9 sekä päivystyspoliklinikka. Opinnäytteeseen liittyvä kysely tullaan toteuttamaan teidän yksiköissä 23.5. – 12.6.2016 aikana. Yksiköidenne sairaanhoitajakoulutuksen saaneet työntekijät toimivat kyselyyn vastaajina. Toivon teidän toimittavan heille linkin sähköiseen kyselyyn sähköpostitse. Kyselyyn on mahdollista vastata kolmen viikon ajan.

Opinnäytteeni tarkoituksena on kartoittaa ISBAR- menetelmän käyttöä Kainuun SOTE:ssa. Kiinnostuksen kohteena ovat ISBAR:n käyttö yleisesti, käyttämistä edistävät ja heikentävät tekijät sekä työntekijöiden oma kokemus osaamisestaan ISBAR- menetelmän käytössä.

Opinnäytteen toimeksiantajana toimii Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä ja opinnäytteen ohjaamiseen osallistuu Kajaanin ammattikorkeakoulun henkilökunta. Opinnäytetyö valmistuu syksyllä 2016 ja tuloksia tullaan hyödyntämään Kainuun SOTE:n toimesta työntekijöiden ISBAR:n käytön tukemisessa ja potilasturvallisuuden edistämiseksi.

Valmis opinnäytetyö on luettavissa sähköisenä versiona Theseus- tietokannassa osoitteessa <http://www.theseus.fi>.

Annan mielelläni lisätietoja opinnäytteestä ja siihen liittyvästä kyselystä. Voit ottaa minuun yhteyttä sähköpostitse osoitteella virveheiskanen@xxxxx.fi tai puhelimitse 04XXXXXXXXX.

Virve Heiskanen

