

# Sairaanhoidon puhelinneuvonnan dokumentoinnin kartoittaminen

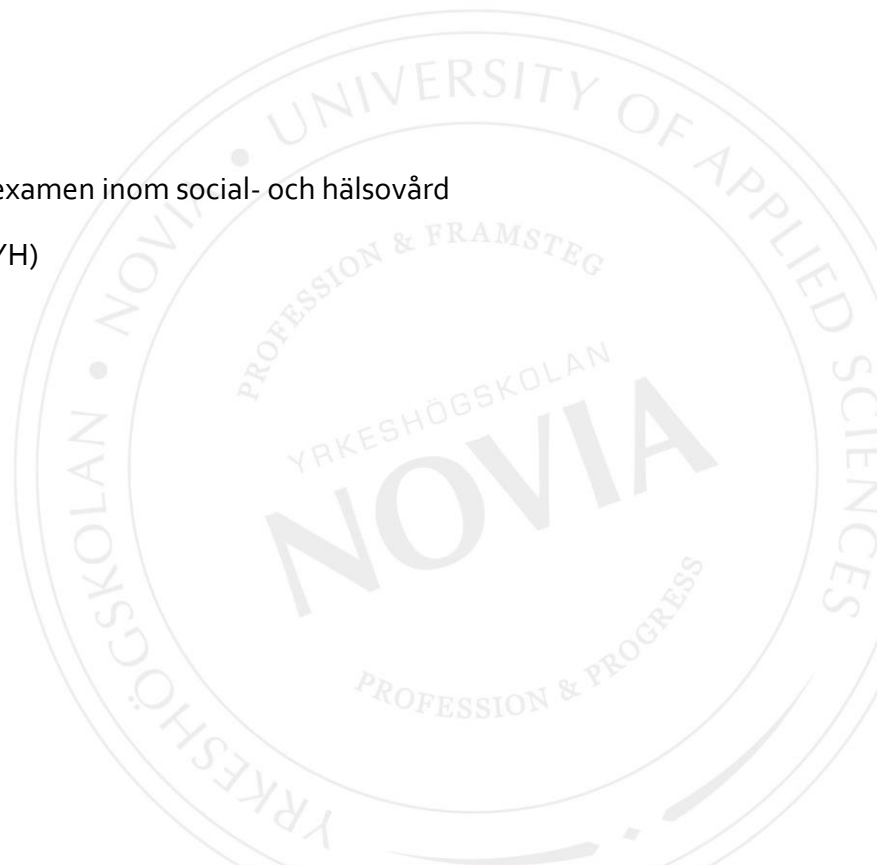
Vaasan keskussairaalan päivystyksen puhelinneuvonnan dokumentoinnin kartoittaminen mukautetun ISBAR-mallin avulla

Tanja Roivainen

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2017



## **EXAMENSARBETE**

Författare: Tanja Roivainen

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Lisen Kullas-Nyman

Titel: Utveckling av dokumentation vid telefonrådgivningen med hjälp av ISBAR -modellen vid Vasa centralsjukhus akutjour

---

Datum 1.10.2017

Sidantal 27

Bilagor 4

---

### **Abstrakt**

Syftet med studien var att undersöka lämpligheten hos den modifierade ISBAR-modellen vid Vasa centralsjukhus, Akutens telefonrådgivning samt att söka evidens för användbarheten av strukturell dokumentering.

I den teoretiska referensramen använde man sig av Patricia Benners omvårdsteori från novis till expert. Som metod användes kvalitativ innehållsanalys. Materialet bestod av dokumentation från patientjournaler och resultatet sammanställdes i en jämförelsetabell.

Resultatet visar att under åren som jämfördes (2016-2017) blev dokumentationen mer tydligt strukturerad efter införandet av ISBAR-modellen. Sjuksköterna dokumenterade utmärkt om patientens eftervård. Rådgivning angående läkemedelsbehandling minskade och patienterna styrdes allt mer till akuten. Ett överraskande resultat är att dokumentationen på patientens modersmål minskade, vilket även försämrar patientsäkerheten. Sjukskötare behöver strukturell stöd för telefonrådgivning. Detta kommer att förbättra patientsäkerheten och patienten kan lätt läsa sin egen sjukvårdsinformation i det nationella arkivet.

---

Språk: Finska

Nyckelord: isbar, telefonrådgivning, triage, jour

---

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Tanja Roivainen

Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja, Vaasa

Ohjaajat: Lisen Kullas-Nyman

Nimike: Sairaanhoidon puhelinneuvonnan dokumentoinnin kehittäminen ISBAR-mallin avulla Vaasan keskussairaalan päivystyksessä

---

Päivämäärä 1.10.2017

Sivumäärä 27 Liitteet 4

---

### Tiivistelmä

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää muokatun ISBAR-mallin soveltuvuutta Vaasan keskussairaalan päivystyksen puhelinneuvonnassa sekä tuottaa näyttöä rakenteisen kirjaamisen hyödyllisyydestä.

Teoreettisena viitekehyksenä käytettiin Patricia Bennerin hoitotyön teoriaa aloittelijasta asiantuntijaksi. Menetelmänä käytettiin kvalitatiivista sisällönanalyysiä. Aineisto koostui potilasasiakirjamerkinnoistä ja tulokset koottiin vertailu taulukkoon.

Tuloksista selviää, että kirjaukset muuttuivat rakenteisesti selkeämmiksi ISBAR-mallin käyttöönoton jälkeen vertailu vuosina (2016-2017). Hoitajat kirjasivat erinomaisesti potilaan jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot. Lääkineuvonnan ohjaus heikkeni ja potilaita ohjattiin päivystykseen enenevässä määrin. Yllättävä tuloksena ilmenee, että potilasasiakirjamerkinnot omalla äidinkielellä laskivat. Joka taas heikentää potilasturvallisuutta. Sairaanhoidajat tarvitsevat rakenteellisen puhelua ohjaavan tuen puhelinneuvontaan. Tämä parantaa potilasturvallisuutta ja potilaan on helppo lukea häntä koskevat tiedot kansallisesta arkistosta.

---

Kieli: Suomi

Avainsanat: isbar, puhelinneuvonta, päivystys triage

---

## **BACHELOR'S THESIS**

Author: Tanja Roivainen

Degree Programme: Nursing

Supervisors: Lisen Kullas-Nyman

Title: Development of documentation on healthcare telephone consultation through the ISBAR model at Vaasa Central Hospital Emergency

---

Date 1.10.2017

Number of pages 27

Appendices

---

### **Abstract**

The purpose of the research was to investigate the suitability of the modified ISBAR model at Vaasa Central Hospital's telephone consulting service and to provide evidence of the usefulness of structural documentation.

Theoretical reference used was Patricia Benner's nursing theory from novice to professional. The method used was the qualitative content-based content analysis. The material consisted of patient document markings and the results were compiled in a comparison table.

The results show that entries became more clearly structured after the introduction of the ISBAR model (2016-2017). The nurses did great documentation about the organization of the patient's follow-up care. The guidance of drug counseling weakened and patients were increasingly being sent to the emergency room. The surprising result is that patient documentation entries in their native language decreased. Which, on the other hand, weakens patient safety. Nurses need structural support for telephone counseling. This will improve patient safety and the patient will be able to read the information about him/herself in the national archive.

---

Language: Finnish

Keywords: isbar, telephone communication, triage, emergency

---

# Sisällysluettelo

1	Johdanto.....	1
2	Tausta.....	2
	2.1 ISBAR-menetelmä.....	3
	2.2 Hoidon tarpeen arviointi puhelimesta.....	4
	2.3 Hoidon tarpeen arviointi.....	6
	2.4 Hoidon kiireellisyyden arviointi.....	7
3	Aikaisemmat tutkimukset.....	9
	3.1. Potilasturvallisuus.....	9
	3.2. Päätöksenteko.....	12
4	Tavoite ja kysymykset.....	13
5	Teoreettinen viitekehys.....	14
	5.1 Patricia Bennerin hoitotyön teoria.....	14
	5.2 Hoitotyön kirjaaminen ja päätöksenteko.....	15
	5.3 Hoitotyön kirjaamista koskeva lainsäädäntö.....	17
	5.4 Kommunikointi.....	17
6	Menetelmä.....	18
7	Tulos.....	19
	7.1. Puheluiden Otsikot.....	21
	7.1.1 Tulossy otsikko.....	21
	7.1.2 Etäkontakti otsikko.....	21
	7.1.3 Esitiedot otsikko.....	21
	7.1.4 Nykytila otsikko.....	21
	7.1.5 Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot otsikko.....	22
	7.1.6 Potilaiden puhelut.....	22
	7.1.7 Potilaiden jatkohoitoon liittyvät otsikot.....	23
8	Tulkinta.....	23
9	Kriittinen kartoittaminen.....	25
10	Pohdinta.....	25
	Lähteet.....	27
	Liitteet	



## 1 Johdanto

Tutkimusten mukaan hyvä puhelinneuvonta vähentää turhia potilaskäyntejä päivystyksessä. Tällöin ne potilaat, jotka oikeasti tarvitsevat päivystyksellistä hoitoa, saavat avun riittävän nopeasti ja päivystys ei ruuhkaudu. Samalla toimitaan kustannustehokkaasti, koska kaikki päivystyksellinen toiminta on kalliimpaa. Kuten kaikki tiedämme, on Suomen terveydenhuoltomenoja karsittava, ja on tarkoituksenmukaista kehittää potilaiden ohjausta puhelinneuvonnan avulla.

Vaasan keskussairaalan päivystyksessä siirryttiin 1.1.2017 klo 22-08 seuraavaan ohjeeseen: ”Mikäli tarvitset apua yöllä, soita sairaanhoidon neuvontaan ennen päivystykseen tuloa. Kartoitamme puhelimesa tilanteesi ja hoidon kiireellisyyden.” (Vaasan keskussairaala oppaat, päivystyspoliklinikka). Puhelinneuvonta arvioi tarvittaessa hoidon kiireellisyyden ja ohjaa potilaan oikeaan hoitopaikkaan. Tämän ohjeen avulla pyritään ohjaamaan vain päivystyksellistä hoitoa tarvitsevat potilaat saapumaan sairaalaan. Tavoitteena on vähentää yöaikaisia ”turhia” potilaskäyntejä. Puhelinneuvonnassa pyrittiin jo ennen ohjeen julkaisemista varmistamaan sairaanhoitajien antama ammatillinen neuvonta mukautetun ISBAR-mallin avulla. Hoitajilla on 1,5 kuukauden aikana mahdollisuus kehittää omaa ohjaustaan ja kirjaamistaan.

Puhelinneuvonnan tärkeys on korostunut Suomen terveydenhoitojärjestelmässä. Maassamme on käytössä useampia keskitettyjä puhelinneuvontapalveluita, jotka ovat yksityisen sektorin tuottamia. Vaasan keskussairaalan virka-ajan ulkopuolinen sairaanhoidon puhelinneuvonta toteutetaan omana palveluna.

Osa Suomen päivystyksistä ohjaa asiakkaitaan ottamaan ensisijaisesti yhteyttä puhelimitse ennen päivystykseen lähtöä. Tällöin korostuu sairaanhoitajan asiantuntijuus ja ammatillisuus sekä kokemus neuvonantajana, koska asiakkaalle muodostuu tällöin ensikontakti terveydenhuollon ammattilaiseen. Sairaanhoitaja tekee potilaalle hoidon tarpeen arvioinnin ja ohjaa hänet oikeaan aikaan oikealle hoidon tasolle. Hänellä tulee olla käytettävissä potilaan asiakirjat, mielellään sähköiset, ja mahdollisuus konsultoida lääkäriä. Puhelun jälkeen hänen on kirjattava tiedot yhteydenotosta ja hoidon tarpeen arviosta sähköiseen järjestelmään

(<http://www.kanta.fi/>). Potilas voi jälkikäteen itse tarkistaa hänelle annetut ohjeet Kanta-palvelusta.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Vaasan keskussairaalan päivystyksessä puhelinneuvonnassa käyttöönotetun, mukautetun ISBAR-mallin soveltuvuutta dokumentoinnin tukena.

## 2 Tausta

“Terveystieteiden tutkimuksessa on puhelinta käytetty apuvälineenä siitä lähtien, kun se keksittiin vuonna 1876. Perinteisesti terveydenhuollon neuvoja on annettu puhelimesta muun työn ohella tai on pidetty päivittäin ns. puhelintunti” (Syväoja, Äijälä 2009, 127).

Vaasan keskussairaalan yhteispäivystyksessä annettiin sairaanhoidon puhelinneuvontaa oman työn ohella vuoteen 2014 asti. Maaliskuussa vuonna 2014 päivystys muutti uusiin tiloihin ja alueen kuntien (Vaasa, Mustasaari, Vöyri, Maalahti, Närpiö) yhteinen päivystys aloitti toiminnan 1.10.2014. Tuolloin aloitettiin myös virallinen puhelinneuvonta virka-ajan ulkopuolella uusissa tiloissa alueen asukkaille. Puhelinneuvontaa antavalle sairaanhoitajalle varattiin tilat ja laitteet. Hänellä on käytössään äänieristetty huone, tietokone, korvakuulokkeet sekä kirjallisia ohjeita mapeissa. Tietokoneella on neuvontaa tukevia ohjelmia esim. Terveysportti, Sairas lapsi, Lastentaudit, Lääkkeiden yhteisvaikutukset, Mielenterveystalo, Päihdelinkki, Vårdguide jne. Myöhemmin vielä lisättiin Kuurojen Liiton ehdotuksesta tekstiviestipalvelu. Tämä mahdollisti sen, että henkilöt, jotka eivät voi puhua, voivat lähettää neuvontapyynnön tekstiviestinä. Kuurot saavat vastauksen tekstiviestinä omaan puhelimeensa. Sairanhoitajille annettiin koulutusta puhelinneuvonnasta ja eri tietokannoista. Yhdelle osaston kokeneista sairaanhoitajista annettiin vastuu järjestää koulutusta päivystyksen sairaanhoitajille esimiesten avustuksella.

Sairaanhoitopiirissä on käytössä sähköinen Esko-potilastietojärjestelmä ja Oberon-potilashallintojärjestelmä. Hoitajille luotiin tietokoneelle Word-dokumenttipohja, jonka avulla he kirjasiivat käymänsä keskustelun/ohjauksen potilaan kanssa. Vaasan sairaanhoitopiiri liittyi Kansalliseen Terveysarkistoon 8.11.2015. Omakanta on kansalaisten verkkopalvelu, joka



näyttää terveydenhuollon kirjaamia tietoja potilaasta ja hänen lääkityksestään. Palveluun pääsee Kanta-palvelujen verkkosivuilta sekä osoitteella omakanta.fi. Tämä tarkoitti sitä, että puhelinneuvonnan dokumentoinnissa tehtiin muutoksia, ja potilaat itse pääsevät lukemaan omat tietonsa verkkopankkitunnusten avulla Omakannasta. Kannassa on valmiiksi valitut rakenteelliset otsikot, joiden alle on kirjoitettava kaikki tarpeellinen potilasohjauksesta. Päivystyksen esimiehet muokkasivat pohjan valmiiden otsikoiden avulla. Pääotsikkona oli ”Päivystyksen sairaanhoidon puhelinneuvonta”. Alaotsikkoina käytettiin samoja otsikoita kuin sairaanhoitajan vastaanoton kirjauksessa (tulosityy, esitiedot, nykytila, lääkehoito, suunnitelma, jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot).

Noin vuosi Kannan käyttöönotosta esimiehet havaitsivat puutteita puhelinneuvonnan kirjaamisessa. Sairaanhoitajat tarvitsivat puhelinneuvontaa tukevaa rakenteista ohjausta. Syksyn 2016 aikana esimiehet päätyivät seuraavaan ratkaisuun: puhelinneuvonnassa otetaan käyttöön ISBAR-malli, joka on Vaasan keskussairaalan virallinen raportointimalli. Kyseistä mallia muokattiin niin, että se soveltui hyvin neuvontatyöhön.

Idea lähti liikkeelle Arcadan ”Hyvä puhelu - parempi mieli” -koulutuspäivästä. Marraskuun 9. päivänä muokattu ISBAR-malli otettiin käyttöön. Alaotsikoita muutettiin ISBAR-mallin mukaisesti: etäkontakti = tunnista, esitiedot = tausta, nykytila (status) = nykytilanne, jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot = toimintaehdotus. (katso liite 1). Sairaanhoitajille tiedotettiin kyseisestä muutoksesta yleisissä osaston kokouksissa. Ohje lisättiin myös päivystyksen sähköisiin ohjeisiin. Ohjeesta otettiin mallikappale, joka päällystettiin muovilla ja sijoitettiin puhelinneuvontahuoneeseen. Siten tämä käsikappale on sairaanhoitajilla konkreettisesti käytössä.

## **2.1 ISBAR- menetelmä**

ISBAR-menetelmä on selkeä ja yksinkertainen raportoinnin apuväline. Se sai alkunsa 1990-luvulla Yhdysvaltojen merivoimissa ja levisi sieltä nopeasti ilmavoimiin ja terveydenhuoltoon. ISBAR muodostuu sanoista Identify (tunnista), Situation (tilanne), Background (tausta), Assessment (nykytilanne) ja Recommendation (Toimintaehdotus). Tämän menetelmän avulla voidaan potilasta koskeva tieto muokata selkeään ja tiivistettyyn muotoon. Menetelmää voidaan soveltaa terveydenhuolto-organisaatioissa ja kaikissa tiedonsiirtovaiheissa.

Tiedonkulun ongelmat ja väärinymmärrykset vaarantavat potilasturvallisuuden. (Sairaanhoitajaliitto 2012, 2-6).

ISBAR-menetelmää voidaan käyttää kiireellisissä ja kiireettömissä tilanteissa. Hyvällä kommunikoinnilla varmistetaan potilaalle laadullisesti hyvä hoito. Menetelmän avulla sairaanhoitajat saavat potilaista kaiken tarvittavan tiedon, ja voivat toimia yhdenmukaisesti. (Inkinen et al. 2012).

ISBAR-menetelmää on käytetty ammattihenkilöiden väliseen raportointiin, nyt tästä menetelmästä on implementoitu malli/muoto, jota käytetään sairaanhoitajien tukena kommunikoinnissa potilaiden kanssa puhelinneuvonnassa.

## **2.2 Hoidon tarpeen arviointi puhelimesta**

Terveyden- ja sairaanhoidon neuvonta jaetaan yleiseen ja yksilölliseen terveyden- tai sairaanhoidon neuvontaan. Silloin kun otetaan kantaa henkilön yksilölliseen terveydentilaan ja annetaan yksilöllisiä hoito-ohjeita, muuttuu neuvonta yleisestä neuvonnasta yksilölliseksi. (Syväoja, Äijälä 2009, 128-129).

Lainsäädäntö määrittelee, millaista sairaanhoidon puhelinneuvonnan on oltava Suomessa. Puhelinneuvontaa antavan henkilön on oltava terveydenhuollon ammattilainen. (Syväoja 1999, 19). Terveydenhuollon ammattilaisia ovat laillistetut ammattihenkilöt, nimikesuojatut ammattihenkilöt ja luvan saaneet ammattihenkilöt. Laillistettuja ammattihenkilöitä ovat mm. lääkäri, farmaseutti, sairaanhoitaja, kättilö, terveydenhoitaja. Näihin ammatteihin Valvira (Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto) myöntää laillistuksen, se myös peruu sen tarpeen vaatiessa. Nimikesuojattuja ammattihenkilöitä ovat mm. lähihoitaja, lastenhoitaja, perushoitaja. (Syväoja 1999, 29).

Vaasan keskussairaalan päivystyksessä puhelinneuvontaa antavat terveydenhoitajat, sairaanhoitajat sekä lääkärit. Lähihoitajat, perushoitajat sekä lääkintävahtimestarit ovat rajattu puhelinneuvonnan ulkopuolelle. (Laadullinen tutkimus, Jyväskylän yliopisto 2017).

Lainsäädäntö ei määrittele tarkemmin, kuinka pitkä työkokemus terveydenhuollon ammattihenkilöllä tulee olla, jotta hänellä on oikeus tehdä hoidon tarpeen arviointi. Vaasan päivystyksessä on puhelinneuvontaan vaadittu 1,5 - 2 vuoden työkokemus. Neuvoa antavalla

ammattilaisella on oltava yhteys potilasasiakirjoihin. Tätä edellyttää lainsäädäntö. Hänellä on oltava myös yhteys hoitoa antavaa yksikköön. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että sairaanhoitajalla on konsultaatiomahdollisuus esim. lääkäriin. (Syväoja 1999, 30-33). Tämä konsultaatiomahdollisuus on järjestetty Vaasassa siten, että hoitaja voi aina tarpeen vaatiessa konsultoida perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon lääkäreitä.

Henkilön tunnistaminen puhelinneuvonnassa on vaikeaa, tavallisesti kysytään henkilötunnus, jonka avulla syntyy luottamus soittajan henkilöllisyyteen (Syväoja 2009, 129). Myös Vaasan keskussairaalan päivystyksessä varmistetaan potilaan henkilötunnus puhelun alkuvaiheessa. Tämä helpottaa sairaanhoitajan tekemää arviointia potilaan tilasta, koska hän pääsee tarkastelemaan potilaan aikaisempia käyntejä terveydenhuollon organisaatioissa, esim. lääkityksiä, perussairauksia jne.

Puhelimessa tapahtuva luokittelu on systemaattinen prosessi, jossa hoitaja kartoittaa soittajan sairauden oireet ja ohjaa potilaan hakeutumaan hoitoon välittömästi tai myöhemmin tai antaa kotihoito-ohjeet. Hoitaja tarvitsee tuekseen systemaattisen ohjekirjan, jota hän voi seurata puhelun aikana. Muuten hoitajalta voi jäädä huomaamatta jokin tärkeä yksityiskohta. Tämä taas voi johtaa väärin tulkintoihin. (Briggs 2012, 1).

Julie Briggs on luonut sairaanhoitajille puhelinluokituksen ohjekirjan. Siinä on hyvin tarkkaan jaoteltu lääketieteellisesti eri sairaudet ja niihin liittyvät kysymykset sekä ohjeistukset vastauksineen. Protokolla on erittäin laaja.

Puhelinneuvonnan fyysistä toimipistettä kutsutaan nimellä call center (puhelinpalvelukeskus) tai contact center (yhteyskeskus) tai competence center (osaamiskeskus). Monissa "call centereissä" on yleensä kahdentyyppistä teknologiaa: standardeja toimistosovellutuksia ja erityisiä ohjelmistosovellutuksia. (Syväoja 1999, 127). Vaasan keskussairaalan puhelinneuvonta käyttää operaattori Soneran palveluja. Tässä palvelussa on mahdollista validoida, soittaako suomenkielinen vai ruotsinkielinen potilas, ja kuinka monta potilasta on jonossa puhelinneuvontaan. Ohjelmaan jää myös muistiin sellaiset puhelut, joihin hoitaja ei ole kyennyt tai ehtinyt vastaamaan, ja sairaanhoitaja voi soittaa potilaille takaisin. Tätä kutsutaan call back -soitoksi. Puhelinneuvonnan nauhoitteen tiedotteessa kehoitetaan potilasta soittamaan uudelleen, mikäli emme ole soittaneet takaisin kahden tunnin sisällä. (Vaasan keskussairaala, oppaat, päivystyspoliklinikka). Jos sairaanhoitajalla on useita puheluita jonossa, hän voi

pyytää myös toista sairaanhoitajaa vastaamaan puheluihin. Tämä on tärkeä päätöksentekovaihe, koska myös tällä toimenpiteellä varmistetaan, että potilaat saavat riittävän avun tarpeeksi nopeasti.

Puhelinpalvelutyötä tekevät hoitajat tekevät hoidon tarpeen arvioinnin ilman näköyhteyttä tai fyysistä kontaktia. Sairaanhoitajien on voitava luottaa omiin kommunikointikykyihinsä, tietoon hoitoprosesseista sekä eri-ikäisten ihmisten kasvusta ja kehitymisestä. (Syväoja 2009, 132). Tämä korostuu juuri Patricia Bennerin teoriassa Aloittelijasta asiantuntijaksi. Puhelinneuvonnassa toimiva sairaanhoitaja tarvitsee riittävän teoriapohjan, mutta myös kokemuksen, jotta hän pystyy laaja-alaisesti tekemään hoidon tarpeen arvioinnin. Benner kirjoittaa myös kliinisestä päättelykyvystä. "Kokenut sairaanhoitaja pystyy ymmärtämään potilaan sairauskokemuksen ja vastaamaan siihen, ei abstraktin luokittelun - kuten hoitotieteen diagnoosien – keinoin, vaan pikemmin tuntemalla kulloisenkin potilaan, hänen reagoititapansa, kertomuksensa ja sairauden osuuden siinä". (Benner 1999, 17). Sairaanhoitaja tarvitsee kokemuksen, jonka kautta karttunut kliininen tieto herkistää sairaanhoitajan tunnistamaan eri tilanteiden vivahteet. (Benner 1999, 17).

Itseäni kiinnostava aspekti on Bennerin kuvaaman intuition merkitys sairaanhoitajan tekemässä päätöksenteossa. "Lähes kaikissa tutkimuksissa intuitio kuvataan kliinisen tilanteen välittömäksi ymmärtämiseksi, ja se on samankaltaisten tilanteiden aiheuttama tuttuuden funktio". (Benner 1999, 27). Tästä intuitiosta myös nykyisin sairaanhoitajat keskustelevat keskenään. Juuri kokemus erilaisista tilanteista tuo sairaanhoitajan tekemälle arvioinnille lisäarvoa. Hänelle tulee tuttuuden tunne, että on ollut mukana aikaisemminkin vastaavanlaisessa tilanteessa. Näin hänen on helpompi tehdä hoidon tarpeen arviointia.

### **2.3 Hoidon tarpeen arviointi**

"Hoidon tarpeen arviointi tarkoittaa ammattilaisen tekemää arviointia potilaan hoitoon pääsystä ja hoidon kiireellisyydestä". (Syväoja 1999, 9). Valtioneuvoston asetuksessa (1.3.2005) on tarkasti selvitetty potilaan oikeudesta hoidon tarpeen arviointiin. Siinä myös kerrotaan, että terveydenhuollon ammattilaisen tulee pyrkiä tunnistamaan potilas ja myös, jos joku muu ottaa yhteyttä potilaan puolesta. Samoin potilasasiakirjamerkinnyt tulee tehdä hoidon tarpeen arvioinnista, hoito-ohjeista tai toimenpide-ehdotuksesta. (Syväoja 1999, 9-14).

Potilaalle ei ole kuitenkaan luotu subjektiivista oikeutta päästä hoitoon, koska hoidosta päättää terveydenhuollon ammattilainen. Sairaanhoitaja tekee arvioinnin kokemuksensa ja ohjeistuksen mukaisesti. Terveydenhuollon organisaatioissa tai puhelinneuvonta-keskuksissa on ohjeistukset potilaiden ohjaamisesta.

Vuorovaikutuksella on keskeinen merkitys hoidon tarpeen arvioinnin osuvuudessa. Tällä tarkoitetaan sitä, että arvioija tekee oikean päätöksen hoitoon pääsystä. Oikeaan päätöksentekoon hoitaja pääsee haastatteleamalla ja kuuntelemalla potilasta, samalla hän saa tietoa potilaasta havainnoimalla. Tätä tietoa hän ei saa puhelimesta, vaan hän joutuu kiinnittämään huomioita potilaan ilmaisutapaan. Hoitajan on luotettava potilaan kertomukseen, hänen on luotava luottamus potilaaseen, jotta potilas uskaltaa kertoa arkaluonteisiakin asioita. Pitkä jonotusaika puhelimesta voi vaikeuttaa luottamuksellista vuorovaikutusta. Hoidon tarpeen arviointia tekevät hoitajat voivat joutua tunnepurkauksien kohteeksi. Esimerkiksi potilas vaatii kiireellisempää hoitoa kuin tarvitsisi. (Syväoja 2009, 56-59).

## **2.4 Hoidon kiireellisyyden arviointi**

Päivystyspotilaiden seulonnassa käytetään hyvin yleisesti triage-luokitusta. Näin saadaan eroteltua potilaat, jotka tarvitsevat hoitoa nopeasti ja ne, jotka voivat odottaa. (Syväoja 1999, 94).

Vaasan keskussairaalan kiireellisyyden arviointi tapahtuu ABCDE-triage-mallin avulla. Pohjana on käytetty alun perin HUS:n päivystyshankkeessa luotua luokittelua. Tätä luokittelua on muokattu yhdessä keskussairaalan ylilääkäreiden kanssa ja he ovat hyväksyneet käytössä olevan triage-manuaalin. Tästä manuaalista on tehty sähköinen versio logistiikkajärjestelmän avulla. Tämä järjestelmä otettiin käyttöön Vaasan päivystyksessä joulukuussa 2013 ja ohjelmaa on kehitetty jatkuvasti. Logistiikkaohjelma sisältää triage-työkalun, jossa eri potilasryhmille on suunnitellut pohjat mitattujen vitaaliarvojen tallennukseen, sekä oirelistauksen. Kirjattujen arvojen perusteella ohjelma antaa ehdotuksen triage-luokasta eli kiireellisyydestä. Ohjelmassa on erikseen vitaaliarvojen luokittelut aikuis- ja lapsipotilaille. Lapsipotilaiden kohdalla on myös otettu huomioon ikäryhmittäiset jaottelut. Kyseisessä projektissa oli mukana myös Uumajan yliopistollisen sairaalan päivystys. Projektiin oli myönnetty EU-tukirahaa, joka mahdollisti sähköisen kirjaamisalustan hankkimisen. Tämä malli ns. ABCDE-malli, jota on eniten käytetty Suomessa.

Triage-luokituksessa käytetään eri värikoodeja kertomaan, kuinka akuutisti sairastunut potilas on. Se kertoo myös lääkärille, kuinka nopeasti potilas on tutkittava. Vaasassa on käytössä viisi eri väriä. Punainen väri tarkoittaa, että potilaan tila on hengenvaarallinen ja lääkärin on tutkittava potilas välittömästi, valvontaa on suoritettava jatkuvasti ja kirjaaminen tapahtuu 20-30 minuutin välein, esim. isot traumat. Keltainen väri tarkoittaa, että potilas tarvitsee hoitoa erittäin kiireellisesti ja lääkärin on tutkittava potilas 10 minuutin sisällä, valvonta tapahtuu 15 minuutin välein ja potilaalla on telemetriaseuranta, kirjaaminen tapahtuu 30-45 minuutin välein. Oranssi väri tarkoittaa, että lääkärin on tutkittava potilas tunnin sisällä, valvonta tapahtuu aina, jos kaksi triage-parametria täyttyy, kirjaaminen tapahtuu tunnin välein. Vihreä väri tarkoittaa, että potilas voi odottaa yli kaksi tuntia lääkärin tutkimusta, valvonta tapahtuu tunnin välein ja kirjaaminen 2 - 2,5 tunnin välein

	Hengitystiet	Saturaatio ja hengitystaajuus	RR systolinen / Pulssi	Tajunnantaso	Lämpö
<b>A</b>	Striidoja / hengitystietukos	Sat 0-90% hapella, Sat 0-86% ilman O2 HT 0-7 tai $\geq 31$	RR 0-89 P 0-37 tai $\geq 161$	Kouristele GCS 3-8	0-32,9
<b>B</b>		Sat 87-90% ilman O2 HT 25 - 30	RR 90-99 tai $\geq 220$ P 38-40 tai 130-160	GCS 9-13	$\geq 40,1$ tai 33,0-34,9
<b>C</b>		Sat 91-95% ilman O2 HT 8-11 tai 21-24	RR 100-110 tai 196-219 P 41-45 tai 91-129	GCS 14	38,5-40,0
<b>D</b>		Sat 96-100% ilman O2 HT 12-20	RR 111-195 P 46-90	GCS 15	35,0-38,4

Neutropeeninen / sytostaattipot. /immunosuppressio elinsiirtopot. + kuume  $\geq 38 \rightarrow B$   
10.2.15 -

Mika-

Sepsisepäily: Kuume  $\geq 38,0 + 3 \times C \rightarrow B$

Kangasmäki

			Valvonta	Kirjaaminen
<b>A</b>	Lääkäri katsoo heti	jatkuvat mittaukset	jatkuva	20-30 min välein
<b>B</b>	Seuraavana potilaana < 10 min	Mittaukset 15 min välein	Kontrolli 15min välein ja telemetria	30-45 min välein
<b>C</b>	< 1h lääkärielle	Telemetria seuranta aina, jos 2 parametria täyttyy	Kontrolli 30 min välein, telemetria harkinnan mukaan	1h välein
<b>D</b>	< 2h lääkärielle		Kontrolli 60 min välein, vuodepotilas 30 min välein, + soittokello	2 - 2,5h välein

10.2.15 -  
Mika-  
Kangasmäki

### Uudelleenpriorisoinnit kirjataan aina.

Tätä triage-luokittelua käytetään myös sairaanhoidon puhelinneuvonnassa Vaasan päivystyksessä. Se on lisätty ISBAR-mallin vaiheeseen, jossa hoitaja kartoittaa potilaan nykytilan (arvioi yleistilan, vitaalielintoiminnot ABCDE-toimintamallia apuna käyttäen sekä tilan kehittymisen).

### 3 Aikaisemmat tutkimukset

Aikaisempia tutkimuksia, joissa olisi suoraan tutkittu ISBAR-menetelmän käyttöä puhelinneuvonnassa potilaiden kanssa, en löytänyt. Tutkimuksia, jotka sivuavat aihetta, löysin useita. Useimmat tutkimukset ovat kohdistuneet eri ammattiryhmien väliseen vuorovaikutukseen. Tutkimuksista päällimmäiseksi nousee potilasturvallisuus ja sen parantuminen.

#### 3.1 Potilasturvallisuus

Yksi erinomainen tutkimus on esitelty Practice Perfect -artikkelissa January 2017/ Podiatry Management: SBAR: A Better Way to Communicate, his system helps avoid miscommunication. Siinä kerrotaan, että yksi syy (65%) lääketieteellisiin virheisiin on tehoton kommunikointi. Tiedostoissa, jotka Joint Commission (Yhteinen komissio) oli hankkinut

vuosina 2010 – 2013, mainittiin kommunikoinnin ongelmien olevan kolmen tavallisimman syyn (“top three root”) joukossa. Tämän takia Yhteinen komissio sääti vuoden 2016 tammikuussa “Kansallisen potilasturvallisuuden tavoitteeksi 2” parantaa kommunikaatiota tehokkaasti hoitotyöntekijöiden keskuudessa. SBAR-menetelmän käyttö kommunikoinnin apuvälineenä edistää laatua ja potilasturvallisuutta. SBAR sallii tehokkaan ja ennustettavissa olevan tiedon jakamisen luomalla yhteisen ajatusmallin. Jokaisella, joka osallistuu potilaan kohtaamiseen, on samanlainen näkökulma tärkeimmistä kohdista.

Woodhall ja hänen työkaverinsa suorittivat tutkimuksen sairaanhoitajien ja lääkäreiden keskuudessa Magee Women’s Hospital, University of Pittsburgh Medical Center:issä ennen SBAR-menetelmän käyttöönottoa ja sen jälkeen. He saivat merkittäviä tuloksia siitä, että sairaalan henkilökunnan käsitys kommunikoinnista oli parantunut. Jos kommunikointi oli parantunut, oliko myös potilaan hoito laadullisesti kehittynyt? Parantaako SBAR kommunikointituloksia?

DeMeester ja hänen asiakkaansa suorittivat tutkimuksen Antwerp University Hospital:issa. Tutkimuksessa oli mukana 573 potilaspaikkaa. He tutkivat vaikeasti haitallisia tapahtumia ennen ja jälkeen SBAR-menetelmän käyttöönoton. He huomasivat, että suunnittelemattomat ICU-tapaukset lisääntyivät ja potilaiden odottamattomat kuolemat vähentyivät (p values < 0.001).

Tarvitaan kuitenkin enemmän tutkimuksia osoittamaan SBAR-menetelmän tehokkuus. Johdonmukaisesti ajateltuna SBAR-menetelmä auttaa henkilöä ajattelemaan tilannetta jo ennen kommunikointia ja luo yhtenäisen ajatusmallin. (Shapiro, 2017. SBAR: A Better Way to Communicate, his system helps avoid miscommunication. *Practice Perfect*, january).

Artikkelissa “Using the SBAR Communication Technique To Improve Nurse-Physician Phone Communication”(www.aaacn.org) kerrotaan sairaanhoitajan ja lääkärin välisestä puhelinkommunikoinnista.

Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO):n Joint Commission:in mukaan kommunikoinnin virheet ovat pohjimmainen syy 70%:ssa haittatapahtumissa, ja 75%:ssa kommunikoinnin virheet ovat mukana potilaiden kuolemissa. (Leonard, Graham, & Bonacum, 2004). JCAHO ja IHI (Institute for Healthcare Improvement) käyttävät kommunikoinnin



menetelmänä SBAR-menetelmää. Valitettavasti, jopa kirjallisuudessa, arvostellaan terveydenhuollon kommunikoinnin ongelmia sekä myös SBAR-tuen näytön puutetta. IHI ylläpitää SBAR-keskusteluryhmiä, joissa ammattilaiset etsivät tietoa siitä, kuinka voidaan implementoida ja mitata tehokkuutta. Voisiko SBAR-menetelmä helpottaa suullista kommunikointia, tai voisiko hoitajilta edellyttää tämän menetelmän käyttöä jokaisen puhelun kohdalla? Parantaako SBAR kommunikointia, vai ovatko parannukset toissijaisia muihin tekijöihin nähden? Kuinka tulokset pitää mitata ja miten? Ennen laajan koulutusohjelman täytäntöönpanoa opetettaisiin SBAR-menetelmän käyttöä helpottamaan hoitajan ja lääkärin välistä puhelinkommunikointia. Esitutkimus toteutettiin yrittämällä identifioida ongelmat ennen kuin rahaa ja aikaa oli investoitu. Vaikka tutkimus ei tuottanut tilastollisesti merkittävää tietoa SBAR-menetelmän tuesta, se tasoitti implementoinnin prosessia.

Dr. Michael Leonard of Kaiser Permanente, Colorado, on tehnyt laajan tutkimuksen SBAR-työkalusta. Hän uskoo, että hoitajat ja lääkärit on koulutettu eri tavalla, ja täten kun he kommunikoivat keskenään, tuntuu siltä kuin he puhuisivat vierasta kieltä (Groff & Augello, 2003). Dr. Leonardin mukaan hoitajat ovat harjoitelleet olemaan oikein kuvailevia, koska he ajattelevat, että lääkäreiden tehtävänä on määrittellä diagnoosi. Lääkärit puolestaan ajattelevat olevansa ytimekkäitä. Sillä aikaa, kun hoitaja puhuu puhelimesta, odottaa lääkäri, että hoitaja pääsisi asian ytimeen. Dr. Leonard uskoo, että hoitajat ja lääkärit tarvitsevat yhteensovituksen erilaisuutensa vuoksi tehostaakseen kommunikointiaan. SBAR tarjoaa ennustettavissa olevan rakennelman kommunikaatiolle ja edistää kriittistä ajattelua.

Esitutkimuksen tarkoituksena oli implementoida SBAR-työkalu ja mitata sen tehokkuutta. Tuloksia oli tarkoituksena käyttää koulutukseen. Esitutkimuksessa oli kaksi hypoteesia ja ne oli testattu. Ensimmäinen hypoteesi oli, että hoitajat harjoittelevat SBAR-työkalua silloin, kun he soittavat lääkäriille ja heidän ahdistuksensa pienenee, kuten tapahtui Likert-style - tutkimuksessa. Likert-asteikko on kyselylomakkeissa usein käytettävä vastausasteikko. Asteikossa on joukko erilaisia väittämiä, jotka ilmaisevat sekä kielteistä että myönteistä asennetta kysyttävään asiaan. Vastaaja arvioi väittämiä viisiportaisella asteikolla, jonka vastausvaihtoehdot ovat esimerkiksi: *täysin eri mieltä, jokseenkin eri mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, jokseenkin samaa mieltä, täysin samaa mieltä.* (<https://peda.net/ohjeet/ty%C3%B6v%C3%A4lineet/lomake/likert>). Toinen hypoteesi oli, että hoitajat osoittaisivat hallitsevansa ja omaavansa vahvemmat käsitykset omista taidoistaan soittaessaan lääkäriille. Esitutkimuksessa käytettiin tätä Likert-asteikkoa. Tutkimuksen

tuloksissa ei löytynyt merkittävää eroa pre- ja post-harjoittelulla ahdistukseen ja taitoihin. Kuitenkin lopullisen tiedon analyysi tuotti muutamia mielenkiintoisia löytöjä. Kun poistettiin yksi osuus; taidon ja ahdistuksen mittaus, työkalun havaittiin olevan johdonmukainen. Totaali yhteisanalyysi tuotti arvon  $p = 0.000$  ja  $0.002$ .

Vaikka tulos ei tue tutkimuksen olettamuksia, se ei tarkoita, että SBAR olisi hyödytön työkalu. Tulos osoittaa, että harjoittelu tulee keskittää vähemmän kokemusta omaaviin sairaanhoitajiin. Tutkimus osoitti myös, että nämä noviisit sairaanhoitajat tunsivat olonsa mukavammaksi käyttäessään SBAR-ohjetta soittaessaan puhelimella. (Joffe, E., Turley, J., Hwang, K., Johnson, T., Johnson, C., Bernstam, E. 2013. Using the **SBAR** communication technique to improve nurse-physician phone communication: a pilot study. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 495-501.)

### 3.2 Päätöksenteko

Tässä tutkimuksessa Purc-Stephenson ja Thrasher ovat tutkineet (meta-ethnography) sairaanhoitajien kokemuksia puhelinneuvonnassa, siinä tehtyjä kiireellisyysluokitteluja ja neuvoja ja tekijöitä, jotka helpottavat tai estävät päätöksentekoprosessia.

Puhelimessa tapahtuva triage ja neuvontapalvelut ovat nopeasti kasvava kehitys terveydenhuollossa. Toisin kuin perinteinen sairaanhoito, "telenurses" (puhelinhoitajat) tarjoavat triage-suosituksia ja neuvoja suurelle yleisölle ilman visuaalista kontaktia. Tutkimus tehtiin tietokannoista (1980-2008).

He havaitsivat viisi suurta teemaa: yleiset ongelmat ja huolenaiheet, puhelinhoitajien hankkimat kokemukset ja taidot, itsenäisyys, uusi työympäristö, kokonaisvaltainen arviointi ja stressi. Tutkimuksessa oli kolmivaiheinen malli, joka tuotti kuvauksen päätöksentekoprosessista. Puhelinhoitajat korostivat, miten arvioinnit riippuvat pitkälti kykyyn "rakentaa kuva" potilaan terveydestä.

Puhelinhoitajat saivat kokea erilaisia yhteisiä huolenaiheita ja kysymyksiä, jotka joko estävät tai helpottavat päätöksentekoprosessia. Vaikka on tärkeää "rakentaa kuva" potilaan terveydestä, hoitajan on vaikea toimia neuvona antavana ja samalla portinvartijana terveydenhuollossa. (Purc-Stephenson RG. & Thrasher C., 2010. Nurses experiences with telephone triage and advice: a meta-ethnography.)

#### 4 Tavoite ja kysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää muokatun ISBAR-mallin käyttökelpoisuutta päivystyksen puhelinneuvonnan dokumentoinnin kehittämisessä.

On tärkeää, että potilaalle muodostuu selkeä kuva siitä, mihin päätökseen hoidon tarpeen arvioinnissa on päädytty puhelun aikana. Potilas voi puhelun jälkeen käydä itse tarkistamassa Omakannassa hänelle annetut hoito-ohjeet. Täten hän voi vielä varmistaa, ymmärsikö hän oikein sairaanhoitajan antaman neuvonnan (Seppälä. Arcadan luentopäivä "Hyvä puhelu - parempi mieli, 21.9.2016).

"Potilaalle on annettava riittävät, tarvittaessa kirjalliset ohjeet siitä, miten hän voi seurata oireitaan, missä tilanteessa hänen on tarpeen ottaa yhteyttä terveydenhuollon ammattihenkilöön ja missä jatkohoito tapahtuu (Terveydenhuoltolaki (1326/2010) 50. pykälä. (652/2013), luku 1, 9. pykälä).

Terveydenhuoltoalan ammattilaiselle ISBAR-malli selventää puhelun kulkua. Hänellä on selkeä toimintaohje, jonka mukaan hän ohjaa neuvontaa. Samalla tämä malli toimii tarkistuslistana. Hoitaja voi vielä puhelun lopussa nopeasti yhdellä silmäyksellä varmistaa, että kaikki oleellinen on otettu huomioon. Kirjauksessa hoitajalla on selkeät otsikot, joiden mukaan hän toimii.

Seuraaviin kysymyksiin haettiin vastauksia tällä tutkimuksella:

1. Miten muokattu ISBAR-malli soveltuu puhelinneuvontaan?
2. Muuttuiko sairaanhoitajien kirjaaminen selkeämmäksi?
3. Kirjaako sairaanhoitaja jokaisen otsikon alle?
4. Mikä on puheluiden määrä viikossa?
5. Lisääntyvätkö puhelut vuoden 2017 alusta, kun päivystys otti käyttöön seuraavan ohjauksen potilaille: Soita aina ensin sairaanhoidon puhelinneuvontaan, ennen lähtöäsi päivystykseen öiseen aikaan klo 22-08.
6. Tuliko puhelinneuvonta laadullisesti paremmaksi mukautetun ISBAR-mallin avulla?
7. Kirjasivatko sairaanhoitajat potilaan kanssa käydyn puhelun potilaan omalla äidinkielellä?

## 5 Teoreettinen viitekehys

### 5.1 Patricia Bennerin hoitotyön teoria

Käytän tässä tutkimustyössä teoreettisena viitekehystenä Patricia Bennerin teoriaa Aloittelijasta asiantuntijaksi. “Benner sovelsi kliiniseen hoitotyöhön Dreyfusin ja Dreyfusin (1980;1086) mallia taitojen hankkimisesta ja kehittymisestä”. (Marriner-Tomey 1994, 160). Tämän mallin mukaan kaikki käytännön tilanteet ovat monimutkaisempia kuin muodolliset mallit ja teoriat. (Marriner-Tomey 1994, 164). Malli kuvaa viittä taidon hankkimisen ja kehittymisen tasoa. Nämä tasot ovat noviisi, edistynyt aloittelija, pätevä, taitava ja asiantuntija. Noviiisissa vaiheessa olevalla aloittelijoilla ei ole kokemusta tilanteista, joissa heidän odotetaan toimivan. Noviiisin toiminta on erittäin rajoitettua ja joustamatonta, ja he pyrkivät noudattamaan heille annettuja sääntöjä. Nämä säännöt kuitenkin estävät tehokkaan toiminnan. Opiskelijat eivät kuitenkaan ole ainoita noviiseja, vaan jokainen sairaanhoitaja joutuu kliiniseen tilanteeseen, josta hänellä ei ole kokemuksia. Hänelle ovat hoitotyön tavoitteet ja menetelmät vieraita ja hän toimii noviiisin tasolla. (Benner 1993, 33-34).

Edistyneessä vaiheessa oleva sairaanhoitajat kykenevät vähimmäisvaatimuksiin täyttyviin suorituksiin. He ovat joutuneet riittävästi jo todellisiin tilanteisiin, jotka toistuvat. Tällaisia toistuvia osatekijöitä Dreyfus nimittää “tilanteen aspekteiksi”. Aspektin tunnistaminen edellyttää aikaisempaa kokemusta todellisista tilanteista. Tässä vaiheessa on tärkeää, että kyseiset hoitajat saavat riittävästi tukea ja ohjausta. (Benner 1993,34-36).

Pätevässä vaiheessa oleva sairaanhoitaja alkaa nähdä oman toimintansa suunnitelmallisena, ja että hänen toimintansa on tietoisien pitkäaikaisten tavoitteiden saavuttamista. Tyypillinen tämän vaiheen hoitaja on toiminut 2-3 vuotta saman tyyppisissä tehtävissä. Hoitaja kykenee jo seulomaan, mitkä aspektit ovat tärkeimpiä ja mitkä voi jättää huomioimatta. Taitavan hoitajan nopeus ja joustavuus puuttuvat pätevässä vaiheessa olevalta sairaanhoitajalta. Hän kykenee selviytymään jo monista kliinisistä hoitotyöhön liittyvistä tilanteista ja kokee hallitsevansa asiat. (Benner 1993, 37-38).

Taitavassa vaiheessa oleva sairaanhoitaja huomioi tilannetta kokonaisuutena ja hänen toimintaansa ohjaavat maksiimit. “Ammattitaitoiset sairaanhoitajat antavat yleensä viitteellisiä ohjeita, joista on hyötyä vain niille, joilla on syvälinen kokonaiskuva tilanteesta”. (Benner

1993, 25). Näitä kutsutaan maksiimeiksi. Taitava hoitajan näkökulma avautuu aiempien kokemusten perusteella. Hän on oppinut, millaisia tapahtumia kussakin tilanteessa voi odottaa, ja miten suunnitelmia muutetaan tapahtumien mukaan. Hänellä on kokemusperäinen kyky ymmärtää kokonaistilanne. Tämä näkemys auttaa hoitajaa päätöksenteossa. Taitava hoitaja kykenee havaitsemaan potilaan tilan huonontumisen merkit, ennen kuin vitaalitoiminnoissa ilmenee muutoksia. Taitoa sanotaan varhaisten varoitusmerkkien toteamiseksi. Taitavat hoitajat ovat toimineet 3-5 vuotta samanlaisissa yksiköissä. (Benner 1993, 38-41).

Asiantuntijavaiheessa olevalla sairaanhoitajalla on valtava määrä kokemuksia ja intuitiivinen ote tilanteisiin. Hän toimii kokonaistilanteen syvällisen ymmärtämisen pohjalta. Kaikki hoitajat eivät kykene saavuttamaan asiantuntijan tasoa. (Benner 1993, 41-44). Asiantuntijat pystyvät lukemaan tilanteita, tunnistamaan muutokset ja laajentamaan käsityksensä koko tilanteesta. He kykenevät näkemään olennaiset asiat ja reagoimaan niihin käyttäen hyödykseen intuitiivisia kytkentöjä olennaiseen. (Benner 1999, 174).

Tulokset tukevat Bennerin teoriaa, että mitä enemmän hoitajilla on kokemusta, sitä paremmin hoitajat pystyvät reagoimaan erilaisiin tilanteisiin, tunnistavat muutoksia herkemmin ja saavat kokonaiskäsityksen tilanteesta.

## **5.2 Hoitotyön kirjaaminen ja päätöksenteko**

Kirjaamisella tarkoitetaan merkitsemistä, panna tai viedä kirjaan, kirjoihin ja usein myös luettelointia. Kirjaamisesta käytetään usein myös sanaa dokumentoida. Hoitotyön kirjaamisen tehtävänä on antaa selkeä kuva potilaan hoitotyön prosessista: tarpeen määrittely, tavoitteet, menetelmät ja arviointi. (Hallila 1998, 17-19). Hoitotyön prosessi on tietoista ja aktiivista ajattelua ja päätöksentekoa. Nykyisen Suomen lainsäädännön mukaan potilaalla/asiakkaalla on oikeus saada itselleen häntä koskevat hoidolliset tiedot. (Terveystieteiden la (1326/2010) 50. pykälä. (652/2013), luku 1, 9. pykälä). Tämän vuoksi on erittäin tärkeää, että hoitajat tekevät dokumentoinnit huolella.

Hoitotyön kirjaamisessa tulee ottaa huomioon myös eettiset velvoitteet, koska terveydenhuollossa ollaan jatkuvasti tekemisissä ihmisen elämän peruskysymysten kanssa. Sairaanhoitajaliitto on julkaissut vuonna 1996 sairaanhoitajien eettiset ohjeet. (Sairaanhoitajan

eettiset ohjeet 2014). Hoitotyön kirjaamista jäsentää myös hoitotyön prosessimenetelmän käyttö. “Hoitotyön prosessimenetelmä tarkoittaa Yura & Walshin (1983) vuonna 1967 julkaiseman klassisen määritelmän mukaan järjestäytyntä, systemaattista tapaa määritellä terveydenhuollon asiakkaan terveydentilaa, täsmentää inhimillisten tarpeiden tyydyttämiseen liittyvien ongelmien määrittelyä, tehdä suunnitelmia niiden ratkaisemiseksi, panna suunnitelmat täytäntöön ja arvioida, missä määrin suunnitellut toimet olivat tehokkaita optimaalisen hyvinvoinnin edistämässä ja todettujen terveysongelmien ratkaisemisessa”. (Hallila 2005, 24).

“Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilaskertomusjärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. Kirjaaminen koostuu ydintiedoista, termistöstä sekä niitä täydentävistä kertovista teksteistä”. (Saranto 2007, 14).

Päätöksenteko on monimutkainen, kriittisen ajattelun informaation kokoamisproessin integraatio, jota sairaanhoitajat käyttävät tehdessään päätöksiä yhdessä potilaan tai heidän läheisten kanssa. Päätöksentekoprosesseja on erilaisia. Bennerin mukaan hoitajat tekevät rationaalisten päätösten lisäksi intuitiiviseen tietoon perustuvia päätöksiä. Mitä kokeneempi sairaanhoitaja on, sitä enemmän hänen päätöksentekonsa perustana on kokonaisvaltainen ja tilannesidonnainen näkemys potilaan tilanteesta. Tämän hoitaja kirjaa hoitotyön suunnitelmaan. Kirjaamisen hallintaan heijastuu taito tehdä hoitotyön päätöksiä. Päätöksentekoprosessia kuvaa viitekehys, jossa vastataan kysymyksiin mitä, miten ja miksi. (Hallila 1998 s. 40-44). Näitä samoja kysymyksiä sisältää myös ISBAR- menetelmä.

Ihmisen terveyden, sairauden ja niiden hoitamisesta koskevasta tiedosta muodostuu hoidollisen päätöksenteon sisältö. Päätöksenteossa käytetyt ajatteluprosessit ovat analyyttinen, intuitiivinen tai näiden ajatteluprosessien yhdistelmä. Hoitotyössä on useimmiten tutkittu rationaalista ajatteluprosessia. Sen avulla edetään askel askeleelta eri vaiheiden kautta päätökseen. Intuitiivisessa ajatteluprosessissa on olennaista kokonaistilanteen nopea hahmottaminen ja siinä esiintyvien oleellisten ongelmien oivaltaminen. Analyyttinen ja intuitiivinen ajatteluprosessi eivät sulje toisiaan pois, vaan toimivat yhdessä ja täydentävät toisiaan. (Lauri 1998, 9-11). Puhelinneuvonnassa korostuu juuri tämä kokonaistilanteen nopean hallinta, kyky oivaltaa potilaan “häätä” ja auttaa häntä tässä tilanteessa. Tuekseen

sairaanhoitaja tarvitsee manuaalin, jota hän voi seurata ja aina palata tarkistaakseen, onko hän muistanut kaiken tarpeellisen.

Hoitotyön kirjaaminen, johon sisältyy myös sairaanhoidon puhelinneuvonta, tapahtuu Vaasan keskussairaalan päivystyksessä sähköisesti. Nykyinen sähköinen versio ei palvele riittävän hyvin päivystyksen potilaita. Siitä puuttuu rakenne, joka ohjaisi päivystyspotilaan hoitoprosessia. Puhelinneuvonnassa on käytössä kansallinen terveysrekisteri, jossa on rakenteelliset otsikot. Otsikkoja ei voi itse muokata. Tämän vuoksi on tärkeää, että sairaanhoitajilla on tarkat ja hyvät ohjeet, mitä kunkin otsikon alle kirjoitetaan.

### **5.3 Hoitotyön kirjaamista koskeva lainsäädäntö**

Hoitotyön kirjaamista säätelevät monet lait, asetukset ja ohjeet. Ne löytyvät sähköisessä muodossa [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi) -tietokannasta. Terveystieteiden työntekijöiden on hyvä tuntee nämä säädökset, koska ne ohjaavat hänen toimintaansa. Hoitotyön kirjaamista koskevia lakeja ovat: potilasvahinkolaki, erikoissairaanhoitolaki, mielenterveyslaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, henkilötietolaki, laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta, hallintolaki, Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoja koskeva asetus ja opas terveydenhuoltohenkilöstölle, STM:n opas 2001:3. (Hallila 2005, 19). Lakeihin tulee jatkuvasti muutoksia, ja tämän takia sairaanhoitajan on päivitettävä omia tietojaan jatkuvasti.

Suomeen ollaan rakennettu Kansallinen Terveysarkisto (Kanta), joka on yhteinen nimitys terveydenhuollon, apteekkien ja kansalaisten valtakunnallisille tietojärjestelmäpalveluille. Sähköiset potilaskertomukset arkistoidaan eArkistoon. (Iivanainen 2013, 21).

### **5.4 Kommunikointi**

Kommunikaatio luo edellytykset tiedon vaihtamiseen ja oppimiseen. "Kommunikointi on kielellä, merkeillä tai symboleilla viestimistä mukaan lukien viestien ymmärtäminen ja tuottaminen, keskustelun jatkaminen sekä kommunikointilaitteiden ja -tekniikoiden käyttäminen." (Vammaispalvelujen käsikirja 2014).

Sairaanhoitaja tarvitsee työssään kaikkia näitä kommunikointiin liittyviä välineitä. Siksi hänen on hyvä tiedostaa ja harjoitella omaa kommunikointiaan, jotta hän kykenee hyvin ymmärtämään potilasta ja auttamaan häntä.

NLP (Neuro-Linguistic Programming) jaottelee ihmiset eri ryhmiin kommunikaatiossa, sen mukaan mitä aistikanavaa he pääasiallisesti käyttävät tiedon vastaanottamisessa, sen muistamisessa ja puheen tuottamisessa. Puhelinneuvonnassa tämä tieto voi auttaa hoitajaa ymmärtämään paremmin potilasta. Nämä ryhmät ovat visuaalinen, auditiivinen ja kinesteettinen. Visuaalinen tarkoittaa, että henkilö prosessoi maailmaa silmillään ja näkee mielessään mielikuvia ja filmejä. Auditiivinen tarkoittaa, että henkilö prosessoi maailmaan kuulemansa perusteella ja taltioi sanat muistiinsa peräkkäin. Kinesteettinen tarkoittaa, että henkilö kokee puheen. (Syväoja 2009, 59-61).

## **6 Menetelmä**

Käytän tässä opinnäytetyössä aineistolähtöistä sisällönanalyysimenetelmää. Analysoin potilasdokumenttien sisältöä. Teen vertailun kahden eri vuoden välillä, 2016 ja 2017. Päivystyksen yksikön esimies poimi sairaanhoitajien kirjaamat puhelinneuvonta-dokumentit yhden viikon ajalta sovituilta vuosilta. Aineistosta oli poistettu potilastunnisteet. Aineisto luettiin useaan otteeseen ja koottiin taulukoksi, jotta vertailu pystyttiin suorittamaan. Aineisto tuhottiin koodauksen jälkeen.

Vertailussa merkittiin sisällöt ja koottiin niille yhteiset otsikot vertailua varten. Vastausta haettiin siihen, että parantaako mukautettu ISBAR-malli sairaanhoitajien laadullista rakenteista kirjaamista.

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus, jossa pyritään ymmärtämään kohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä kokonaisvaltaisesti. Tällä tarkoitetaan ilmiön merkityksen tai tarkoituksen selvittämistä sekä kokonaisvaltaisen ja syvemmän käsityksen saamista ilmiöistä. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään yleensä harkinnanvaraista otantaa. Tutkittavia yksiköitä ei valita kovin suurta määrää ja niitä tutkitaan perusteellisesti, jolloin tärkeää on aineiston laatu. Aineiston koolla on silti myös merkitystä, aineiston tulisi olla kattava suhteessa siihen, millaista analyysia ja tulkintaa siitä aiotaan tehdä.



Aineisto pyritään valitsemaan tarkoituksenmukaisesti ja teoreettisesti perustellen. (Laadullinen-tutkimus. Jyväskylän yliopisto).

Kvalitatiivisen tutkimuksen käyttöalueiksi voidaan kuvata uusia tutkimusalueita, joista ei vielä tiedetä juuri mitään. Lisäksi kvalitatiivinen tutkimus sopii olemassa olevaan tutkimusalueeseen, jos siihen halutaan saada uusi näkökulma tai epäillä teorian tai käsitteen merkitystä. Myös asian tutkiminen ymmärtämisen näkökulmasta voi olla valinnan perusteena. Kvalitatiivisen tutkimuksen eri lähestymistapojen yhtäläisenä tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia ja eroja. (Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen K., 2009, 66).

Kvalitatiivisen tutkimuksen tunnuspiirteitä on esimerkiksi induktiivisuus, dynaamisuus, tutkimusasetelmien joustavuus. Induktiivisella tarkoitetaan vapautta teoriaohjautuvuudesta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen. Näin myöskään otos ei ole satunnainen, vaan harkinnanvarainen (Kankkunen P &, Vehviläinen-Julkunen K., 2009, 67).

## 7 Tulos

Aineisto koostuu 344:stä sairaanhoitajan tekemästä potilasasiakirjamerkinnästä. Puheluihin vastasi kyseisillä viikoilla yhteensä 20 hoitajaa. Sairaanhoitajien tekemät kirjaukset muuttuivat rakenteisesti selkeämmäksi vertailu vuonna 2017. Sairaanhoitajat kirjoittivat otsikoiden alle ohjeiden mukaisesti muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Sairaanhoitajien työkokemus päivystyksessä oli 8,5 vuotta keskiarvoltaan ja kokemus muualla 12,5 vuotta.

Puheluiden määrässä tapahtui vain hienoista laskua. Öisin puheluiden määrä kaksinkertaistui. Puheluiden osuus päivystyspotilaiden kokonaismäärästä oli vuonna 2016 ja 2017 16%.

Potilasasiakirjojen merkinnät omalla äidinkielellä laskivat yhteensä 7,4 %:lla, siten että äidinkieleltään ruotsinkielisten potilaiden asiakirjamerkinnät suomeksi kaksinkertaistuivat.

Hoitajien antama lääkeneuvonta laski 20,5 %. Potilaita ohjattiin omaan terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon hoitoon aikaisempaa vähemmän 12 %. Samaan aikaan potilaita ohjattiin päivystykseen 8 % enemmän kuin vuonna 2016. Puheluista 90 %:ssa kirjataan vuonna 2017, kuka on soittaja. Kun vastaava määrä oli edellisellä vuonna 35 %.

Vuonna 2016 alle 14 vuotiaiden puheluita oli 42 % puheluista ja seuraavana vuonna niitä oli 31,7 %. Tässä oli tapahtunut laskua, kun taas yli 75 vuotiaiden puhelut olivat samassa tasossa 8 % puheluista molempina vuosina. 50-74-vuotiaita soitti 12,4 % vuonna 2016 ja seuraavana vuonna 25,7 %, tässä oli tapahtunut nousua (Liitteet 2-3).

2016 vuosi	Aihe	2017 vuosi
1104	Potilasmäärä päivystyksessä kyseisenä viikkona	1024
100% (177)	Puheluiden määrä	100% (167)
35 % (62)	Kuka soittaa	90% (151)
100% (177)	Tulosyy, vaiva,miksi soittaa	100% (167)
100% (177)	Oireiden kuvailu	100% (167)
100%	Soiton ajankohta	100%
100%	Kirjaamisen ajankohta	100%
100%	Neuvoa antaneen nimi ja ammatti	100%
100%	Potilaan nimi, henkilötunnus	100%
52,5% (93)	Ohjattu muualle hoitoon	40,1% (67)
25% (45)	Ohjattu päivystykseen	33,5% (56)
42,4% (75)	Ohjattu päivystykseen, jos oireet pahentuvat tai hoito ei auta	47,9% (80)
48,6% (86)	lääkineuvonta	28,1% (47)
36,2% (64)	Omatoiminen hoito/seuranta	36,5% (61)
20,3% (36)	Lääkärin konsultaatio	22,1% (37)
14,1% (25)	Lääkärin nimi	17,9% (30)
1,1% (2)	Kirjoitettu e-resepti	5,4% (9)
0	Kirjoitettu sairausloma	1,2% (2)
11,3% (20)	puheluiden määrä öisin kl 22-08	23,3% (39)

## **7.1 Puheluiden otsikot**

### **7.1.1 Tulosity otsikko**

Vuonna 2016 tulosity-otsikon alla on kerrottu soittaja, syy, kuvailtu oireet ja annettu jatkohoito ohjeet. Osa hoitajista ei kirjaa, kuka soittaa. Kolme hoitajaa 19:sta kirjaa tämän otsikon alle koko potilaan puhelun. Tulosity otsikon alle vuonna 2017 on kirjattu selkeästi, mikä on soiton syy, esimerkiksi kipu, kuume, tapaturma, tulehdus, lääkkeisiin liittyvät ongelmat jne.

### **7.1.2 Etäkontakti otsikko**

Vuonna 2017 etäkontakti otsikon alle, kuten on ohjeistettu, kaikki hoitajat lukuun ottamatta kahta hoitajaa kirjaavat, kuka on soittaja. Soittaja on yleensä potilas itse ja lapsen kohdalla yleensä äiti. Vanhus voi soittaa itse tai hänen puolestaan soittaa yleensä tytär.

Osa hoitajista kuvailee potilaan tarinan yhdessä ainoassa kappaleessa. He eivät erota soittajaa, nykytilaa, suunnitelmaa tai jatkohoitoa. Tämä sama toistuu molempina vertailu vuosina. Kuitenkin vuonna 2017 enää kaksi hoitajaa kirjaa yhden otsikon alle kaikki potilasasiakirjamerkinnot.

### **7.1.3 Esitiedot otsikko**

Esitiedot otsikon alle kirjataan ohjeen mukaan tausta, miten tilanne on kehittynyt nopeasti, hitaasti tai romahtanut. Tätä otsikkoa ei ollut käytössä vuonna 2016. Potilaan voinnin kehittyminen on kuvattu joko tulosity tai nykytila otsikon alla. Vuonna 2017 hoitajat kuvaavat tämän otsikon alla potilaan voinnin kehittymisen.

### **7.1.4 Nykytila otsikko**

Tämän otsikon alla kuvataan potilaan sen hetkinen tilanne. Sama otsikko on ollut käytössä jo vuonna 2016. Otsikon alla ohjeen mukaan arvioidaan yleistilaa ABCD-toimintamallia käyttäen, hoitamisen ottamisen kriteerit ja arvioidaan muu avuntarve.

Vuonna 2016 kuvataan potilaiden kertomat oireet, esimerkiksi vatsakipua, alavatsakipua jne. Tai potilas kertoo, että on väsynyt, niskakipua, päänsärkyä, näköhäiriöitä. Tästä hoitaja tulkitsee, että potilaalla on aivotärähdyks ja potilas pyydetään päivystykseen. Tai hoitaja kirjaa, että potilas on saanut aivotärähdyksen kotihoito-ohjeet. Samalla tavalla toimitaan rintakipujen ja rytmihäiriöiden osalta.

Kokenut sairaanhoitaja kirjaa tarkasti potilaan painon lasten kohdalla sekä selkeän kipulääke annoksen esim. panadol suppo 125 mg x3. Noviisi tai aloittelija sairaanhoitaja kirjaa, että kipulääke ohjeistus on annettu. Tämän otsikon alla kerrotaan myös, miten potilas on hoitanut itseään kotona tähän puheluun asti.

Vuonna 2017 tämän otsikon alla hoitajat kuvaavat tarkemmin potilaiden oireet, esim kokenut sairaanhoitaja kirjaa, että puhe on katkonaista, joutuu yskimään, ponnistelee hengittäessä. Tässä ilmenee ABCD-työkalun käyttö. Hienoista dokumentoinnin kehittymistä on tapahtunut.

### **7.1.5 Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot otsikko**

Vertailu vuosina jatkohoidon järjestämiseen ja neuvontaan liittyvät dokumentoinnit ovat samanlaiset. Hoitajat kirjaavat erinomaisesti potilaalle annetut ohjeet ja antavat aina mahdollisuuden soittaa uudestaan tai tulla päivystykseen. Soittajista 29-33% ohjataan seuraamaan omaa tilaansa ja ottamaan seuraavana arkipäivänä yhteyttä omaan terveyskeskukseen tai työterveyteen tai tiettyyn poliklinikkaan.

### **7.1.6 Potilaiden puhelut**

Soittajien puhelut koskivat seuraavia asioita:

**Kivut:** rinta, niska, lihas, selkä, polvi, jalka, isovarvas, olkapää, kyynärpää, vatsa, nivus, kylki, korva, pää, hermo, alaleuka, leikkauksen jälkeinen kipu.

**Vammat:** haavat, palovammat, kissan puremat, nilkka- ja polvivammat, aivotärähdys, varttinäluun murtumat.

**Hammas:** Nastahammas irti, alahammas heiluu

**Silmä:** metalliroska tai muu roska silmässä

**Tulehdukset:** laryngiitti, korvatulehdukset, virtsatie-tulehdukset, yskä, kuume, flunssa, silmätulehdus, poskiontelotulehdus, puutiaisinfektioepäily, etusormen tulehdus, vesirokko, herpes

**Lääkkeet:** sivuvaikutukset, yliannostukset, lääkkeiden otto

**Veri- tai virtsavastaukset**

**Ihottumat ja allergiset reaktiot**

**Pahoinvointi ja oksennukset ja ripulit tai ummetus**

**Peräpukamat: vuoto, mustat ulosteet**

**Epileptinen kohtaus**

**Aivoverenkiertohäiriöt**

## Psyykkiset vaivat

Suurin osa puheluista liittyi lasten kuumeen ja vatsakivun hoitoon. Samoin virtsatietulehdusten hoitoon liittyvät puhelut ovat tavallisia. Sähköinen resepti kirjoitettiin potilaalle yhdeksässä tapauksessa puhelun perusteella.

### 7.1.7 Potilaiden jatkohoitoon liittyvät ohjeistukset

Seuraavat kotihoito-ohjeet tulivat esille tutkimuksessa, joita sairaanhoitajat tarvitsevat apuna puhelinneuvonnassa:

vatsataudin kotihoito-ohje

aivotärähdys kotihoito-ohje

hammaspäivystyksen ohjaus

nenäverenvuodon kotihoito ohje

leikkauksen jälkeinen kotihoito ohje

ulkomaanmatkan jälkeen vatsataudin hoito-ohje

trauman jälkeen kotihoito ohjeet → KKK =(kylmä, koho, kipulääke)

peräpukamien hoito-ohje

flunssan hoito ohjeet

lääkärin määräämien lääkeneuvonta

laboratoriokokeiden vastausten viitearvojen selvittäminen

allerginen reaktio → kotihoito-ohjeet

kuumeen hoito → juominen, lepo, lääkitys

vesirokko potilaan hoito kotona

imetyksen aikainen kipulääkitys

biologisen lääkkeen jatkohoito, jos sivuoireita

lääkkeen yliannostus

haavan puhdistus

eläimen purema

## 8 Tulkinta

Tässä tutkimuksessa yritin selvittää, auttoiko ja tukiko rakenteinen ISBAR-malli sairaanhoitajien dokumentointia puhelinneuvonnassa. Dokumentointi muuttui selkeämmäksi, otsikoiden muutosten jälkeen. Tämä ainakin todistaa sen, että rakenteinen tuki ohjaa

sairaanhoidajaa. ISBAR-menetelmää on tähän mennessä käytetty ammattihenkilöiden välisessä kommunikoinnissa. Mukaeltu ISBAR-malli palvelee myös asiakkaan ja hoitajan välistä keskustelua. Tutkimuksessa ei haastateltu sairaanhoidajia, joten miten he kokivat uudet otsikot, ei saatu selville.

Koska Vaasan keskussairaalan päivystyksen puhelinneuvonnassa on käytössä sähköiset potilaskertomukset, tallentuu automaattisesti kirjaajan nimi ja ammatti, kirjaamisen ajankohta, potilaan nimi ja henkilötunnus. Lainsäädäntö määrittelee, millaista puhelinneuvonnan on oltava Suomessa. Lait on otettu huomioon ja puhelinneuvontaan pyritään sijoittamaan sairaanhoitaja, jolla on yli kahden vuoden työkokemus. Tätä tukee myös Bennerin teoria. Hoitajat ovat tässä vaiheessa edistyneessä aloittelijassa, ja he tarvitsevat riittävästi tukea ja ohjausta.

Hoidon tarpeen arviointi tapahtuu ilman näköyhteyttä puhelinneuvonnassa, joka vaikeuttaa potilaan tilan arviointia. Kaikki tutkimuksessa mukana olleet dokumentit antavat selkeän ja yhtenäisen kuvan potilaan mahdollisuudesta soittaa uudelleen neuvontaan, jos hän kokee vointinsa heikkenevän. Hoitajat antavat myös aina mahdollisuuden saapua päivystykseen vastaanotolle.

Hoidon kiireellisyyden arviointia ei ole aina selkeästi kirjattu. Hoitajat kirjaavat yksiselitteisesti, että pyydetään potilas päivystykseen. Joissakin tapauksissa hoitaja kehottaa potilasta tai läheistä soittamaan ambulanssin arvioituaan, että kyseessä on hätätilanne. Jotkut hoitajat pyytävät potilaan omaista tekemään ”neurologista statusta”. Hoitajat kuvailevat tarkasti potilaiden oireita, kuten aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu. Vain pienellä osalla hoitajia on käytössä ABCD- työkalu kirjaamisessa. Hoitajat voisivat käyttää tätä työkalua enemmän, koska se helpottaa ja tukee heidän päätöksentekoa. Taitavassa vaiheessa olevat hoitajat kykenevät jo huomioimaan tilannetta kokonaisuutena ja heillä on jo riittävästi kokemuksia aikaisemmista puheluista. Hoitajat konsultoivat lääkäreitä ja osaavat kuitenkin poimia puheluista ne, jotka tarvitsevat kiireellistä hoitoa.

Koska Suomessa tällä hetkellä uudistetaan terveydenhuoltoa ja sairaalapäivystystä, otin mukaan vielä potilaan äidinkielen huomioimisen dokumenteissa. Varsinkin Vaasan alueella on puolustettu kiihkeästi potilaiden oikeutta saada sairaanhoidon palveluja omalla äidinkielellään. Tutkimus osoitti, että ruotsinkielisten dokumentoinnit ovat suomentuneet. Tämän vuoksi on

tärkeää, että kielikoulutukseen ja opiskeluun panostetaan Vaasan keskussairaalaissa, jotta potilaat saavat mahdollisimman hyvän palvelun omalla äidinkielellä.

## **9 Kriittinen kartoittaminen**

Tutkimukselle haettiin lupa Vaasan keskussairaalan lupamenettelyiden mukaisesti. Tutkimuslupa-anomus lähetettiin akuuttipalvelualueen ylihoitajalle, joka myönsi luvan tutkimuksen tekemiseen. Päivystyksessä toimii kaksi esimiestä, joten oli yksinkertaista organisoida siten, että vain toinen esimiehistä kokoaa materiaalin. Ja koska tutkimuksen tekijä on toinen esimiehistä, saatiin materiaali kerättyä tutkijalle anonyymisti. Täten toteutuu hoitotieteellisen tutkimukset eettiset lähtökohdat.

Tutkimuksessa noudatettiin oikeudenmukaisuutta. Kaikki dokumentit käsiteltiin tasavertaisesti ja otos ei perustunut tutkijan valta-asemaan.

Tutkimusaineistoa käsiteltiin anonyymisti. Kaikki potilaan henkilötiedot oli poistettu ja materiaali säilytettiin lukittujen ovien takana päivystyksen tiloissa. Aineisto säilytettiin hyvin ulkopuolisilta suojattuna.

Objektiivisuus oli vaikea säilyttää, koska tutkija työskentelee kyseisellä osastolla esimiehenä. Sen jälkeen, kun aineisto oli koottu taulukkoon, niin tulosten analysointi objektiivisesti helpottui.

Tutkimuksen luotettavuus vahvistui, kun tulokset saatiin taulukkomuotoon. Näin pystyttiin eri vuosien vertailu selkeästi ja yksinkertaisesti esittämään.

Tulokset ovat esitetty selkeästi, jotta lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja miten analyysiprosessi tapahtuu. Täten taataan tutkimuksen uskottavuus.

## **10 Pohdinta**

Tutkimuksessa oli mukana lähes 340 dokumenttia, joissa oli eri vuosina erilaisia otsikoita. Tämä vaikeutti vertailun tekemistä, samoin aineiston suuri määrä. Tutkimus kuitenkin toi esille

sen, että hoitajat tarvitsevat rakenteellista ja tiedollista tukea sairaanhoidon puhelinneuvonnassa. Hoitajilla tulee olla tietty määrä ura kokemusta ennen kuin he kykenevät arvioimaan potilaan tilaa ilman näköyhteyttä.

Puhelinneuvonnassa esiintyvät tietyt sairaudet ja niiden hoitaminen useaan otteeseen, joten olisi luotava valmiit pohjat tietyille kotihoito-ohjeille. Näitä ohjeita sairaanhoitajat voisivat hyödyntää antaessaan neuvoja sekä kirjatessaan puhelua. Se myös nopeuttaisi ja yhtenäistäisi kirjaamista ja palvelisi kielellisiä oikeuksia paremmin.

Hoitajat tarvitsevat koulutusta ennen kuin aloittavat puhelinneuvonnassa, jotta heillä on selkeä kuva omasta roolista, omista heikkouksistaan ja vahvuuksistaan. Näin he kykenevät mentaalisesti valmentautumaan erilaisiin potilaskontakteihin ilman näköyhteyttä.

Esimiehelle tämä tutkimus antoi valtavan määrän ajatuksia, miten puhelinneuvontaa voidaan laadullisesti kohentaa. Sairaanhoitajan työtä tukevat ohjeet ja työtavat pitää säännöllisin väliajoin päivittää, mutta se ei pelkästään riitä. Vaan myös tutkimustyötä on tehtävä, jotta voidaan objektiivisesti kehittää hoitotyön laatua.

Sairaanhoitajan työtä on tuettava eri tavalla riippuen siitä, missä ura vaiheessa hoitaja on Bennerin teorian mukaisesti. Jatkotutkimus ajatuksia heräsi koko tutkimusajan, mutta myös tutkimuksen valmistuttua. Jos käytetään Patricia Bennerin teoreettista hoitotyön teoriaa noviisista asiantuntijaksi, voitaisiin sairaanhoitajia haastatella ja saada heidän näkemyksiä ja kokemuksia puhelinneuvonnasta. Samalla saataisiin uusi näkökulmia puhelinneuvonnan kokonaisuuteen. Samantapainen vertailu voitaisiin suorittaa muutaman vuoden kuluttua uudelleen ja katsoa, miten dokumentointi muuttunut vai onko se pysynyt samanlaisena. Tämän suuntainen tutkimus voi toimia esimiesten työkaluna ja antaa heille tärkeää informaatiota puhelinneuvonnan dokumentoinnin laadusta ja sen avulla voitaisiin kehittää erilaiset mittarit. Tulevaisuudessa puhelinneuvonta muuttuu ja kehittyy digitaalimaailmassa, reaaliaikainen keskustelu potilaiden kanssa verkkoympäristössä ja kuvien lähettäminen varmasti yleistyvät.



## Lähteet

Benner P, Tanner C, Chesla C., 1999. Asiantuntijuus hoitotyössä. WSOY. Juva.

Benner P., 1993. Aloittelijasta asiantuntijaksi. WSOY:N graafiset laitokset. Juva.

Benner P, Wrubel J., 1989. The primacy of caring. Addison-Wesley Publishing Company. California.

Bettany-Saltikov J., 2012. How to do a Systematic Literature Review in Nursing. CPI Group Ltd, Croydon, CRO 4YY. London.

Blackwell W., 2014. Communication skills for nurses. Vivar Printing Sdn Bhd. Malaysia.

Briggs J., 2012. Telephone triage protocols for nurses. Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins. China.

Dahm MF & Wadensten B., 2008. Nurses experiences of and opinions about using standardised care plans in electronic health records - a questionnaire study. Journal of Clinical Nursing 17, 2137-2145.

Eloranta M, Puranen L, Saastamoinen A., 2010. Kuopion yhteispäivystyksen hoitohenkilökunnan kokemuksia puhelinneuvonnan toteutuksesta. Savonia ammattikorkeakoulu. Kuopio.

Göransson K, Eldh A, Jansson A., 2008. Triage på akutmottagning. Pozkal. Poland.

Hallila L., 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tammer-Paino Oy. Tampere

Hallila L., 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Laadullinen tutkimus

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/metelmapolkuja/metelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>. Jyväskylän yliopisto [haettu 31.10.2017].

Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointi

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3489/10024/116921>[haettu 31.10.2017]

<https://www.vaasankeskussairaala.fi/potilaille/hoito-ja-tutkimukset/paivystys/sairaanhoidon-puhelinneuvonta/>[haettu 2.2.2017]

Iivainen A, Syväoja P., 2013. Hoida ja kirjaa. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Inkinen, Kinnunen, Kupari, Kuosmanen, Kupari, Peltomaa & Reunama., 2012. ISBAR-opas. Sairaanhoitajaliitto.

Joffe, Erel; Turley, James P.; Hwang, Kevin O.; Johnson, Todd R.; Johnson, Craig W.; Bernstam, Elmer V.; Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety, Nov2013; 39(11): 495-501. 7p. (Journal Article - research, tables/charts, randomized controlled trial) ISSN: 1553-7250 PMID: 24294677. Using the **SBAR** communication technique to improve nurse-physician phone communication: a pilot study.). [haettu 2.4.2017].

Johansson K, Axelin A, Stolt M, Ääri R., 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Åbo Akademis tryckeri/Digipaino-Turun Yliopisto. Turku.

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

Lauri S, Eriksson E, Hupli M., 1998. Hoidollinen päätöksenteko. WSOY. Juva.

Laitinen, H., Kaunonen, M & Kurki-Åstedt, P., 2009. Patient-focused nursing documentation expressed by nurses. Journal of Clinical Nursing; 19, 489-497.

Makkonen T., 2009. Triagen kehittäminen terveyskeskuksen päivystykseen. Novia yrkeshögskola. Vaasa.

Marriner.Tomey A., 1994. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Vammalan kirjapaino OT. Vammala.

Marshall S; Harrison J; Flanagan B; Quality & Safety in Health Care, Apr 2009; 18(2): 137-140. 4p. (Journal Article - clinical trial, research, tables/charts) ISSN: 1475-3898 PMID: 19342529.The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication.

Martikainen E, Turunen A, Äijälä O., 2006. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja 1/2012. Puhelinneuvonta dokumentaation vaatimustenmukaisuus ja puhelinneuvonnan vaikuttavuus case Pohjois-Karjalan Ensineuvo. Joensuu.

Orava M. , 2010. Puhelinohjaus hoitotyön mentelmänä, Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro gradu tutkielma. Oulun yliopisto.

Pearson H., 2013. “Science and intuition: do both have a place in clinical decision making?” British Journal of Nursing 2013.

Pure-Stephenson RG. & Trasher C., 2010. Nurses experiences with telephone triage and advice: a meta-ethography.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20423383> [Haettu 31.10.2017].

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet, 2014.

(<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>) [haettu 8.8.2017].

Sairaanhoitajaliitto, 2012. ISBAR-Menetelmä turvallisempaan tiedonkulkuun potilasta raportitaessa.

Saranto K, Ensio A, Tantt K, Sonninen A., 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY. Porvoo.

Saukko T., 2009. Puhelinpalvelutoiminta ja sen kehittäminen Järvisseudun terveystakeskuksessa. Vaasan ammattikorkeakoulu.

Shapiro J., 2017. SBAR: A Better WAY to Communicate. Podiatry Management. (<http://www.podiatrym.com/pdf/2016/12/Shapiro117web.pdf>) [haettu 31.10.2017].

Seppälä J., 2016. Hyvä puhelu -parempi mieli. Fioca, Arcada. Helsinki.

Syvöja P, Äijälä O., 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Vammalan Kirjapaino Oy. Sastamala.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) 50. pykälä. (652/2013), luku 1, 9. pykälä)

Vammaispalvelujen käsikirja., thl 23.6.2014.thl.fi

(<https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/kommunikointi> ) [haettu 31.10.2017].

Wahlberg A., 2007. Sjuksköterskans telefonrådgivning. Korotan, Ljubljana. Slovenien.

## **Päivystyksen puhelinneuvonta**

### **Hoidon arviointi**

#### **1. Etäkontakti= TUNNISTA**

- kuka soittaja on ja mistä soittaa, varmista

#### **2. Esitiedot= TAUSTA**

- miten tilanne on kehittynyt
- hitaasti, nopeasti, romahtanut

#### **3. Nykytila (status) = NYKYTILANNE**

- arvioi yleistila vitaalielintoiminnot ABCDE- toimintamallia apuna käyttäen sekä tilan kehittyminen
- arvioi hoitoon ottamisen kriteerit
- arvioi muu avuntarve

#### **4. Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot = TOIMINTAEHDOTUS**

- ehdota, miten tulee toimia ja varmista, että soittaja on päätöksen ymmärtänyt

## Aivohäiriö erikoissairaanhoido

1/1

## Käynnit

Käyntityyppi	
ikäryhmä	hoitopuhelu/hoitokirje
<1 v	12
1-6 v	47
7-14 v	17
15-49 v	65
50-64 v	11
65-74 v	11
75-84 v	10
>85 v	4
<b>Yhteensä</b>	<b>177</b>

Ehdot: Kustannuspaikka on 2014 Pih-päivystyspoliklinikka yO,  
kuukausi on Tammi-Joulukuu,  
käyntipvm on korkeintaan 21.2.2016,  
käyntipvm on vähintään 15.2.2016,  
resurssi on 2014\_PUH,  
tulosalue on KS Keskussairaala, ja  
tulosyksikkö on AKUT Akuuttihoitoon palvelualue.

Tietojen päivitys on tehty 22.9.2017. Tietokanta sisältää tietoja ajalta 1.1.2010-21.9.2017.  
Organisaatorakenne on vuodelta 2017.

## Avohoito erikoissairaanhoido

## Käynnit

	Käyntityyppi
Ikäryhmä	hoitopuhelu/hoitokirje
<1 v	10
1-6 v	25
7-14 v	17
15-49 v	57
50-64 v	26
65-74 v	17
75-84 v	6
>85 v	9
<b>Yhteensä</b>	<b>167</b>

Ehdot: Kustannuspaikka on 2011 Esh-päivystyspoliklinikka,  
kuukausi on Tammi-Joulukuu,  
käyntipvm on korkeintaan 19.2.2017,  
käyntipvm on vähintään 13.2.2017,  
resurssi on 2011\_PUH,  
tulosalue on KS Keskussairaala, ja  
tulosyksikkö on AKUT Akuuttihoiton palvelualue.

Tietojen päivitys on tehty 22.9.2017. Tietokanta sisältää tietoja ajalta 1.1.2010-21.9.2017.  
Organisaatorakenne on vuodelta 2017.

## MERKINNÄN KIRJAUS

Hoitotapahtumat Omat luonnokset Ohjeet Sulje ikkuna

Potilaan tiedot: TESTI-JOULU-PUKKI MINNA 010101-0101 Näkymä: HOI - Hoitotyö  
 Hoitotapahtuma: — Ei valittu — Lisä näkymä: Päivystys  
 Palveluyksikkö: Päivpkl Yhteenveto  
 Tapahtuma-aika: 8.11.2016 12:39 Tekijä: Roivainen Tanja, Osastonhoitaja

Vaihda  
kirjauspohjaa

PÄIVYSTYKSEN PUHELINNEUVONTA

Muokkaa  
otsikoita

## HOIDON ARVIOINTI

## ETÄKONTAKTI

TUNNISTA= Kuka soittaja on ja mistä soittaa, varmista

## TULOSYY

TILANNE= mikä on yhteydenoton syy, mikä on ongelma ja keitä se koskee

## ESITIEDOT (ANAMNEESI)

TAUSTA= miten tilanne on kehittynyt  
hitaasti, nopeasti, romahtanut

## NYKYTILA (STATUS)

NYKYTILANNE= arvioi yleistila vitaalielintoiminnot ABCD-toimintamallia apuna käyttäen  
sekä tilan kehittyminen  
arvioi hoitoon ottamisen kriteerit  
arvioi muu avuntarve

## JATKOHOIDON JÄRJESTÄMISTÄ KOSKEVAT TIEDOT

TOIMINTAEHDOTUS= ehdota, miten tulee toimia ja varmista, että soittaja on päätöksen  
ymmärtänyt

[Omakanta-viivästys](#): merkintää ei viivästetä

Kirjaaja Roivainen Tanja, Osastonhoitaja

Tarkastuslistalle Tiimi: Ei tiimiä  
 Sihteerin listalle  Käreellisenä

! Hoitotapahtuma puuttuu

Tallenna ja hyväksy

Tallenna keskeneräinen

Sanele loput

Oma luonnos



