

Opinnäytetyö (Turku AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2018

Mari Syrjälä

KOMMUNIKOINTI MONIAMMATILLISESSA HOITOTIIMISSÄ

– mukailten Elossa 24h -sarjaa

Mari Syrjälä

KOMMUNIKOINTI MONIAMMATILLISESSA HOITOTIIMISSÄ

- mukailen Elossa 24h -sarjaa

Moniammatillisessa hoitotiimissä toimiva kommunikointi lukeutuu yhdeksi tärkeimmäksi komponentiksi yhteistyön onnistumisen näkökulmasta. Kommunikoinnin tehokkuuden kehittäminen on terveydenhuollossa maailmanlaajuinen prosessi. Opinnäytetyön tavoitteena on laajentaa käsitystä käytännön työskentelyalueilla tapahtuvasta kommunikoinnista terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä.

Tutkimusaineistona ovat Elossa 24h-sarjan kahden hoitajan ja hoitajan sekä lääkärin väliset puhetilanteet. Tutkimusmenetelmänä on käytetty kvalitatiivista tutkimusta, missä teoriaa rakennetaan usein induktiivisesti eli yksittäisistä esimerkeistä edetään yleisempiin näkökantoihin. Elossa 24h-sarjassa yksittäiset kommunikointitilanteet toimivat esimerkkeinä, joita vedetään laajempiin kommunikatiivisiin teorioihin.

Analyysissä erotellaan puheenvuorot tehtävä- ja sosioemotionaalisen tason jaotteluun sekä sanatason että käytännön toimialuejaotteluun. Päätuloksina havaitaan tehtäväkeskeisten puheenvuorojen valta-asema, negatiivisten sosio-emotionaalisten puheenvuorojen puuttuminen Elossa 24h -sarjasta sekä lääkäri-hoitaja työparin kommunikaatiossa esiintyvät tehtävien loppuunsaattamisen jälkeiset kiittelyt ja tehdyn työn arvioinnit. Sen sijaan vastaavassa tilanteessa kahden hoitajan välillä ei useinkaan esiinny tällaista. ISBAR-protokollaa käytetään aktiivisesti hoitoympäristöissä ja käytössä oleva terminologia on pääosin suomenkielistä.

Johtopäätöksinä huomataan kommunikaation tärkeys sekä moniammatillisen tiimin voimavarat potilaan hoitoketjussa välttämättömiksi. Laajempiin konteksteihin sitoen talous, yhteiskunta sekä politiikka taustoittavat kommunikointia terveydenhuollossa. Kommunikaation onnistumisella potilaille aiheutuvien haittatapahtumien määrää voidaan alentaa merkittävästi.

Jatkotutkimuksessa voisi jalkautua terveydenhuollon kenttätöihin, videoida ja havainnoida toimialueittain, vaikkapa akuuttihoituhuoneen, kommunikointia. Hoitajia ja lääkäreitä voisi haastatella teemahaastattelun keinoin, jolloin tulokset voisivat olla vieläkin luotettavampia tutkimusmetodien monipuolisemman käytön vuoksi.

ASIASANAT:

kollaboraatio, kommunikointi, moniammatillisuus, ryhmäviestintä, tiimityö, viestintä

Mari Syrjälä

COMMUNICATION IN MULTIPROFESSIONAL CARE TEAM

- after the Elossa 24h- series

Communicating in multiprofessional care team is one of the most important components of a successful co-operation. Developing communication efficiency is a worldwide process in healthcare. The aim of this Bachelor's Thesis is to broaden the understanding of work area communication between healthcare professionals.

The research material is the conversations between the nurses and between the nurses and the physicians in the Elossa 24h -series. Qualitative analysis has been used as a research method. In this type of analysis the theory is often constructed inductively, or individual examples are assembled into a general perspective. In the Elossa 24h -series, individual communication situations act as examples which are combined into broader communicative theories.

The analysis divides the statements into two categories on task and socio-emotional level. The statements are also analyzed on the word level and the practical domain level. The main results of the study are the dominance of task-centered interventions, the absence of negative socio-emotional speech from the Elossa 24h -series and the differences between nurse-doctor and nurse-nurse communication. After finishing task, in doctor to nurse communication, the praises and task assessments get highlighted. The same does not happen in nurse to nurse communication. The other results are the active use of ISBAR-protocol in the care units and the use of mainly Finnish terms.

Conclusions note the importance of communication and the assets of a multiprofessional team in the patient's care chain. In broader context, economy, society and politics provide a background for communication in healthcare. Functional communication prevents from any harm happening to the patient.

In a further study, one could go in the fieldwork of health care videotape and observe the area of operation, such as communication in the acute treatment room. Nurses and doctors could be interviewed by means of theme interviews. So the results could be even more reliable because of the versatile use of research methods.

KEYWORDS:

interprofessional collaborative care, communication, interprofessional healthcare team, group communication, team work

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 MONIAMMATILLINEN HOITOTIIMI	8
3 VERBAALINEN KOMMUNIKOINTI – JARGONIA VAI SELVÄÄ SUOMEA?	11
3.1 Kommunikointi osana vuorovaikutusta	15
3.2 Ammattikieli – kielenkäyttöä ja sanastoa	16
3.3 Ammattikuntien kohtaaminen kielenkäyttötilanteissa	17
4 SAIRAAHOITAJAN KOMMUNIKOINTIMENETELMÄT	19
4.1 Kommunikointiprotokollat	19
4.2 Erilaiset viestintäväylät	23
5 KOMMUNIKAATION TILANNESIDONNAISUUS	25
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET SEKÄ TUTKIMUSKYSYMYKSET	27
7 TUTKIMUSASETELMA	28
7.1 Tutkimusmenetelmä	28
7.2 Tutkimustulosten analysointi	29
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	32
8.1 Tehtävätason osallistumistapoja	32
8.2 Sosio-emotionaalisen tason osallistumistapoja	36
8.3 Kommunikaation sanataso	38
8.4 Kommunikointi käytännön työskentelyalueilla	39
9 YHTEENVETO	42
10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	43
11 POHDINTA	45
LÄHTEET	49

KUVIOT

Kuvio 1. Moniammatillisen yhteistyön ydintekijät. (Kettunen & Gerlander 2013, 305)	10
Kuvio 2. Viestintäosaamisen osatekijät. (Juholin 2009, 31)	11
Kuvio 3. Asiantuntijan viestintäpaletti ja foorumeita. (Juholin 2009, 226)	14
Kuvio 4. Työyhteisöviestinnän elementtejä. (Juholin 2009, 64)	15
Kuvio 5. Kommunikaation välillisiä ulottuvuuksia.	48

TAULUKOT

Taulukko 1. ISBAR. (Tamminen & Metsävainio 2015, 340)	22
Taulukko 2. I-PASS. (Tamminen & Metsävainio 2015, 341)	23

1 JOHDANTO

Moniammatillisessa hoitotiimissä toimiva kommunikointi lukeutuu yhdeksi tärkeimmäksi komponentiksi yhteistyön onnistumisen näkökulmasta. Moniammatillinen yhteistyö onkin suurelta osin puhetta: Eri ammattiryhmät tuovat kommunikaatiotilanteeseen omat erityistaitonsa, osaamisensa sekä näkemyksensä, niin ryhminä kuin yksilöinäkin, koko ryhmän yhteiseen käyttöön. Kukin ammattikunta lähestyy käsiteltävää asiakokonaisuutta tai potilastapausta omasta perspektiivistään, jolloin esimerkiksi lääkäri tuo esille lääketieteelliset perustelut sekä koulutuksensa ja kokemuksensa mukana tuomat näkökulmat, sairaanhoitaja hoitotyön aspektin, sosiaalityöntekijä nostaa puolestaan keskiöön perhe- ja elämäntilanteen ja psykologi painottaa terveyden psyykkistä puolta (Nikander 2002, 69). Näin ollen moniammatillinen tiimi sisältää valtavan potentiaalin ja asiantuntijatiedon jäsentensä keskuudessa, jolloin eri ammattikunnat tuovat kommunikaatiotilanteisiin vaihtuvat painotukset, arvot sekä asenteet. Tiimin jäsenet muodostavat ikään kuin palapelin; kokonaisuus muodostuu toinen toisiaan täydentävistä paloista.

Monipuolista viestintää ja tasapuolista, argumentoitua päätöksentekoa voidaan lisätä moniammatillisissa hoitotiimeissä tapahtuvan yhteistyön kautta. Tehoton kommunikointi terveydenhuollossa viivästyttää hoitoa, aiheuttaa virhediagnoosien syntymistä, lääkitykseen liittyviä virheitä sekä vahinkoja potilaalle. Pahimmassa tapauksessa se voi johtaa jopa potilaan kuolemaan. Kommunikoinnin tehokkuuden kehittäminen onkin terveydenhuollossa maailmanlaajuinen prosessi. (Foronda ym. 2016, 36.)

Aihe on jatkuvasti ajankohtainen, sillä kommunikointitilanteet siivittävät jokaista työpäivää ja kommunikoinnin toimivuuden pettäminen voi johtaa esimerkiksi potilasturvallisuuden vaarantumiseen. Potilaiden ollessa yhä monisairaampia tarvitaan moniammatillista osaamista. Verkostomaista yhteistyötä pidetään itsestäänselvänä ja yksinkertaisena toimintatapana, mitä se ei kuitenkaan ole (Seikkula & Arnkil 2009, 12). Viestinnän on nähty kuuluvan johtoportaalalle ja viestinnän ammattilaisille, jolloin muun työyhteisön jäsenet ovat voineet tukeutua näihin tahoihin kommunikoinnissaan (Juholin 2009, 11).

Terveysviestintä kattaa viestinnän, joka liittyy terveyteen, sairauteen, terveydenhuoltoon tai lääketieteeseen (Torkkola 2002, 5). Terveysviestinnän tutkimus on verrattain nuorta, ja monitieteellisenä tutkimusalana se tarjoaa useille tieteille tutkittavaa eri näkökulmia painottaen. Organisaatioiden moniammatillisista arkirutiineista, niiden muodoista ja käytännöistä on niukasti tutkittua tietoa (Nikander 2002, 58). Moniammatillis-

ten hoitotiimien käytännön kommunikoinnista löytyvä tieto erityisesti eri työskentely- ja vuorovaikutusalueilla on vähäistä (Seikkula ym. 2009, 12). Aihe rajataan televisiosarja Elossa 24h:hon, jossa havainnoidaan suomalaista terveydenhuoltoa autenttisesti ja käytännönläheisesti. Tositelevisiosarja Elossa 24h kuvaa Suomen terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa yhden vuorokauden ajan 12 eri kaupungissa ja seuraa, miten meitä pidetään elossa, kuten jokaisen jakson alussa esitellään. (Kausi 1, 1/7.) Sarjassa esitellään erilaisia potilaita laajakirjoisesti, lievemmistä akuuttihoitoa vaativiin tapauksiin ja terveydenhuollon ammattilaisten työtä potilaan hoitopolussa ensihoidon toiminnasta potilaan mahdolliseen kotiutumiseen saakka.

Elossa 24h sisältää runsaasti potilaan ja hänen hoitoon liittyvien eri tahojen, kuten lääkäreiden, hoitajien, sairaalaklovnien, putkipostivastaavien ja fysioterapeuttien välistä kommunikaatiota. Potilaat kertovat omista sairauksistaan ja niiden aiheuttamista oireista sekä hidoista. Omaisten rooli hoitoprosessissa näyttäytyy vahvasti ohjelmassa, ja he ottavat kantaa läheistensä sairastumiseen paikoitellen tunteellisestikin. Sarjan kertoja johdattelee katsojansa eri teemoihin puhuen lyhyitä, informatiivisia katsauksia käsiteltävistä aihepiireistä. Suuressa osassa on myös asiantuntijoiden kerronta tehtävästä työstä yksityiskohtineen, arkipäiväisistä pohdinnoista, diagnostiikasta sekä yleisesti lääke- ja hoitotieteestä.

2 MONIAMMATILLINEN HOITOTIIMI

Elossa 24h -sarjan ensihoitolääkäri Setälä kuvaa kiteytetysti moniammatillisen hoitotiimin merkitystä: ”Mun miehistö on mun tärkein työväline. Ite pystyn tekemään asioita, mutta kyllä mä tarviin siihen lisääivot ja lisäkädet, että pystyn tekemään paljon asioita.” (Setälä 2018.) Työelämää eletään niin työpaikoilla kuin mediassakin. Kaikki joukkoviestintä muun muassa tv-ohjelmat osallistuvat siihen kulttuuriseen prosessiin, jossa terveyttä, sairautta ja potilaana oloa rakennetaan (Torkkola 2002, 71).

Moniammatillinen hoitotiimi voi koostua potilaaseen suoraan tai välillisesti vaikuttavista ammattihenkilöistä, kuten hoitotyön osaajista; sairaanhoitajista, ensihoitajista, lähihoitajista, lääketieteen osaajista; erikoislääkäreistä, apulaislääkäreistä, amanuensseista sekä lääketieteen opiskelijoista, eri erikoisalojen terapeuteista; fysio-, puhe-, toiminta-, taide- ja musiikkiterapeuteista, ravitsemusasiantuntijoista sekä farmaseuteista. Välillisesti vaikuttavia ammattiryhmiä edustavat esimerkiksi osastonhoitajat, kliiniset asiantuntijat sekä informaatikot. Kunkin potilaan hoitotiimi valikoituu ainutlaatuisesti juuri hänen tarpeidensa mukaan, jolloin jokainen kokoonpano on luonnostaan vaihtuva. (Scotten 2015, 896.)

Moniammatillisuus lukeutuu terveydenhuollon institutionaalisen vuorovaikutuksen ideaalimuodoksi, mikä tuo itsessään toimintaan ja tiedonkulkuun lisäarvoa. Laaja-alaisen näkökulmien vuoksi tämänkaltainen yhteistyö takaa tasapuolisemman ja läpinäkyvämmän lopputuloksen. (Nikander 2002, 55.) Eri ammattiryhmien sitoutuminen yhteiseen tavoitteeseen on ensiarvoisen tärkeää: potilaan tai asiakkaan terveyden edistäminen, sairauksien tutkiminen ja hoitaminen tai ainakin kärsimyksen lievittäminen (Silvennoinen 2004,17).

Tutkimusten mukaan moniammatillisen yhteistyön on todettu parantavan hoidon laatua sekä lääkäreiden ja hoitajien työtyytyväisyyttä. Lisäksi se on kustannustehokasta. Hoitovirheiden määrä on laskenut ja potilasturvallisuus lisääntynyt. (Mahdizadeh ym. 2015, 170.) Moniammatillisen yhteistyön onnistumisen näkökulmasta kommunikaatio, vahva ammatillinen rooli, tietoisuus muiden ammattilaisten rooleista, tiimityötaidot, johtajuus ja konfliktin ratkaisutaidot ovat keskeisiä osatekijöitä. Tietoisuus muiden ammattilaisten rooleista ilmentyy siten, että tiimin jäsenten tulee tunnistaa rooliensa eroavaisuudet ja ymmärtää muiden jäsenten ammatillinen panos. Tiimin jäsenten täytyy hyödyntää eri ammattilaisten tietoja ja taitoja potilaan parhaaksi, sillä jokainen tiimin jäsen tuo ainut-

laatuisen tietotaitonsa työryhmään tarjotakseen potilaalle tehokasta ja kattavaa hoitoa. Tämä puolestaan edellyttää avointa ilmapiiriä, toisten ammattitaidon kunnioitusta sekä vastuunjakamista. (MacDonald ym. 2010, 239–242.)

Moniammatillista yhteistyötä edistäviksi tekijöiksi on määritelty myös johtajan ja kouluttajan ammattitaidon käytettävyys, eri tieteenalojen työntekijät, tiimistrategiat sekä tiimin työtyytyväisyys. Tutkimuksissa kokemusten, tiedon, kunnioituksen ja kollegiaalisuuden on havaittu mahdollistavan entistä toimivampaa yhteistyötä. Moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvät hierarkiat aiheuttavat huomattavia negatiivisia vaikutuksia kommunikointiprosesseihin ja työntekemiseen. (Foronda ym. 2016, 38.)

Weingerin (2014) mukaan tehokas tiimi sisältää viisi onnistumisen ominaisuutta, jotka ovat sitoutuminen, yhteiset tavoitteet, pätevyys, johdonmukaisuus sekä kommunikointi (Barach & Weinger 2014, 101). Samoin Dietz ym. (2014) nostavat esille kommunikoinnin tärkeyden sekä tehtävien jakamisen tiimin johtajan toimesta tiimityön onnistumiseksi (Dietz ym. 2014, 911). Myös Mulvale (2016) tähdentää, että kollaboraation mikrotason yksi osatekijä on sosiaaliset prosessit, joihin lukeutuvat vähäinen konfliktien määrä tiimissä, kannustavat kollegat ja avoin kommunikointi (Mulvale, Embrett & Razavi 2016, 10). Terveysthuollon järjestelmät ovat muuttuneet myös monimutkaisemmiksi, joten viestinnän merkitys terveydenhuollossa lisääntyy (Tamminen & Metsävainio 2015, 338).

Moniammatillisen hoitotiimin viestinnän päätavoite on hyvä ja avoin tiedonkulku, jonka turvin potilasturvallisuus sekä potilaan hyvä hoito mahdollistuvat. Jotta tämä onnistuu, työntekijän on oltava tietoinen omista tehtävistään, asemastaan, toimintaympäristöstään ja hoitotiimin tavoitteista. Onnistunut työyhteisökommunikointi tukee työmotivaatiota ja työssä viihtymistä. Kun työntekijä tietää omat työtehtävänsä sekä oman merkityksensä tavoitteiden saavuttamisessa, hänen on helpompaa motivoitua työskentelemään koko työyhteisön hyväksi sekä ymmärtää työnsä tärkeys. (Honkala 2017, 107.) Yhteisen päämäärän saavuttamiseen vaadittavien periaatteiden, reunaehtojen sekä kriteereiden käsittely on moniammatillisessa yhteistyössä keskeisessä roolissa. Yhteinen ymmärrys ja keskustelu päätöksenteon kriteereistä, etiikasta ja arvoperustoista lisäävät sen läpinäkyvyyttä. Moniammatillisuuden korostuminen enenevässä määrin osana terveydenhuollon organisaatioiden arkea vaatii yhä korkeampia ja monipuolisempia viestintä- ja yhteistyötaitoja. (Nikander 2002, 69–70.)

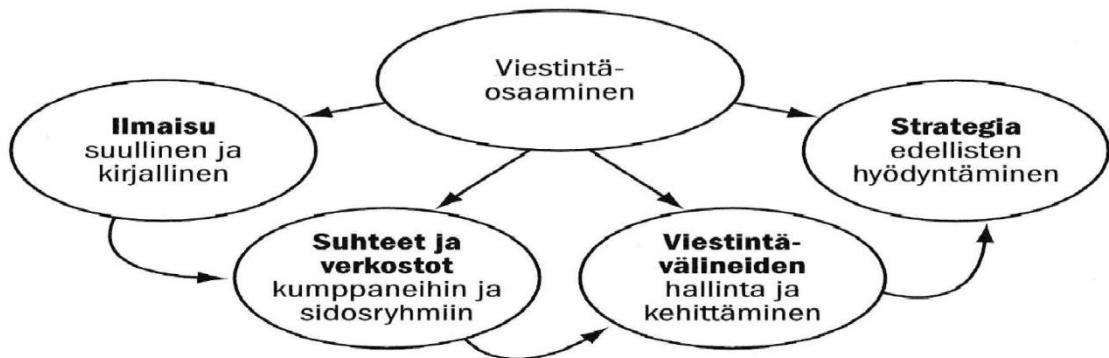
Yhteistyön mielekkyyden ja tuloksellisuuden näkökulmista keskeistä on, miten ihmiset osaavat ja haluavat sovittaa omat ajatuksensa, tunteensa, tahtonsa ja käyttäytymisensä toisten toiveisiin, odotuksiin, ajatuksiin, tunteisiin ja käyttäytymiseen vallitsevassa tilanteessa (Silvennoinen 2004, 46). Yhteistyö- ja tiimityötaidot ovat vuorovaikutustaitoja, joihin lukeutuvat keskustelu-, esiintymis- ja argumentointitaidot (Honkala 2017, 185). Työyhteisön vuorovaikutus perustuu ryhmän perustehtävään, joka ohjaa toimintaa ryhmän tavoitteen saavuttamiseksi. Päämääriin ja tavoitteisiin sitoutuminen vaatii järjestelmällistä ja yhteistä kommunikointia. Lainsäädäntö takaa kansalaisille oikeudet erilaisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin ja määrittelee eri toimijoiden perustehtävät, koulutuksen, valta- ja vastuulinjaukset. Viranomaisten ja organisaatioiden suunnitelmat, päätökset ja suositukset ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa, mikä vaikuttaa vääjäämättä terveydenhuollon ammattihenkilöiden välisiin vuorovaikutussuhteisiin. (Silvennoinen 2004, 150 & 157.) Kuvio 1 esittää keskeisiä, onnistuneen moniammatillisen tiimityön piirteitä.



Kuvio 1. Moniammatillisen yhteistyön ydintekijät. (Kettunen & Gerlander 2013, 305)

3 VERBAALINEN KOMMUNIKOINTI – JARGONIA VAI SELVÄÄ SUOMEA?

Kommunikaatio (*communis*) tarkoittaa yhteiseksi tekemistä, yhteisen ymmärryksen luomista (Silvennoinen 2004, 18). Viestintä tekee vuorovaikutuksesta mahdollista toisten kanssa. Vain viestinnällä eli jakamalla yhteistä tietoa ja kokemuksia asioista voidaan ymmärtää toisia ja toimia parhaalla mahdollisella tavalla (Juholin 2009,12). Viestintäosaaminen voidaan jakaa neljään eri osa-alueeseen, jotka painottuvat eri tavoin eri työvaiheissa aikakontekstissa: Kyky ilmaista ajatuksiaan puhuen ja kirjoittaen sekä keskusteluvalmiudet ja dialogiset taidot ovat keskeinen osa onnistunutta viestintäprosessia. Suhteet toisiin ihmisiin, organisaatioihin ja verkostoihin, kuten oman alan toimijoihin, kollegoihin, potilaisiin, päättäjiin tai tutkimuslaitoksiin ovat moniammatillisen yhteistyön kulmakivi. Kolmanteen osa-alueeseen lukeutuu kyky käyttää erilaisia viestintävälineitä palvelemaan työryhmän toimintaa ja tavoitteita. Näitä viestintävälineitä ovat puhelin, sähköposti, internet, digitaaliset työskentelyalustat sekä ryhmätyötilat. Strategiaosaaminen, eli kyky käyttää edellisiä osaamiselementtejä tilanteiden vaatimalla tavalla, kuvaa viestintäosaamisen neljättä osa-alueetta. (Juholin 2009, 31.) Kuvio 2 havainnollistaa viestintäosaamisen osatekijät.



Kuvio 2. Viestintäosaamisen osatekijät. (Juholin 2009, 31)

Viestintä- ja vuorovaikutustapahtuma voidaan jakaa verbaaliseen sekä nonverbaaliseen viestintään, joista ensiksi mainittua käsitellään tässä tutkimuksessa. Verbaaliseen viestintään lukeutuvat kielenkäyttö, puhe, sanojen kautta välittyvät viestit ja merkitykset. Sanat eivät ole yksiselitteisesti määriteltyjä, vaan puhuja antaa oman merkityssi-

sältönsä niille, minkä vuoksi verbaalinen kommunikointi on aina abstraktia. Puhuttu kieli liittyy keskustelu- ja puhetilanteisiin ja tyypillistä sille on konkreettisuus, kontekstuaalisuus, epämuodollisuus sekä rönsyilevyys. Puhuttua kieltä leimaa myös sosiaalinen ympäristö ja itse puhetilanne, jolloin kieli varioi. Puheviestintätaidot ovatkin luonteeltaan kognitiivisia, sosiaalisia sekä motorisia taitoja, joita toimiva hoitotiimi vaalii. Viestintätaidot ovat yhteistyön kivijalka ja niihin kuuluvat verbaaliset sekä nonverbaaliset viestintän taidot, strategiataidot, funktionaaliset taidot ja vastaanotto- ja arviointitaidot. Puhetilanteessa asian ymmärtämistä tukee vuorovaikutuksellinen tilanne: osapuolten välinen nonverbaalinen viestintä, johon lukeutuvat esimerkiksi ilmeet, eleet, tilankäyttö sekä äänen sävyt ja painotukset. (Niemi ym. 2006.)

Dialogi, tulee kreikan kielen sanoista *dia* (väliin) ja *logos* (tarkoitus), mikä tarkoittaa yhdessä ajattelemisen tilaa. Uusi, yhdessä luotu ymmärrys luo pohjan myöhemmälle ajattelulle ja toiminnalle. Dialogisuus kuuluu keskeisesti vuorovaikutus- ja kommunikointitapahtumaan ja parhaimmillaan se synnyttää rikasta moniäänisyyttä. (Väisänen 2009, 9–12.) Dialogisessa keskustelussa puheen tuottaminen luo kehykset uudelle, yhteisesti jaetulle kielelle. Puhe on toimintaa, jossa puhuja sanallistaa, mitä hän on kokenut tai ajattelee. Ammattiryhmien asiantuntijuus ja erityistaidot tulevat parhaiten koko prosessin voimavaraksi dialogisissa prosesseissa, joissa puheenvuorot muotoillaan siten, että niihin odotetaan toisten vastauksia toiminnan edistämiseksi. (Seikkula ym. 2009, 56, 99 & 130.) Keskinäistä ymmärrystä kehitetään, jolloin perusasenteeseen, ajattelu- ja suhtautumistapaan kiinnitetään huomiota; etsitään erilaisia vastauksia, kuunnellaan toisia ja ollaan avarakatseisia sekä joustavia erilaisten mielipiteiden suhteen. Dialogisuus on kehittyvä asenne, joka parhaimmillaan rikastuttaa, muuttaa ja avartaa toisen osapuolen ajatusmaailmaa (Väisänen 2009, 9).

Argumentaatio on kommunikoinnin prosessi, millä voidaan tukea, edistää, muotoilla ja arvioida väitteitä niin, että päätöksentekijä tai päätöksentekijät voivat hyväksyä tai hylätä kannatuksensa. Kuulijoiden asenteiden tai mielipiteiden vahvistuminen, korjaantuminen tai muuttuminen on argumentoinnin ja retoristen keinojen keskeinen tavoite. Tällaisin keinoin voidaankin punnita erilaisten ratkaisujen vahvuuksia ja heikkouksia, mahdollisuuksia ja reunaehtoja kriittisessä päätöksenteossa. (Rieke ym. 2009.) Päätöksenteon edellytyksenä on se, että päätettävää asiaa argumentoidaan monipuolisesti, arvioidaan kriittisesti sekä vasta-argumentoidaan (Silvennoinen 2004, 210). Argumentaatio on jäsentynyttä sosiaalista toimintaa, jonka viestintä ja vuorovaikutus luovat. Esittämäl-

lä argumentteja ja arvioimalla niitä ihmiset pystyvät kehittämään ajattelunsa laatua, kommunikointiaan sekä päätöksentekoaan. (Rieke ym. 2009.)

Päätöksentekotilanteessa viestinnän ja vuorovaikutuksen rooli korostuu. Päätöksenteko perustuu informaation hankkimiseen sekä prosessointiin. Taustatekijöinä tähän ketjuun vaikuttavat ryhmän aikaisemmat kokemukset, kyvykyys käydä keskustelua, yksilöiden arvot, uskomukset, asenteet ja osaaminen, organisaatiokulttuuri, johtamiskulttuuri ja -käytännöt sekä erilaiset ympäristötekijät. (Silvennoinen 2004, 208.) Kaikilla organisaatioilla on perusarvoja, jotka ohjaavat niiden toimintaa. Lainsäädäntö toimii monien arvojen taustalla ja niiden sisältöä määritellään kuvaamalla, mitä arvot käytännössä tarkoittavat. (Silvennoinen 2004, 188.)

Potilaan tarpeista huomioiden ja parhaan mahdollisen hoidon turvaamiseksi erilaiset argumentit ovat käypiä hoitoprosessin eri vaiheissa. Nikanderin (2002) mukaan välillä argumentteja siivittävät medikaalinen, praktinen, sosiaalinen, psykologinen, taloudellinen ja eettinen aspekti. Eri ammattikunnilla on oma, koulutuksensa mukana tuoma sosialisationsa, arvomaailmansa sekä käsitykset potilaan kulloisenkin tilan arvioinnin periaatteista. Jouhevan kommunikoinnin edellytys onkin, että nämä omaa ”kieltään” puhuvat ammattikunnat kykenevät viestimään kaikille avautuvalla, ymmärrettävällä tavalla. (Nikander 2002, 56–57.)

Työyhteisöt syntyvät yksilöiden välisen viestinnän ja vuorovaikutuksen kautta. Niitä ylläpidetään ja ne uusiutuvat ihmisten välisen kommunikaation avulla. (Juholin 2009, 24.) Työyhteisön kommunikointi kattaa niin tiedon tuottamisen, muokkaamisen kuin välittämisenkin. Viestintä on myös keskustelua ja yhteisen ymmärtämisen luomista. Sosiaalisyhteiskunnallisesta näkökulmasta kommunikointi on yhteisöllisyyden rakentamista ja kulttuuria, josta heijastuvat työyhteisön arvot, asenteet sekä historia. (Honkala 2017, 104.) Moniammatillinen viestintä voidaan nähdä ikkunana koko organisaatiota ylläpitäviin käsitteisiin, käytäntöihin, valtarakenteisiin ja rutiineihin (Nikander 2002, 60).

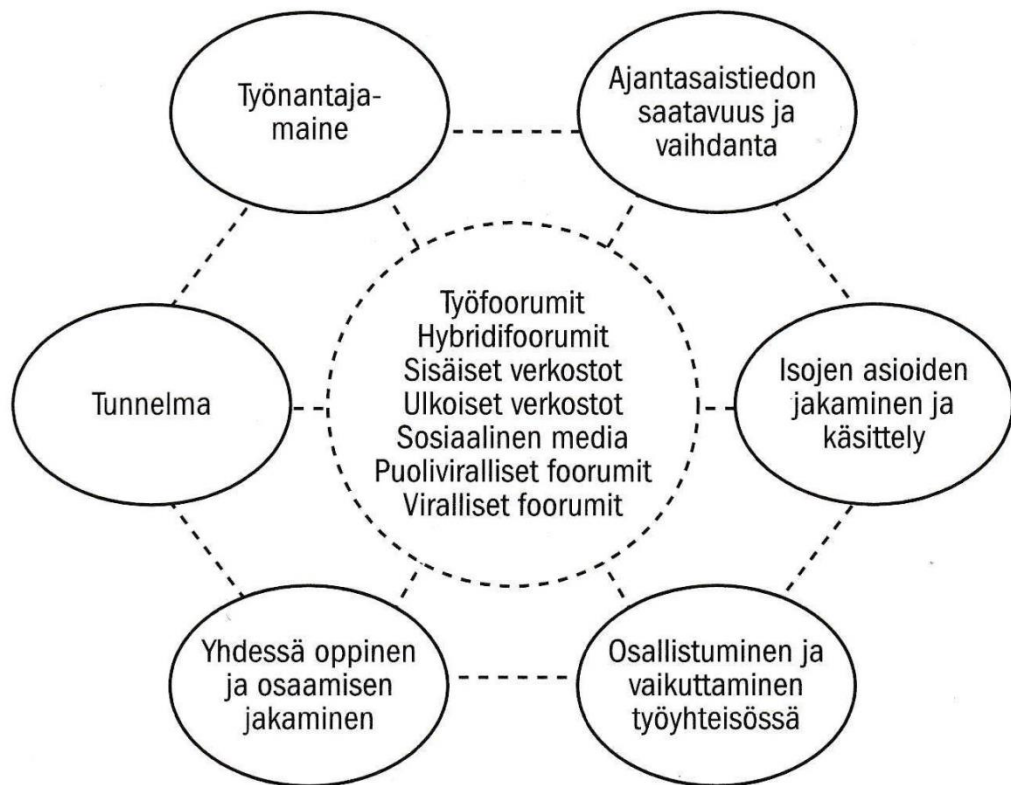
Terveystuollon asiantuntijoiden viestinnällä on tiettyjä tavoitteita: toinen toisiltaan oppiminen sekä ajantasalla pysyminen, jolloin päällekkäisyydet ja tarpeeton työ vähenevät ja näiltä vältytään (Juholin 2009, 78). Asiantuntijarooliin lukeutuu monenlaista kommunikaatiota, kuten tiedonvaihiantaa omista työ- ja substanssiasioista ja keskustelua terveydentuoltoon liittyvistä asioista. Keskustelu, kommentointi sekä kysymykset työyhteisön asioista ovat läsnä jokapäiväisissä kommunikointitilanteissa. Esimiehen kanssa tapahtuu pohdintaa ja ajatustenvaihtoa, ja alaa kehitetään myös koko yhteisön

voimin. Projektiosaaminen ja -työskentely vaativat kommunikointia työyhteisössä, samoin keskustelu eri sidosryhmien kanssa. (Juholin 2009, 225–226.) Kuvio 3 esittää asiantuntijan monet viestintäkumppanit ja -foorumit.



Kuvio 3. Asiantuntijan viestintäpaletti ja foorumeita. (Juholin 2009, 226)

Työyhteisön onnistuneen kommunikaation avaintermejä ovatkin vuorovaikutus ja vastavuoroisuus, keskinäinen arvostus sekä viestinnän tuleminen osaksi jokaisen työtä ja elämää (Juholin 2009, 61). Kuvio 4 kuvaa työyhteisön sisäisen kommunikaation sekä yhteisöllisyyden peruselementtejä.



Kuvio 4. Työyhteisöviestinnän elementtejä. (Juholin 2009, 64)

3.1 Kommunikointi osana vuorovaikutusta

Vuorovaikutus viittaa niin vuoron perään tapahtuvaan toimintaan kuin vaikuttamiseenkin, joka kohdistuu toisen käyttäytymiseen, ajatuksiin, asenteisiin tai tunteisiin (Silvennoinen 2004, 15). Viestinnän avulla vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa mahdollistuu. Vuorovaikutustaitojen kehittäminen on olennainen osa ammatillista kehittymistä.

Luottamus on viestinnän perusta. Kyky rakentaa luottamusta nopeasti on olennaista tiimityössä, jolloin ryhmä pääsee etenemään nopeasti työntekoa kohti. (Silvennoinen 2004, 79.) Luottamusta rakennetaan puhumalla asioista avoimesti ja rehellisesti myöntäen myös virheet (Silvennoinen 2004, 81).

Onnistuneen vuorovaikutusprosessin edellytys on myös toisen kuunteleminen. Se on osa keskustelua ja vuorovaikutusta. Kuuntelemisen osoittaminen eri keinoin on yhtä tärkeää kuin kuunteleminenkin. Keskustelu- ja vuorovaikutustaitoihin kuuluvat kuuntelemisen, ilmaisun ja vaikuttamisen taidot. (Honkala 2017, 175–176.)

Koska yhteiskunnassamme valtaosa työvoimasta työskentelee ammateissa, joissa ollaan vuorovaikutuksessa ihmisten kanssa, tarvitaan viestintätaitoja sekä vuorovaikutusosaamista hyvin laajasti. Näin ollen tätä työtä voivat hyödyntää muutkin ammattikunnat kuin terveydenhuollon ammattihenkilöt. Tarvitaan kykyä tiedon sekä asiantuntijuuden vaihdantaan työyhteisöissä sekä kykyä levittää näitä. Työtä ei pystytä tekemään ilman vuorovaikutustaitoja, kykyä puhua ymmärrettävästi, kuunnella, antaa palautetta ja kirjoittaa selkeästi. (Juholin 2009, 21 & 25; Paloniemi 2010, 24.) Palautteen antaminen, vastaanottaminen ja käsitteleminen on kehittävää yksilön, työryhmän kuin organisaationkin toiminnalle. Palaute auttaa oppimaan lisää ja uudistumaan. (Silvennoinen 2004, 163.)

Dialogi osoittaa sosiaalisen tuen antamista, johon lukeutuu toisen ammattitaidon arvostaminen ja sen osoittaminen, toista kunnioittava viestintä, kiinnostus toisen työtä kohtaan, tietojen antaminen ja vaihtaminen, mahdollisuus pyytää, antaa ja saada apua sekä neuvoja, tilanteen arvioimista palveleva tukeminen sekä myönteisen palautteen antaminen (Silvennoinen 2004, 64).

Suomalainen terveydenhuolto kohtaa päivittäin lähes 200 000 suomalaista. 138 ihmistä kuolee ja 155 uutta ihmistä syntyy. (Kausi 1, 6/7.) Pelkästään nämä luvut kertovat, kuinka suuri ihmismäärä terveydenhuollon palveluiden piirissä tavataan. Samalla luvut puhuvat kommunikaation tärkeyden puolesta. Tietynlainen kieli ja vuorovaikutus ovat organisaatioissa omaleimaista. (Raevaara ym. 2001, 11–17.)

3.2 Ammattikieli – kielenkäyttöä ja sanastoa

Kaikissa ammateissa on sille tyypillistä ammattisanastoa, jota jossakin työn suorittamisen vaiheessa tarvitaan. Terveydenhuollossa tällaista sanastoa löytyy runsaasti ja usein ne pohjaavat historiansa vuoksi latinaan. Ammattikieli toimii yhdistävänä tekijänä kollegoiden välillä: Tietty kielenrekisteri luo yhteyttä käyttäjiensä välille samalla erottaen heidät muista. Yksilötasolla se leimaa työntekijän roolia sekä toimii yhtenä ammattidentiteetin osatekijänä. Moniammatillisessa työyhteisössä eri ammattikunnat tuovat työhön oman alansa erityissanaston. (Nikander 2002, 57.) Ammattisanasto jättää mahdollisimman vähän tulkinnanvaraa, ja sen merkitykset luodaan keskusteluissa (Seikkula ym. 2009, 103). Kulttuuriset erot sekä murteiden sanoille antamat merkitykset voivat huomattavasti vääristää puhujan niille tarkoittamia merkityksiä. Eri ammattikuntien jäsenillä ei ole valmiiksi yhteistä kieltä, vaan se luodaan kollaboratiivisissa kommunikoin-

tilanteissa eli yhteistoiminnallisissa viestintätilanteissa, joiden ominaispiirteisiin kuuluvat vastavuoroisuus, jaetut tavoitteet ja merkitykset, jaettu toiminta ja sen arviointi sekä yhteisen ymmärryksen rakentaminen (Rauste-von Wright ym. 2003, 61).

Terveystieteiden instituutina rajaa keskusteluille päämäärän, rajoitteet sekä tyypilliset tulkintakehykset. Instituutiot määrittävät käyttäytymisen ja sosiaalisten suhteiden kokonaisuuksiksi, joita säätelevät erilaiset normit. Ne täyttävät yhteiskunnallisesti merkittäviä tehtäviä ja ovat vakiintuneet osaksi yhteiskuntaa. (Ruusuvaara ym. 2001, 13–17.) Terveystieteiden instituutitkin jäsentävät erityistehtävät, joita sen pitää suorittaa.

3.3 Ammattikuntien kohtaaminen kielenkäyttötilanteissa

”[V]iestintä tapahtuu siellä, missä ihmiset ovat ja työskentelevät ja missä he itse tuottavat ja vaihtavat tietoa ja kokemuksia” (Juholin 2009, 62). Viestinnän voidaan nähdä suuntautuvan terveydenhuollon ammattihenkilöiden kesken pystysuunnassa lääkärin ja hoitajan välillä, jolloin lääkärillä olevat valta ja kokonaisvastuu luovat hänelle tietynlaisen valta-aseman päätöksenteossa potilaan hoidosta. Viestintätapahtuma voi olla myös vaakasuuntainen, kollegiaalinen, jolloin kommunikointi tapahtuu eri yksiköiden, osastojen ja työntekijöiden kesken. (Honkala ym. 2017, 104.) Dietzin ym. tutkimuksen mukaan työvuorojen vaihtuessa annettavat potilasraportit moniammatillisessa hoitotiimissä ovat monitahoinen, mutta potilasturvallisuuden kannalta keskeinen yhteistyömuoto. Tiedon on havaittu kulkevan lääkäri-lääkäri ja hoitaja-hoitaja välillä, mutta ei ristiin näiden ammattikuntien välillä. (Dietz ym. 2014, 910–911.) Olennainen osa työtä ovat myös erilaiset verkostot, jotka voivat olla organisaation sisäisiä, muiden organisaation välisiä tai poikkitieteellisiä siten, että tiimeihin vaaditaan potilastapaukseen sopivat ammattilaiset sekä asiantuntemus (Juholin 2009, 35).

Moniammatillisessa hoitotiimissä asiantuntijoiden välinen kommunikointi tarjoaa erilaisia etuja. Ajankohtainen tieto vaihtuu nopeasti, tilanteisiin voidaan varautua huolellisemmin, toiminta on tehokasta ja aina tapahtuu oppimista. (Juholin 2009, 227.) Kommunikointiprosessissa eri ammattiryhmien välillä on kuitenkin samalla huolehdittava, että kaikki ymmärtävät toisiaan toisistaan poikkeavien käsitejärjestelmien vuoksi. Lääkärit puhuvat latinalaisperäisin lääketieteen termein, psykologeilla on oma sanastonsa ja hoitajat puhuvat osin lääketieteellisin käsittein, osin hoitotieteen ja käytännön hoitotyön muovaamin sanoin. (Silvennoinen 2004, 22.)

Erilaisista koulutusohjelmista johtuen sairaanhoitajilla ja lääkäreillä on erilaiset kommunikointitavat, jotka johtavat molemminpuoliseen turhautumiseen. Sairaanhoitajien viestintätapaa on luonnehdittu erittäin kuvailevaksi, kun taas lääkärit kommunikoivat asioista tiiviisti (Tamminen & Metsävainio 2015, 339; Foronda ym. 2016, 39). Lääkärit ovat kuvailleet turhautumistaan sairaanhoitajien kommunikaatiotapaan, sillä se ei ole järjestelmällistä, sisältö etenee epäloogisesti ja he eivät ole valmistautuneet vastaamaan esitettyihin kysymyksiin. Puheenvuorot sisältävät irrelevanttia informaatiota ja keskeiseen asiaan pääseminen vie aikaa. Sairaanhoitajien mukaan, erityisesti yövuoroissa, lääkärit eivät ole erityisen tarkkaavaisia kommunikointitilanteissa. Lääkärit eivät ole halukkaita keskustelemaan hoidon tavoitteista, sillä he haluaisivat sairaanhoitajien kertovan potilaan oireista ja muista diagnostiikkaa edesauttavista merkeistä. Itse diagnoosi on lääkäreiden mukaan heidän ammattikuntansa tehtävä, mitä sairaanhoitajien tulee välttää. Moniäänisyys on määritelty avaimeksi tehokkaan yhteistoiminnan onnistumiseen. (Foronda ym. 2016, 37.) Erot kommunikointitavassa, kommunikatiivisissa harjoituksissa sekä odotukset sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä aiheuttavat mahdollisia kommunikointihaasteita. Kommunikointitaitojen kehittymisen yhteys standardoituin kommunikointimalleihin sekä simulaatioharjoituksiin on huomattava. (Foronda ym. 2016, 39.)

Kommunikoinnin tärkeyttä on korostettu niin koulutuksissa kuin koulutuksia uudistettaessakin. Lääkäreitä, sairaanhoitajia, farmaseutteja sekä muita terveydenhuoltoalan ammattilaisia kouluttavat tahot ovat korostaneet moniammatillisuutta sekä lisänneet kommunikointiin liittyvää koulutusta. Moniammatillinen työskentely työpajoissa, tietoteknologisissa moduuleissa sekä simulaatioissa on levinnyt koulutuksen pariinkin. Potilasturvallisuuskoulutus ei kuitenkaan ole pysynyt samassa tahdissa potilasturvallisuuden kanssa ja opetusmenetelmät viestinnän koulutuksessa hoitoalan oppilaitoksissa laahaavat jäljessä. Tutkimuksen mukaan kommunikointitaitoja voidaan merkittävästi parantaa harjoittelemalla sekä käyttämällä standardoituja kommunikointimalleja. Autenttiset tilanteet potilastapauksineen ovat tehokkaampia oppimistilanteita kuin luentosalissa tapahtuva oppiminen. (Foronda ym. 2016, 36–37.)

4 SAIRAAHOITAJAN KOMMUNIKOINTIMENETELMÄT

”Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista: ”Potilaalla on oikeus hyvään sairaanhoitoon, jossa terveydenhuollon ammattihenkilön tulee kirjata riittävät tiedot hoidon järjestämiseksi, suunnittelemiseksi, toteuttamiseksi ja seurannan turvaamiseksi” (FINLEX 1992).

Näihin lakipykäliin myös kommunikointi terveydenhuollossa liittyy. Kommunikaatio-ongelmat myötävaikuttavat n. 65 % terveydenhuollon haittatapahtumista. Erityisesti raportointitilanteet ovat kriittisiä vaiheita potilasturvallisuudelle: Tiedonsiirron tai kommunikaation katkeaminen aiheuttaa vaaran hoidon jatkuvuudelle, riskin haittatapahtumiin ja hoitovirheisiin. Potilaat ovat erittäin alttiita tiedonkulussa tapahtuville virheille siirtymien yhteydessä, esimerkiksi kirurgisen potilaan kohdalla tämän siirtyessä leikkauksalasta heräämään. Näissä siirtymävaiheissa hoitovastuu siirtyy raportoinnin yhteydessä. Lisäksi työvuorojen vaihdot altistavat virheille tiedonkulussa. (Tamminen & Metsävainio 2015, 339.)

Sairaanhoitaja kohtaa työssään useita erilaisia kielenkäyttötilanteita lääkärin konsultoinnista kollegoittensa kanssa käytäviin vertaistuellisiin keskusteluihin. Briefingkeskusteluissa käydään läpi potilaan hoitosuunnitelma, tehtävät toimenpiteet, kotiutus- ja sisäänkirjausasiat. Palaveri on nopea tilannekatsaus päivän tapahtumiin, mikä takaa sen, että potilasta hoitavat tahot pysyvät ajantasaisen tiedon piirissä ja toiminta soljuu saumattomasti. (Scotten 2015, 896.) Lääkärinkiertoa kuvataan yleisimmäksi tiimin tehtäväksi. Kierrolla keskustellaan 20–25 minuuttia jokaisen potilaan hoitosuunnitelmasta ja sen aikana koko tiimi voi keskustella potilaan hoitoon liittyvistä asioista. 75 % ajasta lääkärikierrolla voidaan käyttää siis keskustelemiseen. (Dietz 2014, 910.)

4.1 Kommunikointiprotokollat

Viestinnän tueksi on kehitetty protokollia ja tarkistuslistoja. Suurin osa hoitovastuun siirtymiseen liittyvän viestinnän tutkimuksesta on tehty vasta viime vuosina. Yleisimmin viestistä jää puuttumaan lääkitystieto, arvio potilaan tilasta ja ohjeet seurannasta.

(Tamminen & Metsävainio 2015, 339.) Kommunikointiprotokollat edistävät systemaattista tiedonsiirtymistä terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä. Alla on esitetty luettelomaisesti piirteitä, jotka yhdistävät kaikkia kommunikointiprotokollia ja hyötyjä, joita niiden käyttö tuo.

- Selkeä runko, joka on kaikilla tiedossa ja samassa muodossa
- Olennainen tieto on selkeässä, priorisoidussa ja tiiviissä muodossa
- Mahdollistaa johdonmukaisen ja yhtenäisen kommunikaation
- Sopii kaikille terveydenhuollon ammattiryhmille
- Raportointi tehostuu sisällöllisesti ja se on järjestelmällistä
- Raportoinnin laatu paranee
- Ajankäyttö tehostuu
- Potilaan siirtoon liittyvät prosessit kehittyvät tehokkaammiksi
- Vähentää haittatapahtumia
- Edistää potilasturvallisuutta

(Sjöman, M. & Kippola, E. 2017.)

ISBAR, joka kansainvälisessä kirjallisuudessa lyhennetään myös muotoon SBAR, järjestää informaatiota selkeään ja suppeaan muotoon. Se myös mahdollistaa johdonmukaisen kommunikaation kaikissa terveydenhuollon ympäristöissä kaikkien ammattiryhmien kesken. (I)SBAR:a voidaan käyttää kaikessa tiedonkulussa terveydenhuollossa. (Kupari 2012, 29.) Kommunikointiprotokolla (I)SBAR tarjoaa metodisen rakenteen, organisoidun sekä integroidun tavan keskustella viestintätilanteessa (Foronda ym. 2016, 39). Terveydenhuollon ammattilaiset hyödyntävät tällaista raportointimenetelmää, koska se on selkeä, ytimekäs ja järjestelmällinen tapa välittää tärkeää informaatiota toisille (Scotten ym. 2015, 896).

(I)SBAR (*identify, situation, background, assessment, recommendation*), joka sisältää I – itsensä ja potilaan esittelyn, S – tilanteen määrittelyn, B – taustojen esittelyn, A – arvioinnin ja R – suositukset (Tamminen & Metsävainio 2015, 340). Taulukossa 1 on esitetty ISBAR tiivistetyssä muodossa.

Aluksi tulee esitellä itsensä: kerrotaan oma nimi, ammattinimike sekä osasto tai yksikkö, josta soitetaan. Seuraavaksi esitellään potilas, jolloin hänen koko nimensä, ikänsä (Foronda ym. 2015, 386.), sosiaaliturvatunnuksensa, sukupuolensa ja sijaintinsa raportoidaan. (NHS 2008.)

Toisena protokollassa on raportoinnin tai konsultoinnin syyn määrittely. Mikä ongelma on, milloin se tapahtui tai alkoi, kuinka usein se toistuu? Potilaan pääoire sekä nykytila kerrotaan. Samalla tehdään kiireellisyysarviota: Onko potilaan vointi vakaa vai epävakaa? (NHS 2008.)

Kolmantena keskitytään potilaan merkittäviin lääketieteellisiin taustoihin. Olennaiset taustasairaudet, oireet ja hoitoon hakeutumisen päivämäärä, tämänhetkinen diagnoosi, sisäänkirjauspäivä, tärkeimmät tehdyt toimenpiteet, nykyinen lääkitys, allergiat, olennaiset laboratorikoetulokset sekä muut olennaiset diagnostiset tulokset käydään läpi tässä kohdassa. (NHS 2008.)

Neljäntenä vuorossa on raportointi potilaan vitaalielintoiminnoista ja nykytilasta (Foronda ym. 2015, 386). ABCDE-protokollaa (*airway, breathing, circulation, disability, exposure*) käyttäen selvitetään potilaan hapettumiseen liittyvät ilmateiden avonaisuus, hengitys, happisaturaatio sekä hengitysfrekvenssi. Verenkierron tilaa kuvaavat pulssi, verenpaine ja EKG. Neurologista statusta määritetään tajunnantaso, kivun tuntemuksia sekä orientaatiota aikaan, paikkaan sekä itseensä selvittämällä. Verensokerin mitaus, ihon tutkinen, väri, vatsan tutkimus, virtsantulo sekä ulkoiset vauriot huomioidaan potilaan systemaattisella tutkimisella. Viimeisimmät vitaalielintoiminnot, laboratoriotulosten kehitys sekä muutokset voinnissa huomioidaan. Lopuksi arvioidaan myös, mitä voisi olla meneillään, mistä se saattaa johtua ja mitä potilas tarvitsee. Vastaosapuoli esittää myös arvionsa tilanteesta kuulemansa perusteella. (Kupari 2012.)

Lopuksi suositellaan, mitä potilaan hoidon kannalta voitaisiin tehdä. Tilanteen mukaan voidaan ehdottaa valvontaa tai tarkkailun lisäämistä, tutkimusta tai toimenpidettä, potilaan tilan uudelleen arviointia, hoitosuunnitelman muutosta, siirtoa toiseen yksikköön tai seurantaa. Viimeiseksi varmistetaan, onko toisella osapuolella kysyttävää ja toistetaan kuullut ohjeet. (NHS 2008.)

Taulukko 1. ISBAR. (Tamminen & Metsävainio 2015, 340)

I	Identification Tunnistus (Kerro kuka olet ja mistä soitat)
S	Situation Tilanne (Kerro alkuun tilanne, jonka vuoksi soitat)
B	Background Taustatiedot (Kerro tilanteen ja potilaan taustatiedot)
A	Assessment Arvio (Kerro arviosi tilanteesta)
R	Recommendation Toimintaehdotus (Kerro toimintaehdotuksesi)

I-PASS (*Illness Severity, Patient Summary, Action List, Situation Awareness and Contingency Planning, Synthesis by Receiver*) on samankaltainen kommunikointiprotokolla kuin (I)SBAR. I-PASS on ensisijaisesti suunniteltu käytettäväksi pediatristen potilaiden hoitoon, mutta se soveltuu myös muihin potilasryhmiin hyödynnettäväksi raportoinninvälineeksi. (I)SBAR:iin verrattuna protokollan merkittävin ero on se, että I-PASS-raportoinnissa viestin vastaanottaja antaa lopuksi lyhyen yhteenvedon saamastaan viestistä. (Tamminen & Metsävainio 2015, 341.) Taulukossa 2 I-PASS on kuvattuna.

Taulukko 2. I-PASS. (Tamminen & Metsävainio 2015, 341)

I	Illness Severity Sairauden vaikeusaste
P	Patient Summary Yhteenveto potilaasta
A	Action List Tehtäväluettelo
S	Situation Awareness and Contingency Planning Tilannetietoisuus ja hoidon jatkuvuus
S	Synthesis by Receiver Yhteenveto raportista

4.2 Erilaiset viestintäväylät

Puheviestintä voi olla joko välillistä tai välitöntä. Välillinen viestintä tapahtuu jonkin välineen, kuten puhelimen tai verkon kautta. Työyhteisön viestintään kuuluvat kasvokkain tapahtuvan puheviestinnän lisäksi puhelimitse, kirjeitse sekä verkon kautta tapahtuva viestintä. Hybridifoorumeissa yhdistyvät nämä kaksi viestintäväylää, joita luodaan ja syntetisoidaan tilanteen vaatimalla tavalla. Viestintäteknologiset väylät toimivat fyysisiä ympäristöjä täydentäen terveydenhuollon ympäristöissä. Kommunikointi tapahtuu siis foorumeilla, kuten fyysisissä tai virtuaalisissa työympäristöissä, joissa työyhteisön edustajat toimivat itseohjautuvasti sekä kollegiaalisesti. Viestinnän päämääränä voi olla työskentelyn edellytysten luominen, työyhteisön ylläpito, vahvistaminen ja kehittäminen sekä sen jäsenten yksilö- ja yhteisötason oppiminen, joka tapahtuu dialogisen vuorovaikutuksen keinoin. Työyhteisön jäsenet muokkaavat työllään ja kommunikoinnillaan edustamansa organisaation mainetta tietoisesti ja tiedostamatta ja heijastelevat sitä takaisin työyhteisöön. (Juholin 2009, 62.)

Viranomaisradioverkko eli VIRVE kuuluu olennaisena osana erityisesti ensihoitajien sekä päivystyspoliklinikoiden kommunikointiin. Edellä mainittujen ammattiryhmien li-

säksi sitä käyttävät poliisit, pelastustoimi sekä sosiaalitoimen päivystäjät. (STM 2018.) Radioviestinnän tulee olla selkeälinjaista, harkittua, asiallista sekä toimintaan liittyvää. Puhuminen on lyhyttä, informatiivista ja se tapahtuu normaalilla äänen voimakkuudella. Tärkeimmät käskyt sekä tiedot toistetaan ja yhteys lopetetaan selkeästi. Kuunteleminen on erityisen tärkeässä asemassa VIRVE-viestinnässä, jolloin vastapuolen viestintä kuunnellaan loppuun saakka. (Sisäasiainministeriö 2011, 23.)

Työyhteisöviestinnän sisäiseen viestintään lukeutuu yksiköiden sisäinen tiedonkulku ja viestintä, joilla varmistetaan, että kaikki tietävät työhön kuuluvat ja vaikuttavat asiat joka tilanteessa. Viestinnästä ovat vastuussa niin esimiestaso kuin yksittäiset työntekijätkin, jolloin itse työt sujuvat jouhevammin. (Honkala ym. 2017, 108.)

5 KOMMUNIKAATION TILANNESIDONNAISUUS

Kommunikointitilanteet jaetaan sosiaalisiin, tunteellisiin sekä asiallisiin keskusteluihin (Honkala ym. 2017, 176). Työtehtävissä sekä formaaleissa tilanteissa kommunikointi on pääosin asiallista terveystiedon välittämistä. Fyysinen työympäristö säätelee olennaisesti terveydenhuollon ammattilaisten kommunikointia: Siellä tehdään töitä, pidetään taukoja ja kommunikoidaan kollegoiden sekä sidosryhmien kanssa. (Juholin 2009, 73.) Moniammatillista viestintää tapahtuu formaalimmissa tilanteissa esimerkiksi hoitotyössä ja kokouksissa kuin myös informaalisti käytävä- ja kahvihuonekeskusteluissa. Sosiaalista, tunteellista sekä humoristista keskustelua käydään enemmän informaaleissa konteksteissa. Tiimeissä voidaan pohtia niin hallinnollisia käytänteitä ja linjavetoja hoitotyössä kuin päivittäisiä, käytännön hoitotyöhön liittyviä päätöksiäkin. Yhteistyön päätöksenteon muodot sekä virallisuuden asteet vaihtelevat hyvin laajasti kontekstista riippuen. (Nikander 2002, 55–56.)

Ryhmän yhteisesti jakama käsitys työtehtävästä, tavoitteista, reunaehdoista ja tärkeydestä ehkäisee konfliktitilanteiden syntyä, minkä vuoksi näistä käytävä kommunikointi onkin ensiarvoisen tärkeää (Nikander 2002, 67). Vuorovaikutustilanteita voivat koetella koko tiimin kokema sisäinen yhteenkuuluvuus ja eri ammattiryhmiin kuuluvien kollektiivisuus (Silvennoinen 2004, 17). Koska moniammatillinen työryhmä koostuu usean eri alan ammattilaisista, näkökulmia on runsaasti ja näin ollen ajatusten yhteenkärjistyksen riski kasvaa. Ristiriitatilanteiden taustalla voi olla niin ihmissuhteisiin liittyvät haasteet kuin koko organisaatioon tai käytettävissä oleviin resursseihin liittyvät ongelmat. (Nikander 2002, 69.)

Ristiriitatilanteissa kommunikaation merkitys korostuu entisestään. Oman, eriävän kantansa sanallistaminen uhkaamatta tai asettamatta toisen ammatillista autonomiaa ja osaamista kyseenalaiseksi vaatii sujuvaa kommunikointia. Ryhmän sisäinen hierarkia ja ryhmään tai sitä ympäröivään organisaatioon historian aikana rakentunut yhteistyö- ja keskustelukulttuuri vaikuttavat keskustelun kulkuun. Näin ollen moniammatillisiin ryhmiin liittyy tiettyjä käytäntöjä puheenvuorojen käyttämiseen sekä puheoikeuteen nojaten. (Nikander 2002, 67.)

Puheeseen, sosiaalisen vuorovaikutuksen muotona, vaikuttavat puheen aika sekä tila, jossa puhetahtuma käydään. Kommunikointiprosessi sisältää yksilöllisiä tekijöitä, tilannetekijöitä, kuten työyhteisön ikäjakauma, asiayhteyden sekä toimintaympäristön,

jotka taustoittavat omasta ja muiden viestinnästä tehtäviä tulkintoja ja päätelmiä. (Silvennoinen 2004, 18.) Tiimit muuttuvat terveydenhuollossa taajaan, mikä muuttaa myös työnjakoa sekä toimintatapoja. Verkostot eivät ole staattisia, vaan dynaamisia rakenteita, kuten dialogitkin.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET SEKÄ TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella, millaista kommunikaatiota suomalaisessa terveydenhuollossa esiintyy ammattihenkilöiden välillä. Tavoitteena on laajentaa käsitystä käytännön työskentelyalueilla tapahtuvasta kommunikoinnista terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä ja kehittää tätä edelleen onnistuneemmaksi. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden oman toiminnan kehittäminen ja potilaiden hoidon laadun parantaminen korreloivat onnistuneen kommunikaation kanssa. Potilasturvallisuuden ylläpitäminen, hoitoon liittyvien riskien vähentäminen sekä ammatillisen kasvun edistäminen ovat niin ikään keskeisiä tavoitteita.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Millaisia kielenkäyttötilanteet ovat sisällöltään terveydenhuollossa?
- 2) Miten lääkäri-hoitaja välinen kommunikointi eroaa hoitaja-hoitaja välisestä kommunikoinnista?
- 3) Millaista kielenkäyttö on terveydenhuollon eri työskentelyalueilla?

7 TUTKIMUSASETELMA

7.1 Tutkimusmenetelmä

Ihmistieteellisessä, hoitotyön toimintaa käsittelevässä tutkimuksessa monitieteellisyys luo monipuolisia näkökulmaoluttuvuuksia alan tutkimukseen. Tässä tutkimuksessa hoitotyöhön yhdistetään sosiologiaa, lääketiedettä sekä suomen kielen ja viestinnän asiantuntemusta. Poikkitieteellisyys on usein hoitotieteellistä tutkimusta rikastuttava piirre, joka voi parhaimmillaan avata uusia, mielenkiintoisia tutkimusväyliä.

Opinnäytetyön tiedonhaussa on käytetty laajasti eri tietokantoja sekä kirjallisuutta. Opinnäytetyössä käytettäviä tietokantoja ovat olleet Medic, Cinahl Complete, Google Scholar ja PubMed. Suomenkielisinä hakusanoina toimivat: kommunikointi, moniammatillinen työyhteisö, sairaala, terveydenhuolto, tiimityö ja viestintä. Englanninkielisinä hakusanoina on käytetty: collaboration, communication, health care, hospital, multiprofessional team and teamwork.

Tutkimuksen aluksi on tärkeää määritellä käyttämänsä keskeiset käsitteet yksiselitteisesti, jotta lukija ymmärtää ne kirjoittajan haluamalla tavalla. Tutkimusongelmien aiemman tutkimuksen kriittinen, tiivis erittely sekä nykyisen tutkimussuunnan viitoittaminen auttavat lukijaa aiheen ymmärtämisessä ja sen arvioinnissa, kuinka tutkimus sijoittuu alan tutkimuskenttään ja miten se kartuttaa olemassa olevaa tietoa. (Hirsjärvi ym. 1997, 242.)

Aineiston kannalta keskeistä on, kerätäänkö aineisto itse vai käytetäänkö jo olemassa olevia aineistoja. Valmiiden aineistojen hyödyntäminen on myös mahdollista. Sekundaariaineistot olisi kytkettävä ja sovitettava omaan tutkimukseen. Suurissa projekteissa saattaa olla analysoimatonta materiaalia, jota voi käyttää vertailumateriaalina, oman aineiston täydentävänä materiaalina, ja aikaisempien tutkimusten aineistoja voidaan analysoida kokonaan uudesta näkökulmasta. (Hirsjärvi ym. 1997, 175 & 178.) Tässä tutkimuksessa valmiin aineiston analysointi on työn laajuuden kannalta relevantti muoto: Aineisto on helposti saatavilla Yle Areenasta ja se on sopivankokoinen analysoitavaksi. Nykyisen tutkimuksen laajuus- ja aikasuositukset luovat kehykset valitulle tutkimusaineisto- ja analyysimuodolle, jolloin jo valmiiksi videoidun aineiston analyysi on helpompaa toteuttaa. Tällainen tutkimus on lähinnä sitä, mitä terveydenhuollossa voisi nähdä jalkautumatta autenttiseen sairaalamaailman ympäristöön.

Aineiston tuottamisen olosuhteet olisi kerrottava selkeästi ja totuudenmukaisesti (Hirsjärvi ym. 1997, 217). Elossa 24h on suomalainen, terveydenhuollon ammattihenkilöiden työtä kuvaava seitsenosainen televisiosarja. Sarjaa on esitetty kaksi tuotantokautta. Tässä tutkimuksessa analysoidaan ensimmäistä tuotantokautta, joka on kuvattu yhtenä vuorokautena, 21.9.2016. Ohjelmasarjan ensimmäinen tuotantokausi esitettiin tammikuussa 2017. Kuvausmiljöinä ovat olleet sairaalat, terveyskeskukset, päivystyspoliklinikat, ambulanssit sekä helikopterit. Elossa 24h esittää potilastarinoita potilaiden, omaisten sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkökulmista.

Tutkimus toteutettiin katsomalla Elossa 24h -sarjan kauden yksi jokainen jakso järjestyksessä läpi. Kun jaksossa esiintyi kommunikaatiota lääkärin ja hoitajan tai kahden hoitajan välillä, litteroitiin nämä puhekielisyysineen ja katsottiin kohdat uudestaan niin monta kertaa, että koko dialogi saatiin kirjoitettua auki. Kaikkea sanottua ei pystynyt kirjaamaan, vaan tarkoituksenmukaisuuden periaatetta noudattaen valittiin keskeisiä, tutkimuksellisesti arvokkaita puheenvuoroja. Lisäksi ajoittainen taustahälinä kuvatuissa jaksoissa teki jokaisen puheenvuoron kuulemisen mahdottomaksi. Valikointi on eräänlaista analyysia, jossa tutkija valitsee järjen keinoin tutkimuksen kannalta keskeisimmän aineiston (Grönfors 2015, 157).

Laadullisessa tutkimuksessa tarvitaan kahdenlaisia teorioita: Täytyy olla taustateoria, johon aineistoa peilataan sekä teoria, joka rajaa tulkintamahdollisuuksia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa teoriaa rakennetaan usein induktiivisesti eli yksityisistä esimerkeistä edetään yleisempiin näkökantoihin. (Eskola & Suoranta 1998, 82–83.) Elossa 24h -sarjassa yksittäiset kommunikointitilanteet toimivat esimerkkeinä, joita vedetään laajempiin kommunikatiivisiin teorioihin.

7.2 Tutkimustulosten analysointi

Aineiston analyysin tarkoituksena on täsmentää tutkimustehtävää, löytää linjoja jatkossa tapahtuvaa aineistonkeruuta varten ja näin kohdistaa tutkimusta tarkoituksenmukaisesti arvioituun suuntaan (Kiviniemi 2010, 79). Puheenvuorot analysoitiin teema- ja sisällönanalyysejä hyödyntäen. Teema-analyysia käytettäessä ensimmäinen työvaihe on järjestää aineisto teemoittain, jolloin sitä ikään kuin järjestellään uudelleen: Puheenvuorot jaoteltiin ja koottiin teemoittain erilaisiin ryhmiin, jotka olivat tutkimuksen kannalta olennaisia, tutkimuskysymysten pohjalta merkityksellisiksi nousseita ja niitä valaisevia. (Kiviniemi 2010, 179–199.) Teemojen kokonaisvaltainen käsittely on olennaista, jolloin

tutkijan täytyy löytää ydinkategoriat, joiden avulla tutkittavaa kohdetta käsitellään. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston sisällönanalyysi on luonteeltaan analyttistä ja synteettistä: Analyttisyydellä tarkoitetaan aineiston luokittelua ja jäsenystä teema-alueisiin, joita tässä tutkimuksessa ovat tehtävä- ja sosio-emotionaalisen tason osallistumistavan, sanatason sekä käytännön työskentelyaluetaison teema-alueet. Keskeistä on synteesiä luova temaattinen kokonaisrakenne, joka ylittää koko aineiston ylitse. Laadullinen tutkimus on näin ollen luonteeltaan tulkinnallista. (Kiviniemi 2010, 80–81.)

Analyysissä puheenvuorot erotellaan tehtävä- ja sosio-emotionaalisen tason osallistumistavan jaotteluun sekä sanatason että käytännön toimialuejaotteluun. Tehtävätason osallistumistavat jaetaan aloitteellisiin osallistumistapoihin sekä osallistaviin osallistumistapoihin. Aloitteellisilla osallistumistavoilla pyritään ilmaisemaan omia käsityksiä sekä ajatuksia ja osallistavilla osallistumistavoilla aktivoimaan muita sekä hankkimaan tietoa muiden käsityksistä ja ajatuksista. (Silvennoinen 2004, 216.) Tehtäväkeskeisiin osallistumistapoihin kuuluvat ehdotusten tekeminen ja hakeminen, mielipiteiden esittäminen, kysyminen ja pyytäminen sekä tiedon jakaminen, kysyminen ja pyytäminen (Silvennoinen 2004, 218–219).

Positiivisissa sosio-emotionaalisen osallistumistavan ystävällisyyttä osoittavissa puheenvuoroissa lisätään luottamusta keskustelijoiden välillä. Kunnioitus, arvostus sekä myötätunto välittyvät tämän suhdetason kautta. (Silvennoinen 2004, 216–217.) Kiittäminen ja tunnustuksen antaminen ovat tehokkainta silloin, kun se kytketään työsuoritukseen tai –tapaan (Silvennoinen 2004, 68). Sosio-emotionaalisen tason osallistumistapoihin kuuluvien tarinoinnin ja juttelun avulla kevennetään vuorovaikutustilannetta. Juttelun avulla voidaan kuvata jonkun kokijan asennoitumista ja reaktioita. (Silvennoinen 2004, 217.) Samanmielisyyden osoittaminen rakentaa luottamusta ja pitää vuorovaikutuskanavaa auki. Erimielisyyttä voi osoittaa tyrmäävillä ilmauksilla, joilla alleviivataan erimielisyyttä ja puututaan jopa henkilökohtaisuuksiin. Kärkevät sanavalinnat ja kantansa esittäminen ehdottomana totuutena kuuluvat tällaiseen negatiiviseen sosio-emotionaaliseen osallistumistapaan. Muita negatiivisia, vastakkainasettelua korostavia osallistumistapoja ovat jännittyneisyyden sekä epäystävällisyyden osoittaminen. (Silvennoinen 2004, 217 & 220.)

Sanatason sekä käytännön työskentelyaluetaison analyysissä analysointiyksikkö vaihtelee. Analyysiyksikkönä toimii lause, ajatuksellinen kokonaisuus tai tapahtuma. Kvalitatiivisessa sisällönanalyysissä on mahdollista muuttaa analyysiyksikköä ja samalle aineistolle voidaan tehdä eritasoisia analyyseja, mitä tässäkin tutkimuksessa on tehty

lausetasolta tapahtumatasolle. Tällöin aineisto jaotellaan useampaan kertaan analyysiyksikön variaatiosta johtuen. (Seitamaa-Hakkarainen 2014.)

Teorialähtöisessä tulkinnassa erilaiset teoriat luovat viitekehykset aineiston analyysille ja tulkinnalle. Empiiristä tutkimusta peilataan teoreettisiin viitekehyksiin. Teemoittelu vaihetta seuraa varsinainen analyysi, jolloin tutkija lukee aineistonsa riittävän monta kertaa ja esittää tästä tulkintansa. Tapahtumakuvaukset ja sitaatit järjesteltiin sopivien teema-alueiden alle argumentoiden näiden sijoittamisvalinnat. Tematisoinnissa aineistosta otetaan nostoja selventämään tutkimuskysymyksiä: Tekstikatkelmat toimivat selkeyttävinä esimerkkeinä aineistosta sekä tulkinnan tukena. Analyyttistä induktiota soveltaen tutkijan tulee poimia ilmiötä parhaiten kuvaavimmat kohdat aineistostaan ja täydentää näitä. Lopuksi tutkija kirjoittaa omat tulkintansa esimerkkien avulla teorian tietoon ja aiempiin tutkimuksiin tukien auki niin, että ulkopuolinenkin saa aiheesta mahdollisimman kattavan kokonaiskuvan. Analyysin päämääränä on tiivistää aineisto siten, että sen informaatioarvo kasvaa. (Kiviniemi 2010, 179–199.)

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Tehtävätason osallistumistapoja

Tehtäväkeskeisiin osallistumistapoihin kuuluvat siis ehdotusten tekeminen ja hakeminen, mielipiteiden esittäminen, kysyminen ja pyytäminen sekä tiedon jakaminen, kysyminen ja pyytäminen (Silvennoinen 2004, 218–219). Tapahtumakuvaukset, tiedottaminen, avunpyynnöt, ohjeistukset sekä ehdotukset liittyvät seuraaviin esimerkkitalanteisiin. Tiedonanto ja tiedon pyytäminen auttavat suuntautumaan ratkaistavaan ongelmaan. Tiedon jakaminen työryhmässä auttaa jäsentämään tietoa, ymmärtämään tapahtuvaa toimintaa sekä pohtimaan erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja. Ehdotuksilla pyritään vaikuttamaan toiminnan lopputulokseen, ja niiden taustalla on tietoa ja käytännön kokemusta.

VIRVE:a eli viranomaisradioverkkoa käytetään runsaasti ensihoidollisissa tilanteissa: Ensihoitolääkäri Setälä informoi VIRVE:n avulla, että hän on tulossa tiiminsä kanssa maayksiköllä kohteeseen ja tiedustelee, millaisen tilannekuvan ensihoitoyksikkö antaa tapahtumapaikalta. ”Nukahteleva potilas, iho hikinen, elintajunta fluktuoi.”, kuvailee ensihoitolääkäri vielä ennen kohteeseen saapumista ja samalla hän tiedottaa tapahtumapaikalle heidän saapumisajankohdastaan. Viranomaisradioverkkoa käytetään myös lisäavunpyynnöissä ensihoidon koodikielellä: ”Tampereen Aarne 708 kiireellistä kanto-apua!”, tiivistää Setälä. Tapahtumapaikalla on tajuton mies. Lääkäri kertoo potilaan tilasta muulle tiimille, jotta osataan toimia tilanteen vaatimalla tavalla. Hoitaja ilmoittaa, että hänellä on sopiva intubaatioputki, jonka hän ojentaa lääkärille. Intubaation jälkeen lääkäri kertoo potilaan ventiloituvan ja happeutuvan adekvaatisti. Hoitaja ehdottaa potilaan siirtoasentoa muulle tiimille, johon lääkäri yhtyy ja lisää ohjeen. Hoitaja huomaa defibrillaattorin akun olevan vähissä ja kehottaa tiimiä nopeaan potilassiirtoon. (Kausi 1, 1/7.)

Rintasyöpäpotilasta leikattaessa kirurgi kertoo muulle hoitotiimille, että potilaalta poistetaan vartijaimusolmukkeet. Tiimi keskustelee tehtävästä työstä aktiivisesti. Kirurgi antaa luvan viedä poistetut vartijaimusolmukkeet patologin tutkittavaksi, jonka hoitaja kuittaa kuulluksi. Sillä välin, kun biopsia on patologin analysoitavana ja tiimi odottaa leikkauksen kannalta merkittävää vastausta, hoitotiimi keskustelee muista, ei toimenpiteeseen liittyvistä asioista. Valvoja hoitaa

saa puhelun tuloksista ja aloittaa sen kertomalla ammattinsa sekä sukunimensä. Puhelinta pidetään steriiliksi pukeutuneen kirurgin korvalla, joka puhelun loputtua kertoo koko tiimille tuloksesta. Koska tulos oli negatiivinen eli metastaaseja ei havaittu, kirurgi kertoo, että leikkaus voidaan lopettaa. (Kausi 1, 5/7.)

Tehtäväkeskeistä osallistumistapaa on alla olevassa, ensimmäiseksi esitetyssä esimerkissä havaittavissa kohdissa, missä lääkäri tiedustelee potilaan vointia, esittää tarkentavia lisäkysymyksiä, antaa lääkemääräyksen, ohjeistaa hoitajia sekä raportointitilanteessa. Systemaattinen raportointi onkin terveydenhuollossa keskeinen tiedon jakamiseen liittyvä osallistumistapa. Tiedon jakaminen taustoittaa niin ikään toista ja kolmatta alla esiteltyä kommunikointitilannetta. Toisessa esimerkkitapauksessa esiintyy myös tiedon kysymistä. Parhaan mahdollisen hoidon turvaamiseksi hoitajat arvioivat, havainnoivat ja raportoivat potilaasta muulle hoitotiimille. Systemaattinen raportointimenetelmä ISBAR on käytössä.

Akuuttihoitotiimin hoidettava potilas on tapaturmaisesti loukkaantunut mies. **Paikalla saapuessaan Setälä esittelee itsensä sekä roolinsa, minkä jälkeen hän tiedustelee potilaan luona ollutta tiimiä hänen voinnistaan. Ensihoitotiimi antaa tiiviin raportin tapahtumista ISBAR-raportointimenetelmän mukaisesti. Lääkäri esittää tarkentavia lisäkysymyksiä, joiden avulla hän voi tehdä arvioita vammamekanismista ja -energiasta. Kivun ollessa todella voimakasta lääkäri antaa hoitohenkilökunnalle suullisen lääkemääräyksen fentanyylista ja sen annostuksesta. Lääkäri on lääkinnyt potilasta ketamiinilla ja kertoo, ettei potilas ole tämän vaikutuksesta keskustelevalta. Ambulanssimatkaa sairaalaan aloittaessa hoitajat kertovat tiedon olevan heille riittävää, jolloin lääkäri toivottaa heille hyvää matkaa ja kiittää yhteistyöstä.** (Kausi 1, 1/7 & 7/7.)

Potilas saapuu ambulanssilla traumahälytyksenä hoitoon. **Vastassa on hoitaja, joka kysyy, mistä potilas tulee ja ohjaa hoitajat oikeaan hoituhuoneeseen. Samalla, kun toinen ensihoitajista avaa turvavöitä, toinen alkaa kertoa raporttia traumatiimille, johon kuuluu traumatologi, sairaanhoitajia, radiologi, röntgenhoitajia, laboratorion hoitaja anestesioologi sekä anestesiahoitaja. Raportissa hän kertoo potilaan iän, traumatapahtuman kulun ja arvion pudotusta matkasta tiiviisti. Potilas siirretään hoitotasolle välittömästi raportin loputtua lääkärin laskiessa kolmeen. Ensihoito lisää vielä raporttiinsa potilaan pahoinvoinnin tunteen. Potilas kertoo selän olevan kipeä, ja hoitaja kertoo ää-**

neen niin potilaalle kuin hoitotiimillekin antavansa tälle kipulääkettä. Seuraavaksi röntgenhoitaja ilmoittaa, että potilaasta otetaan kuva ja joku toistaa vielä saman, jotta muu tiimi voi siksi aikaa poistua samasta tilasta. (Kausi 1, 6/7.)

Toinen traumahälytys on rakenteeltaan samankaltainen kuin edellinen esimerkkitapaus: **Hoitajat alkavat antaa tapahtumaraporttia muulle hoitotiimille. Hoitaja kertoo havaitsemistaan vammoista, vitaalielintoiminnoista ja kivusta sekä annetusta kipulääkityksestä.** Akuuttitilanteessa kommunikointiverkostot risteävät keskenään muun muassa lääkärin haastatellessa potilasta ja **anestesiatiimin keskustellessa kipulääkityksestä samanaikaisesti.** (Kausi 1, 6/7.)

Selvennyksen pyytämällä pyritään saamaan asiasta lisäinformaatiota ja lisäämään omaa ja toisten ymmärrystä asiasta.

Hoitaja ja lääkäri keskustelevat potilaan voinnista heräämössä. Hoitaja kertoo potilaan mobilisoitumisesta ja kipulääkkeiden antoajankohdasta lääkärille, joka potilasta tulee tapaamaan. Hoitaja määrittelee myös potilaan neurologista statusta lääkärille. (Kausi 1, 6/7.)

Vastasyntyneiden teho-osaston aamupalaverissa jaetaan työt. Siellä on kokoontuneena aamuvuoroon tulleet hoitajat sekä lääkärit. **Osaston ylilääkäri kertoo päivän yhdestä tyräleikkauspotilaasta.** (Kausi 1, 6/7.)

Suunnitellussa sektiossa leikkaava lääkäri tiedustelee anestesiapuolen näkökulmaa leikkauksen aloitukseen. Potilaan vitaalielintoiminnoista annetaan tieto koko hoitotiimille, johon kuuluu anestesialeikkaaja, -hoitaja, leikkaava lääkäri, instrumentoiva hoitaja sekä kätilö. (Kausi 1, 3/7.)

Sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu myös konsultointi, joka tässä tapauksessa tapahtuu välillisesti puhelimitse. Tällä moniammatillisella tiimityöllä potilaan hoitoa voidaan saattaa eteenpäin.

Sekavaa, päihdetaustaista potilasta haastatellessa hoitaja soittaa konsultatiivipuhelun lääkärille, sillä potilaalla olisi ollut aamulla aika päihdepsykiatrian poliklinikalle, jonne tämä ei kuitenkaan ollut mennyt (Kausi 1, 4/7).

Tiedonsiirtoa ja tietojen kysymistä tapahtuu seuraavissa kommunikointitilanteissa. EKG:tä tulkittaessa toinen hoitajista haluaa kollegaltaan mielipiteen tai varmistuksen

siitä, onko rytmihäiriö kammiolisälyönti. Virheiden minimointi sekä yhteistyön merkitys korostuvat tässä esimerkissä.

Hoitajat tapaavat hälytyksellään liikaa kilpirauhaslääkettä ottaneen naisen. Haastattelutilanteessa hoitajat haastattelevat toinen toistaan tukien potilasta. Toinen hoitaja ottaa EKG:n ja huokaisee potilaalla olevan kammiolisälyönnejä kollegalleen, joka vielä katsoo filmin. (Kausi 1, 4/7)

Sairaanhoitaja raportoi kollegoilleen juuri päivystykseen tulleesta potilaasta ja hänen tulostyöstään kansliassa (Kausi 1, 5/7).

Tehtäväkeskeisiin osallistumistapoihin liittyvä tiedotus tapahtuu lääkärin laskeissa kolmeen, jotta potilas voidaan turvallisesti siirtää. Hoitajat ovat mukana kommunikointiprosessissa, jossa he antavat tehtävän suorittamisen kannalta olennaista tietoa muulle tiimille. Seuraavaksi taas lääkäri antaa jatko-ohjeistusta, jotta potilaan hoitopolku ei keskeydy.

Sairaalaan saavuttaessa potilas siirretään akuuttihoituhuoneen sänkyyn, jolloin lääkäri laskee kolmeen siirron turvallisuuden varmistamiseksi. Hoitajat ohjeistavat sekä varoittavat tiimiä: ”Varokaa tuota monitoria, ettei pää osu siihen!” Potilasturvallisuus otetaan siis huomioon jokaisessa hoidon vaiheessa. Lopuksi ensihoitolääkäri Setälä antaa ohjeet rankalaudan poistosta sekä toteaa napakasti tiimille: ”Hyvä!”. (Kausi 1, 1/7.)

Palautekeskusteluissa voidaan pohtia jatkossa hyödynnettäviä parannusehdotuksia, esittää mielipiteitä, kysyä ja pyytää tietoa sekä mielipiteitä. Mielipiteiden vaihdolla pyritään tiedon ja päätösten kriittiseen arviointiin. Tällainen toimintatapa edesauttaa tulevaisuudessa kohti yhä laadukkaampaa potilaan hoitoa. Yhteenvedot ja kokoavat puheenvuorot auttavat siis kehittymään jatkossa entistä paremmaksi toimijaksi.

Työvuoron päätteeksi tiimin jäsenet pitävät loppupalaverin, jossa he käsittelevät työpäivän kulkua: tehtävämäärää, kohdattuja potilaita ja päivän sujuvuutta. (Kausi 1, 1/7.)

8.2 Sosio-emotionaalisen tason osallistumistapoja

Lääkärin ja hoitajan välisessä kommunikoinnissa työtehtävän päätöstilanne loppuu usein kiittelyyn. Sen sijaan kahden hoitajan välisen työsuorituksen päätteeksi tätä tapaa ei havaita. Työvaiheen ollessa valmis tiimin kiittäminen kuuluu sairaalamaailman konventioihin. Tällaiset ystävällisyyttä ilmentävät puheenvuorot osoittavat arvostusta osapuolten työpanoksille ja niitä tarvitaan erityisesti työskentelyn aloitus- ja päätöstilanteissa. Toisessa esimerkissä havaittava, itsensä ja roolinsa esittely lukeutuu myös ystävällisyyttä osoittavaksi puheenvuoroksi. Seuraavat esimerkit päättyvät edellä kuvattuun kiittelytilanteeseen.

Kotiuttamisessa sekä hoitaja että leikkaava kirurgi ovat läsnä potilaan luona. Kirurgi kertoo potilaan olevan valmis kotiutumaan. Hoitaja varmistaa vielä, että potilas saa kotiutua ja tiedustelee jatkohoito-ohjeita. **Lopuksi he kiittävät toisiaan toimivasta yhteistyöstä.** (Kausi 1, 6/7.)

Akuuttihoitotiimin hoidettava potilas on tapaturmaisesti loukkaantunut mies. **Paikalla saapuessaan Setälä esittelee itsensä sekä roolinsa**, jonka jälkeen hän tiedustelee potilaan luona ollutta tiimiä hänen voinnistaan. Ensihoitotiimi antaa tiiviin raportin tapahtumista ISBAR-raportointimenetelmän mukaisesti. Lääkäri esittää tarkentavia lisäkysymyksiä, joiden avulla hän voi tehdä arvioita vammamekanismista ja -energiasta. Kivun ollessa todella voimakasta lääkäri antaa hoitohenkilökunnalle suullisen lääkemääräyksen fentanyylista ja sen annostuksesta. Lääkäri on lääkinnyt potilasta ketamiinilla ja kertoo, ettei potilas ole tämän vaikutuksesta keskustelevalta. Ambulanssimatkaa sairaalaan aloittaessa hoitajat kertovat tiedon olevan heille riittävää, jolloin **lääkäri toivottaa heille hyvää matkaa ja kiittää yhteistyöstä.** (Kausi 1, 1/7 & 7/7.)

Avosydänleikkauksessa hoitaja pitää anestesia-lääkäreitä nukutusvaiheessa ajantasalla, kuinka paljon propofolia on potilaan suoneen annettu. Lääkäri antaa leikkauksessa käskyjä: ”Ota PEEP pois, keuhkot painuu vähän liikaa!” Tähän hoitaja kuittaa saman tien ääneen vastauksen. Leikkauksen loppupuolella kirurgi pyytää lankaa ja operaation päätteeksi toteaa leikkaustiimillensä: ”Okei, tämä oli tässä. **Kiitoksia!**” (Kausi 1, 3/7.)

Päätännöksi lääkäri käyttää sosio-emotionaalisen puheenvuoron, jossa hän kehuu tiiminsä toimintaa. Kannustava kommunikointi luo hyvää työilmapiiriä työyhteisöön.

Sairaalaan saavuttaessa potilas siirretään akuuttihoituhuoneen sänkyyn, jolloin lääkäri laskee kolmeen siirron turvallisuuden varmistamiseksi. Hoitajat ohjeistavat sekä varoittavat tiimiä: ”Varokaa tuota monitoria, ettei pää osu siihen!” Potilasturvallisuus otetaan siis huomioon jokaisessa hoidon vaiheessa. Lopuksi ensihoitolääkäri Setälä antaa ohjeet rankalaudan poistosta sekä **toteaa napakasti tiimille: ”Hyvä!”**. (Kausi 1, 1/7.)

Jutustelu ja huumori lukeutuvat myös terveydenhuollon piirissä työskentelevien kommunikointiprosesseihin. Jutustelulla voi olla keskustelijoiden välillä omia erityisiä merkityksiä. Huumori keventää tunnelmaa ja keskustelu muistakin kuin työtehtävien ympärille liittyvistä aiheista lisää tiimin positiivista vuorovaikutusta.

Hoitajat käyvät informaalimpaa keskustelua toistensa kanssa kahvihuoneessa. **Toinen hoitajista vitsailee keittävänsä niin tujua kahvia: ”Sillee, et tukka mustuu tällä blondillaki.” He pohtivat, kuinka media aina kuvailee, että joku on kiidätetty ambulanssilla sairaalaan.** (Kausi 1, 4/7.)

Rintasyöpäpotilasta leikattaessa kirurgi kertoo muulle hoitotiimille, että potilaalta poistetaan vartijaimusolmukkeet. Tiimi keskustelee tehtävästä työstä aktiivisesti. Kirurgi antaa luvan viedä poistetut vartijaimusolmukkeet patologin tutkittavaksi, jonka hoitaja kiittää kuulluksi. **Sillä välin, kun biopsia on patologin analysoitavana ja tiimi odottaa leikkauksen kannalta merkittävää vastausta, hoitotiimi keskustelee muista, ei toimenpiteeseen liittyvistä asioista.** Valvoja hoitaa saa puhelun tuloksista ja aloittaa sen kertomalla ammattinsa sekä sukunimensä. Puhelinta pidetään steriiliksi pukeutuneen kirurgin korvalla, joka puhelun loputtua kertoo koko tiimille tuloksesta. Koska tulos oli negatiivinen eli metastaaseja ei havaittu, kirurgi kertoo, että leikkaus voidaan lopettaa. (Kausi 1, 5/7.)

Yhteisen työn tuloksista keskusteleminen lisää luottamusta yhteiseen tekemiseen ja samalla se saattaa toimia prosessia arvioivana dialogina. Tällaiset kommunikointitilanteet lisäävät tiimin yhteisöllisyyden tunnetta ja arvostuksen kokemusta.

Vastasyntyneiden teho-osaston ylilääkäri ja sairaanhoitaja keskustelevat yhteistyönsä tuloksista. He ovat suunnitelleet osastolle perhehuoneita, joissa voidaan myös tarvittaessa tehdä hoitotoimenpiteitä. (Kausi 1, 6/7.)

Sairaalapappi pitää työnohjausta lasten teho-osaston sairaanhoitajille, missä aiheena on lapsen kuolema. Pappi esittelee teemoja, kyselee osittain retorisiakin ky-

symyksiä, joihin **hoitajat vastaavat ja keskustelevat keskenään. Yksi sairaanhoitaja nostaa esille potilastapauksen, jolla ei ollut enää ennustetta. Hoitajat purkavat tapahtumia ja tunteitaan tilanteessa.** (Kausi 1, 5/7.)

8.3 Kommunikaation sanataso

Yhteistä kommunikointitapahtumille on se, että puhujat ilmaisevat asioita varsin yleiskielisesti. Kaikenlaiset itse asiaa hämärtävät murreilmaisut on karsittu puheesta, mikä onkin relevanttia yksitulkintaisuuden näkökulmasta. Kielessä ei ole havaittavissa sairaalasangin käyttöä. Latinalaisperäistä terminologiaa on käytössä niukasti. Seuraavat esimerkit osoittavat, kuinka lääke- ja hoitotieteen sanavalinnat värittävät keskustelua.

”Nukahteleva potilas, iho hikinen, elintajunta **fluktuoi**.” (Kausi 1, 1/7.)

Fluktuointi on lääketieteellinen käsite, joka tarkoittaa oireiden voimakkuuden tai terveydentilan vaihtelua tai aaltoilua. Tällainen termi aukeaa hoitotiimin jäsenille ja sitä käytetään terveydenhuollon miljöissä.

”Tampereen **Aarne 708** kiireellistä kantoapua!” (Kausi 1, 1/7.)

”Aarne” viittaa puolestaan A-kiireellisyysluokan ensihoitotehtävään, jolloin potilaalla on välitön hengenvaara, peruselintoimintojen (hengitys, verenkierto, tajunta) vakava häiriö tai ilmeinen uhka sellaisesta, suurenerginen onnettomuus- tai vammautumismekanismi, arvioitu nopean kuljetuksen tarve tai mahdollinen lääkäritasoisien ensihoidon tarve (STM 2005, 24). Ainakin ensihoidon ammattilaisille kiireellisyysluokajaottelu on osa ammattitaitoa.

”Ota **PEEP** pois, keuhkot painuu vähän liikaa!”

PEEP liittyy positiiviseen uloshengityksen loppuvaiheen paineeseen. Se on alveolien paine, joka niissä on uloshengityksen loppupuolella. Leikkaussalissa, varsinkin anestesiatimi, hyödyntää tämän työskentelyalueen sanastoa.

Suunnitellussa sektiossa leikkaava lääkäri tiedustelee anestesiapuolen näkökulmaa leikkauksen aloitukseen. Potilaan **vitaalielintoiminnoista** annetaan tieto koko hoitotiimille, johon kuuluu anestesia lääkäri, -hoitaja, leikkaava lääkäri, instrumentoitu hoitaja sekä kättilö. (Kausi 1, 3/7.)

Vitaalielintoiminnot kuuluu terveydenhuoltoalan peruskäsitteistöön. Niihin lukeutuvat potilaan tajunnantason, pulssin, verenpaineen, hengityksen sekä lämmön tarkkailu.

Rintasyöpäpotilasta leikattaessa kirurgi kertoo muulle hoitotiimille, että potilaalta poistetaan vartijaimusolmukkeet. Tiimi keskustelee tehtävästä työstä aktiivisesti. Kirurgi antaa luvan viedä poistetut vartijaimusolmukkeet **patologin** tutkittavaksi, jonka hoitaja kuittaa kuulluksi. Sillä välin, kun **biopsia** on patologin analysoitavana ja tiimi odottaa leikkauksen kannalta merkittävää vastausta, hoitotiimi keskustelee muista, ei toimenpiteeseen liittyvistä asioista. Valvoja hoitaa saa puhelun tuloksista ja aloittaa sen kertomalla ammattinsa sekä sukunimensä. Puhelinta pidetään steriiliksi pukeutuneen kirurgin korvalla, joka puhelun loputtua kertoo koko tiimille tuloksesta. Koska tulos oli negatiivinen eli **metastaaseja** ei havaittu, kirurgi kertoo, että leikkaus voidaan lopettaa. (Kausi 1, 5/7.)

Lääkäri kertoo potilaan tilasta muulle tiimille, jotta osataan toimia tilanteen vaatimalla tavalla. Hoitaja ilmoittaa, että hänellä on sopiva **intubaatioputki**, jonka hän ojentaa lääkärille. Intubaation jälkeen lääkäri kertoo potilaan **ventiloituvan** ja **happeutuvan adekvaatisti**. Hoitaja ehdottaa potilaan siirtoasentoa muulle tiimille, johon lääkäri yhtyy ja lisää ohjeen. Hoitaja huomaa **defibrillaattorin** akun olevan vähissä ja kehottaa tiimiä nopeaan potilassiirtoon. (Kausi 1, 1/7.)

Patologi, biopsia, metastaasit, intubaatioputki, ventilaatio, happeutuminen, adekvaatti sekä defibrillaattori lukeutuvat lääke- ja hoitotieteen sanavarastoon.

8.4 Kommunikointi käytännön työskentelyalueilla

Alla oleva esimerkkitapaus osoittaa kommunikoinnin olevan tiivistä ja yksiselitteistä, mitä akuuttitilanne vaatii. Tiedon jakaminen ja ehdotusten tekeminen kaksisuuntaisesti hoitajien ja lääkärin vahvistaa kommunikointitilannetta. Hoitajat kertovat potilaan statuksen, jonka lääkäri toistaa tiimillensä ääneen. Tiimin kommunikointi itse hoitotilanteessa on rauhallisen varmaa ja selkeää. Tiedon ajantasaisuus sekä tarvittava asioiden toisto kulkevat mukana koko kommunikointiprosessin ajan.

VIRVE:a eli viranomaisradioverkkoa käytetään runsaasti ensihoidollisissa tilanteissa: Ensihoitolääkäri Setälä informoi VIRVE:n avulla, että **hän on tulossa tiiminsä kanssa maayksiköllä kohteeseen** ja tiedustelee, **millaisen tilannekuvan ensihoitoyksikkö antaa tapahtumapaikalta.** ”Nukahteleva potilas, iho hikinen,

elintajunta fluktuoi.”, kuvailee ensihoitolääkäri vielä ennen kohteeseen saapumista ja samalla hän tiedottaa tapahtumapaikalle heidän saapumisajankohdastaan. Viranomaisradioverkkoa käytetään myös lisäavunpyynnöissä ensihoidon koodikielellä: ”Tampereen Aarne 708 kiireellistä kantoapua!”, tiivistää Setälä. Tapahtumapaikalla on tajuton mies. Lääkäri kertoo potilaan tilasta muulle tiimille, jotta osataan toimia tilanteen vaatimalla tavalla. Hoitaja ilmoittaa, että hänellä on sopiva intubaatioputki, jonka hän ojentaa lääkärille. Intubaation jälkeen lääkäri kertoo potilaan ventiloituvan ja happeutuvan adekvaatisti. Hoitaja ehdottaa potilaan siirtoasentoa muulle tiimille, johon lääkäri yhtyy ja lisää ohjeen. Hoitaja huomaa defibrillaattorin akun olevan vähissä ja kehottaa tiimiä nopeaan potilassiirtoon. (Kausi 1, 1/7.)

Tiivistä ja hoidon kannalta olennaista kommunikointia esiintyy myös seuraavassa esimerkkitapauksessa. Esimerkin loppupuolella on havaittavissa puheenvuoroissa toistoa, sillä kyseessä on radiologiseen toimenpiteeseen liittyvä erityistilanne. Tällöin myös hoitohenkilökunnan työturvallisuus halutaan varmistaa.

Potilas saapuu ambulanssilla traumahälytyksenä hoitoon. Vastassa on hoitaja, joka kysyy, mistä potilas tulee ja ohjaa hoitajat oikeaan hoituhuoneeseen. Samalla, kun toinen ensihoitajista avaa turvavöitä, toinen alkaa kertoa raporttia traumatiimille, johon kuuluu traumatologi, sairaanhoitajia, radiologi, röntgenhoitajia, laboratorion hoitaja anestesiologi sekä anestesiahoitaja. Raportissa hän kertoo potilaan iän, traumatapahtuman kulun ja arvion pudotusta matkasta tiiviisti. Potilas siirretään hoitotasolle välittömästi raportin loputtua lääkärin laskiessa kolmeen. Ensihoito lisää vielä raporttiinsa potilaan pahoinvoinnin tunteen. Potilas kertoo selän olevan kipeä, ja hoitaja kertoo ääneen niin potilaalle kuin hoitotiimillekin antavansa tälle kipulääkettä. Seuraavaksi röntgenhoitaja ilmoittaa, että potilaasta otetaan kuva ja joku toistaa vielä saman, jotta muu tiimi voi siksi aikaa poistua samasta tilasta. (Kausi 1, 6/7.)

Tehokas kommunikointi konnotoituu suoraan ja yksinkertaiseen kieleen. Vähäenergistä, mutta tehokasta kommunikointitapaa on asianmukaista käyttää tilanteissa, joissa on toimittava nopeasti. Tiedottamispuheenvuorot sekä käskyt ovat lyhyitä ja vain olennainen kerrotaan. Ääneen toistaminen on leikkaussalikommunikointiin liittyvä kielenkäytön ominaispiirre, jolloin voidaan varmistaa viestin kuuleminen ja ymmärtäminen paremmin. Ajantasaisen tiedon jakaminen on ensiarvoisen tärkeää tälläkin työskentelyalueella.

Avosydänleikkauksessa hoitaja pitää anestesia lääkäriä nukutusvaiheessa ajantasalla, kuinka paljon propofolia on potilaan suoneen annettu. Lääkäri antaa leikkaussalissa käskyjä: ”Ota PEEP pois, keuhkot painuu vähän liikaa!” Tähän hoitaja kuittaa saman tien ääneen vastauksen. Leikkauksen loppupuolella kirurgi pyytää lankaa ja operaation päätteeksi toteaa leikkaustiimillensä: ”Okei, tämä oli tässä. Kiitoksia!” (Kausi 1, 3/7.)

Useat esimerkkitapausten kommunikointiprosessit koostuvat lukuisista osatasoista. Puheenvuorot sisältävät usein jokaista neljää analysointiluokkaa, jolloin voidaan huomata sisällöllisesti varsin laaja-alaiset, mutta tiivistettyyn muotoon pakatut, monitasoiset kommunikointitapahtumat terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä. Osallistumistavat ovat voimakkaasti sidoksissa rooleihin, sillä lääkärin ollessa paikalla hän kommunikoi runsaasti käyttäen tehtäväkeskeisiä puheenvuoroja. Hoitajat lisäävät, täydentävät havainnoillaan dialogeja sekä esittävät ehdotuksiaan näihin puheenvuoroihin. Kaikilla osallistumistavoilla on merkitystä koko ryhmän työstämän tehtävän onnistumisen näkökulmasta (Silvennoinen 2004, 228).

9 YHTEENVETO

- 1) Suurin osa puheenvuoroista on tehtäväkeskeisiä.
- 2) Negatiivisia sosio-emotionaalisia osallistumistapoja ei ole esitetty Elossa 24h-sarjassa.
- 3) Lääkäri-hoitaja välinen dialogi pitää sisällään enemmän tehtävien loppuunsaattamisen jälkeistä kiittelyä ja tehdyn työn arviointia kuin vastaavassa tilanteessa kahden hoitajan välillä.
- 4) Käytössä oleva terminologia on pääosin suomenkielistä ja sanavalinnat lääke- ja hoitotieteeseen liittyviä.
- 5) Kommunikointi käytännön toimialueilla vaihtelee työympäristön mukaan. ISBAR-protokolla on käytössä työskentelyalueilla aktiivisesti, I-PASS-protokolla ei ole.

10 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Vaikka tutkimusaineiston Elossa 24h -sarjan kommunikointikohtauksissa ei kuvata eksaktisti alusta loppuun saakka kielenkäyttötilanteita terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä, puhetilanteet ovat riittäviä kuvaamaan terveydenhuollossa käytettäviä puheenvuoroja. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tarkoituksenmukaista korostaa rajauksen tärkeyttä. Laadullinen aineisto itsessään ei kuvaa todellisuutta, vaan se välittyy lukijoille tulkinnallisten näkökulmien kautta. Tutkimusta rajattaessa otetaan kantaa siihen, mikä on aineiston ydinsanoma, minkä tutkija haluaa tulkintansa tuella nostaa tarkastelun kohteeksi. (Kiviniemi 2010, 73.) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selostus tutkimuksen eri vaiheista (Hirsjärvi ym. 1997, 217). Näitä vaiheita on kuvattu kronologisesti luvussa seitsemän.

Tutkimuksen kannalta on tärkeää tiedostaa, millaista vaihtelua tutkimusprosessin edessä tutkijassa, aineistonkeruumenetelmissä tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuu. Näiden esilletuominen tutkimusraportissa on tähdellistä, jotta ulkopuolisetkin voivat arvioida tällaisen vaihtelevan tutkimusprosessin hallintaa. (Kiviniemi 2010, 81.) Tutkija on minimoinut virhelähteet katsoessaan useita kertoja Elossa 24h -sarjan analysoitavia kommunikointitilanteita, litteroidessaan nämä huolellisesti sekä kirjoittaessaan auki tutkimuksen eri vaiheet. Reliaabeliutta voidaan tukea tutkimusprosessin eri vaiheiden seikkaperäisellä erittelyllä, jolloin tutkimus on toistettavissa oleva (Hirsjärvi ym. 2008, 226–227). Analyysissä on esitetty esimerkkitapauksia, joita on argumentoitu teorianäyttöön syntetisoiden. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa validius eli tutkimusmenetelmän kyky mitata haluttua asiaa voidaankin nähdä kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutena (Hirsjärvi ym. 2008, 226–227). Koska kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija joutuu useiden ratkaisujen eteen, hänen täytyy perustella nämä mahdollisimman hyvin. Argumentoinnin onnistuneisuus lisää lukijan luottamusta tekstiä kohtaan, kun hän arvioi tehtyjen tulkintojen onnistuneisuutta. (Eskola 2010, 203.) Luotettavuuden kannalta prosessin kuvaus tekee tutkimuksessa tapahtuneen suuntautumisen sekä tutkimuksen teoreettiset ja aineiston analysointia koskevat painotukset lukijalle ymmärrettäviksi. Tärkeää on selvittää, miten ja millaisin oletuksin aineistoa tutkimuksen eri vaiheissa on kerätty. Tutkimuksessa on perusteltua tarkastella niitä tapahtumia, ilmiöitä ja toimintoja, joita tutkittu ilmiö ja tutkimuksen aikana käytetyt käsitteet sekä näkökulmat tarjoavat. (Kiviniemi 2010, 82.)

Tutkimuksessa on käytetty kommunikointiin ja moniammatillisuuteen liittyviä lähteitä myös 2000-luvun alkupuolelta vähäisen tuoreen suomenkielisen tutkimustiedon vuoksi. Englanninkielellä tutkimusta eri käytännön työskentelyalueiden kommunikoinnista moniammatillisessa hoitotiimissä on tehty runsaammin, jolloin myös näitä tuoreempia tieteellisiä, vertaisarvioituja artikkeleita on käytetty. Monipuolisen, laaja-alaisen tutkimuksen turvaamiseksi vuoksi myös suomenkielinen vanhempi aineisto on valittu tutkimukseen lähdeeteoksiksi.

Eettisesti hyväksyttävä, luotettava sekä uskottava tieteellinen tutkimus täytyy toteuttaa hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimukseen sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Toisten tutkijoiden työtä sekä aikaansaannoksia arvostetaan käyttämällä asianmukaisia lähdeviittauksia. (TENK 2012.)

Kuvattavilta, potilailta, omaisilta sekä terveydenhuollon piirissä toimivilta ammattilaisilta, on ennen kuvauksia pyydetty kuvauslupa yksilönsuoja huomioiden. Kuvaustapahtuman sekä -ryhmän läsnäolo työympäristöissä ovat saattaneet vaikuttaa puhetilanteisiin, jolloin ne ovat voineet poiketa tavallisista arjen kommunikointiprosesseista. On myös huomioitava, että joitain kohtia valmiista tuotoksesta on mahdollisesti voitu editoida pois, jotta media välittäisi kuvaa terveydenhuollon ammattilaisten kommunikoinnista mahdollisimman kiiltokuvamaisesti.

11 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena on eritellä, millaista kommunikaatiota suomalaisessa terveydenhuollossa esiintyy terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä. Hoitohenkilökunnan välistä kommunikaatiota on tarkoitus analysoida sosio-emotionaalisen ja tehtävä tason näkökulmista sekä sanatason merkityksiin ja käytännön toimialueiden kielenkäyttötilanteisiin pohjautuen.

Tutkimuskysymykset kohdistuivat tutkittaviin osa-alueisiin, ja vastaukset antoivat varsin seikkaperäistä käsitystä verbaalisesta kommunikoinnista terveydenhuollossa. Teoria-tiedon yhteys käytännön kokemukseen näyttäytyi paikoitellen yhdenmukaisena. Forondan ym. tutkimus, lääkäri-hoitaja välisestä kommunikoinnista mahdollisia molemminpuolisia turhautumisia sisältävänä dialogina, ei Elossa 24h -sarjassa näyttäytynyt tutkimuksessa kuvailtuna. Huomionarvoista kuitenkin on se, että Elossa 24h -sarjasta on voitu editoida näytettävää materiaalia, jolloin myös kommunikoinnista on annettu kaudisteltu, ristiriitaisuuksia sisältämätön kuva. Moniammatillisen yhteistyön rooli on kuitenkin havaittavissa selkeästi tv-sarjasta, varsinkin akuuttihoitoa vaativissa tapauksissa, mitä myös teorian tieto vahvistaa.

Yllättävä havainto on kaikenlaisten negatiivisten osallistumistapojen puuttuminen terveydenhuollon ammattihenkilöiden välisestä kommunikoinnista. Forondan ym. tutkimus osoittaa muun muassa hierarkioiden tuovan negatiivisävytteisiä elementtejä kommunikointitilanteisiin. Tällaisiakin negatiivisia sosio-emotionaalisia osallistumistapoja käytännön työskentelyalueilla kuitenkin esiintyy. On huomioitava, että nämäkin kohdat on mahdollisesti voitu editoida pois, jotta kommunikoinnista välittyisi mahdollisimman ideaali kuva ohjelman katsojille. Toinen huomionarvoinen seikka oli lääkäri-hoitaja välisen dialogin sisältö, mikä piti sisällään työtehtävän suorittamisen jälkeisen kiittelypuheenvuoron. Aiheesta ei löytynyt tutkimusta, onko tämä yleisempää näiden kahden ammattiryhmän välillä kuin esimerkiksi kahden hoitajan välisissä dialogeissa.

Mielenkiintoinen huomio on myös ISBAR:n käyttö, kuten teoriakin asian esittää, aktiivisesti raportointiprotokollassa eri työskentelyalueilla. I-PASS ei sen sijaan ole toistaiseksi ankkuroitunut käytännön työskentelyalueille, vaikkakin teoria esittää sen olevan erityisen toimiva pediatriasta potilaista raportoitaessa. Ristiriitaisuutta tutkimusten kanssa havaitaan myös lääketieteen terminologiaan liittyen, sillä ohjelmassa ei juurikaan esiinny latinalaisperäisiä sanoja, vaikkakin teorian tieto viittaa niiden esiintymiseen

kommunikointitilanteissa. Rauste-von Wright ym. korostavat yhteisen kielen löytämistä kommunikointiin, kun taas esimerkiksi Silvennoinen ja Nikander pohtivat jokaisen ammattiryhmän erilaisen kielenkäytön vaikutusta kommunikointiin. Omailemainen, eri ammattilaisten kielellisiä piirteitä syntetisoiva kielenkäyttötapa onkin ohjelmassa havaittavissa, eikä siihen liittyviä ongelmia esiinny.

Laajempiin konteksteihin sitoen talous, yhteiskunta sekä politiikka taustoittavat kommunikointia moniammatillisissa hoitotiimeissä. Talouskysymykset nousevat välillisesti esille kommunikoinnin merkitystä pohtiessa. Potilaan terveysasiat saadaan tehokkaammin hoidetuksi, haittatapahtumien määrä vähenee ja kustannustehokkuus toteutuu huomattavasti paremmin, kun potilas saadaan hoidetuksi kerralla. Samalla säästetään monenlaisia resursseja, kuten henkilöstöresursseja sekä hoitotoimenpiteisiin suoraan tai välillisesti tarvittavia resursseja. Näihin säästötoimiin yhtenä taustaosatekijänä vaikuttaa moniammatillisen hoitotiimin kommunikoinnin onnistuneisuus.

Yhteiskunnalla on sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu. Tätä puolestaan ohjaa lainsäädäntö, johon kuuluvat maakuntalaki, laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä sekä niiden yhteinen voimaantulolaki. Esityksessä on myös uudistusten edellyttämät muutokset muuhun lainsäädäntöön, jolloin esitys sisältää 34 lakia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 1.) Kommunikoinnin roolin voi nähdä tässä kontekstissa varsin laaja-alaisesti ja monipuolisesti: Terveystieteiden ammattihenkilöt ovat yhteiskunnan palveluksessa ja heidän palkat rahoitetaan verotuloilla. Näin veronmaksajien voidaan ajatella olevan heidän työnantajia eli ammattihenkilöt ovat ikään kuin heidän palveluksessaan. Tämä puolestaan vaikuttaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden kommunikointiin.

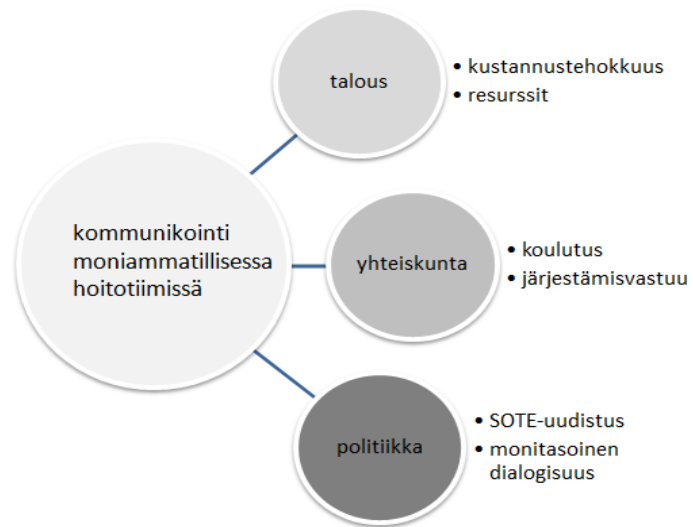
Koulutus ja kommunikointi kietoutuvat toisiinsa tiukasti vaikuttaen ammatillisen kommunikoinnin kehittymiseen. Jatkossa moniammatillisen kommunikoinnin rooli korostuu, kun terveydenhuollon eri ammattihenkilöt koulutautuvat samoissa rakennuksissa, tekevät yhteisiä simulaatioita ja tehtäviä sekä käytännön harjoittelujaksoissa on alettu hyödyntää moniammatillista mallia potilaan hoidossa. Maahanmuuton ja monikulttuurisuuden lisääntyessä kommunikatiiviset prosessit muuttuvat: Toisaalta laaja kielirepertuaari tarjoaa monimuotoisen potilasaineiston yksilökohtaisemman hoidon toteutuksen, mutta suomen kielen asema suomalaisen terveydenhuollon valtakielinä voi aiheuttaa haasteita erinäisissä kielenkäyttötilanteissa. Uusien asioiden oppimiskyky tulee tulevaisuudessa korostumaan väestötason muutosten kohdatessa.

Sosiaali- ja terveysalan uudistuminen on ollut runsaasti esillä mediassa viime aikoina. Uusien järjestämisvastuualueiden sekä erityisvastuualueiden myötä työympäristöt kohtaavat muutoksia ja moniammatilliset tiimit sekoittuvat entisestään. Viestintä- ja vuorovaikutustaidot tulevat näin ollen esille yhä enenevässä määrin, jotta potilaiden hoitotoimaa voidaan ylläpitää tällaisia sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenteellisia muutoksia kohdattaessa. Yhtenevien protokollien mukaiset viestintätavat korostuvat ja uusia, käytännön hyväksihavaitsemia kehittyä.

Uudet viestintätavat, -alustat, -välineet sekä -sovellukset muotoutuvat, kun maantieteelliset etäisyydet, varsinkin maaseudun asukkaille, saattavat kasvaa SOTE-uudistuksen myötä. Multimodaaliset viestintäyhteydet, esimerkiksi chat-palvelut sekä videopuhelut, lienevät ottavan sijansa viestinnässä, jolloin potilaan tai asiakkaan ääni tai/ja kuva saadaan virtuaalisesti välitettyä terveydenhuollon ammattihenkilölle. Ammattihenkilöt viestivät jo nyt chat-palvelun välityksellä varsinkin poliklinikkakäynneillä lääkäriä konsultoidessa. Tällainen viestintäväylä on sinänsä mielenkiintoinen formaatti, jossa tärkeät potilaan diagnostiikan ja hoidon kannalta olennaiset asiat ilmaistaan mahdollisesti hymiöiden siivittämänä. Näin esimerkiksi hoitaja voi hymiövalinnoilla osoittaa tilanteen vakavuutta tai ilmaista sen, ettei kovinkaan huolissaan potilaan terveydestä ole. Perinteisten viestintäkanavien osuutta ei kuitenkaan pidä unohtaa, vaikkakin uusille on annettava sijansa.

Mitä SOTE-uudistus tuo yksityisen ja julkisen terveyden- ja sosiaalihuollon väliin? Potilaat voivat pohtia oman hoidon laatuunsa ja potilasturvallisuuteen liittyviä kysymyksiä. Mikäli SOTE-uudistus tuo mukanaan videoyhteydet vaikkapa leikkaussaliympäristöön, esimerkiksi anestesiahoitajan ja -lääkärin välille, moniammatillisen tiimin keskinäiseen kommunikointiin autenttisen tilanteen sijaan. Jos yksityinen puoli kykenee tarjoamaan laadukkaampaa palvelutasoa sekä vuorovaikutteisempia, fyysisesti samassa tilassa tapahtuvia viestintätilanteita, voi potilas olla kiinnostuneempi hänen kohtaamisensa liittyviin aspekteihin hoitopaikkaa valittaessa.

Monitasoinen dialogi vaikuttaa kaksisuuntaisesti yhteiskunnan, järjestämisvastuualueiden, organisaatioiden, terveydenhuollon ammattihenkilöiden sekä potilaan välillä. Vaikuttamismahdollisuudet tulisivat suuntautua molempiin suuntiin, jolloin päätäntävaltaa käyttävillä olisi käsitys käytännön työstä sekä potilaan asemesta. Tällaista yhteistyötä voisi edistää työpaikkavierailuilla ja eräänlaisilla työelämään tutustumistyyppisillä jaksoilla vastavuoroisesti. Kuviossa 5 on esitetty kommunikoinnin välillisiä ulottuvuuksia.



Kuvio 5. Kommunikaation välillisiä ulottuvuuksia.

Jatkotutkimuksessa voisi jalkautua terveydenhuollon kenttätöihin, videoida ja havainnoida toimialueittain, vaikkapa akuuttihoitohuoneen, kommunikointia. Lisäksi lääkäreitä ja hoitajia voisi haastatella teemahaastattelun keinoin, jolloin tulokset voisivat olla vieläkin luotettavampia tutkimusmetodien monipuolisemman käytön vuoksi.

LÄHTEET

Barach, P. & Weinger, M. 2014. Trauma team Performance, 101–113. Saatavilla: <https://pdfs.semanticscholar.org/6462/5173e69f924b7da2a342980ffe6d770873bd.pdf> (viitattu 3.4.2018)

Grönfors, M. 2015. Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. 4. uudistettu ja täydennetty painos. Juva: Bookwell Oy.

Dietz, A.; Provonost, P.; Mendez-Tellez, P.; Wyskiel, R.; Marsteller, J.; Thompson, D. & Rosen, M. 2014. A systematic review of teamwork in the intensive care unit: What do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies? Journal of Critical Care 29. 908–914. Saatavilla: https://ac-els-cdn-com.ezproxy.turkuamk.fi/S0883944114002263/1-s2.0-S0883944114002263-main.pdf?tid=965c627a-e0a4-4a38-b679-275e5ccf1c30&acdnat=1522745248_5772fdfc8494cefd52586ad1e56a8012 (viitattu 3.4.2018)

Elossa 24h. Jakso 1: Tositarinoita suomalaisesta terveydenhuollosta. 2017. Tuot. Rantanen, E. & Stenros, N. Tuotantoy. ITV Studios Finland. Esitetty 1.1.2017. Yle TV1. Saatavilla: <https://areena.yle.fi/1-4228293> (viitattu 14.2.2018)

Elossa 24h. Jakso 2: Vauvojen teho-osasto, saaristolääkäri ja matka munuaisensiirtoon. 2017. Tuot. Rantanen, E. & Stenros, N. Tuotantoy. ITV Studios Finland. Esitetty 2.1.2017. Yle TV1. Saatavilla: <https://areena.yle.fi/1-4228293> (viitattu 14.2.2018)

Elossa 24h. Jakso 3: Avosydänleikkaus, sektiosynnytys ja muita potilastarinoita. 2017. Tuot. Rantanen, E. & Stenros, N. Tuotantoy. ITV Studios Finland. Esitetty 3.1.2017. Yle TV1. Saatavilla: <https://areena.yle.fi/1-4228293> (viitattu 14.2.2018)

Elossa 24h. Jakso 4: 3-vuotiaan Kiian munuainen leikataan – potilastarinoita Suomessa. 2017. Tuot. Rantanen, E. & Stenros, N. Tuotantoy. ITV Studios Finland. Esitetty 4.1.2017. Yle TV1. Saatavilla: <https://areena.yle.fi/1-4228293> (viitattu 14.2.2018)

Elossa 24h. Jakso 5: Sairaalapappi käsittelee päivittäin työssään kuolemaa. 2017. Tuot. Rantanen, E. & Stenros, N. Tuotantoy. ITV Studios Finland. Esitetty 5.1.2017. Yle TV1. Saatavilla: <https://areena.yle.fi/1-4228293> (viitattu 14.2.2018)

Elossa 24h. Jakso 6: Parkinsonin taudin ja alzheimerin hoitoa. 2017. Tuot. Rantanen, E. & Stenros, N. Tuotantoy. ITV Studios Finland. Esitetty 6.1.2017. Yle TV1. Saatavilla: <https://areena.yle.fi/1-4228293> (viitattu 14.2.2018)

Elossa 24h. Jakso 7: Mitä potilaille kuuluu nyt? 2017. Tuot. Rantanen, E. & Stenros, N. Tuotantoy. ITV Studios Finland. Esitetty 7.1.2017. Yle TV1. Saatavilla: <https://areena.yle.fi/1-4228293> (viitattu 14.2.2018)

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

FINLEX. 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Foronda, C.; Alhusen, J.; Budhathoki, C.; Lamb, M.; Tinsley, K.; MacWilliams, B.; Daniels, J.; Baptiste, D.; Reese, K. & Bauman, E. 2015. A Mixed-Methods, International Multisite Study to develop and validate a Measure of Nurse-to-Physician Communication in Simulation. Nursing Education Perspectives. Saatavilla: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=99eee79f-59ab-4dd9-8832-5022273bc41e%40sessionmgr101> (viitattu 10.4.2018)

- Foronda, C.; MacWilliams, B. & McArthur, E. 2016. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Education in Practice* 19, 36-40. Saatavilla: https://ac-els-cdn-com.ezproxy.turkuamk.fi/S1471595316300208/1-s2.0-S1471595316300208-main.pdf?_tid=a7096429-2b02-44e6-92eb-0cfd6eed5021&acdnat=1522936525_179f0fc4d3e18590683a58b1b7ec80e9 (viitattu 5.4.2018)
- Hirsjärvi, S.; Remes, P.; & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P.; & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Honkala, P.; Kortetjärvi-Nurmi, S.; Rosenström, A. & Siira-Jokinen, S. 2017. LINKKI Työyhteisön viestintä. 6., uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Juholin, E. 2009. Viestinnän vallankumous. 2. painos. Juva: WS Bookwell Oy.
- Kettunen, T. & Gerlander, M.. 2013. Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa. Teoksessa Aaltonen & Rosenberg (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Tammerprint Oy. Tampere.
- Kiviniemi, K. 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. 3., uudistettu ja täydennetty painos. Juva: PS-Kustannus,
- Kupari, P.; Peltomaa, K.; Inkinen, R.; Kinnunen, M.; Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. IS-BAR –menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. *Sairaanhoitaja* 3/2012, 29–31.
- MacDonald, M.; Bally, J.; Ferguson, L.; Murray, B. & Fowler-Kerry, S. 2010. Knowledge of the Professional Role of Others: A Key Interprofessional Competency. *Nurse Education in Practice* 10, 238–242. Saatavilla: https://ac-els-cdn-com.ezproxy.turkuamk.fi/S1471595309001802/1-s2.0-S1471595309001802-main.pdf?_tid=85c32244-2e2a-49ca-8416-e202ef10519e&acdnat=1522700275_b4aab4a6bfbead23159761c175180e11 (viitattu 2.4.2018)
- Mahdizadeh, M.; Heydari, A. & Moonaghi, H. 2015. Clinical Interdisciplinary Collaboration Models and Frameworks from Similarities to Differences: A Systematic Review. *Global Journal of Health Science* 7: 6, 170–180. Saatavilla: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4803863/> (viitattu 2.4.2018)
- Mulvale, G.; Embrett, M. & Razavi, S. 2016. ‘Gearing Up’ to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC Family Practice* 17: 83, 1–13. Saatavilla: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-016-0492-1> (viitattu 2.4.2018)
- NHS Institute for Innovation and Improvement. 2008. SBAR – Situation-Background-Assessment-Recommendation. Saatavilla: <https://qi.elft.nhs.uk/resource/sbar-situation-background-assessment-recommendation/> (viitattu 10.4.2018)
- Niemi, T.; Nietovuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita.
- Nikander, P. 2002. Moniammatillinen viestintä: Yhteistyö ja päätöksenteko sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa S. Torkkola (toim.) Terveysviestintä. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Paloniemi, S.; Rasku-Puttonen, H. & Tynjälä, P. 2010. Asiantuntijuudesta identiteettiin – Anneli Eteläpellon tutkimuspolkuja. Teoksessa K. Collin, S. Paloniemi, H. Rasku-Puttonen & P. Tynjälä (toim.) Luovuus, oppiminen ja asiantuntijuus. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Raevaara, L.; Ruusuvoori, J. & Haakana, M. 2001. Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa J. Ruusuvoori, M. Haakana & L. Raevaara (toim.) Institutionaalinen vuorovaikutus. Pieksämäki: RT-Print Oy.

- Rauste - von Wright L.; von Wright J. & Soini T. 2003. Oppiminen ja koulutus. Helsinki: WSOY
- Rieke, R.; Sillars, M. & Peterson, T. 2009. Argumentation and critical decision making. 7th ed. Printed in the United States of America.
- Scotten, M.; Manos, E.; Malicoat, A. & Paolo, A. 2015. Minding the gap: Interprofessional communication during inpatient and post discharge chasm care. Patient Education and Counseling 10.3.2015. Saatavilla: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(15\)00100-7/pdf](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(15)00100-7/pdf) (viitattu 5.4.2018)
- Seikkula, J. & Arnkil, T. 2009. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Esa Print Oy.
- Seitamaa-Hakkarainen, P. 2014. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Saatavilla: <https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon-analyysi/> (viitattu 28.4.2018)
- Setälä, P. 2018. Ensihoitolääkärin tärkein työväline on oma tiimi. Elossa 24h. Saatavilla <https://areena.yle.fi/1-4228293> (viitattu 10.4.2018)
- Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sisäasiainministeriö. 2011. Pelastustoimen VIRVE-viestiohje. Sisäasiainministeriön julkaisuja 24/2011. Helsinki. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-491-679-0> (viitattu 29.3.2018)
- Sjöman, M. & Kippola, E. 2017. ISBAR –Strukturoitu raportointimenetelmä potilasturvallisuuden tukena. Saatavilla: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Pjm2lbHJ_xMJ:https://www.ppsph.fi/dokumentit/Koulutusmateriaali%2520sisallttypi/ISBAR%2520-%2520strukturoitu%2520raportointimenetelm%25C3%25A4%2520potilasturvallisuuden%2520ukena.pptx+&cd=10&hl=fi&ct=clnk&gl=fi&client=firefox-b-ab (viitattu 10.4.2018)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014: 7. Saatavilla: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN_ISBN_978-952-00-3489-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y (viitattu 10.4.2018)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Sote- ja maakuntauudistuksen lainsäädäntö. Tiivistelmä hallituksen esityksen keskeisistä asioista. Saatavilla: <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/3223876/tiivistelma-sote-ja-maakuntauudistuksen-lainsaadannosta-2.3.2017.pdf/ea7f35db-c837-4baf-b267-363c0b17d1e2> (viitattu 4.4.2018)
- STM. 2005. Sairaankuljetus- ja ensihoitopalvelu –Opas hälytysohjeen laatimiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 23/2005. Helsinki. Saatavilla: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73679/Oppaita_2005_23_sairaankuljetus_ja_ensihoido.pdf?sequence=1&isAllowed=y (viitattu 10.4.2018)
- Tamminen, J. & Metsävainio, K. 2015. Hyvä tiedonkulku PARANTAA POTILASTURVALLISUUTTA. Saatavilla: http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf (viitattu: 7.4.2018)
- TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavilla: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf (viitattu 10.4.2018)
- Väisänen, L.; Niemelä, M. & Suua P. 2009. Miten puhua kahden kesken? Teoksessa K. Manner (toim.) Sanat työssä vuorovaikutus ammattitaitona. 1. painos. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.