



# ISBAR-raportointimenetelmä potilasturvallisuuden tukena

koulutuksen järjestäminen hoitotyön opiskelijoille

---

Kosonen, Nina

Lönnrot, Petrus

Rautiainen, Pauliina

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Porvoo

ISBAR-raportointimenetelmä potilasturvallisuuden  
tukena - koulutuksen järjestäminen hoitotyön opiskeli-  
joille

Kosonen, Nina  
Lönnrot, Petrus  
Rautiainen, Pauliina  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Helmikuu, 2014

Kosonen Nina, Lönnrot Petrus, Rautiainen Pauliina

### ISBAR-raportointimenetelmä potilasturvallisuuden tukena - koulutuksen järjestäminen hoitotyön opiskelijoille

Vuosi 2014 Sivumäärä 55

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli ISBAR-raportointimenetelmän (Identify=tunnista, Situation=tilanne, Background=tausta, Assessment=nykytila, Recommendation=toimintaehdotus) tunnettuuden ja käytön lisääminen potilasturvallisuuden edistämiseksi. Opinnäytetyöllä oli kolme tavoitetta; tukea koulutuksen avulla koulutukseen osallistujien valmiuksia suullisen raportin antamiseen raportointitilanteissa, edistää koulutuksen osallistujien valmiuksia tunnistaa potilasturvallisuutta edistäviä ja vaarantavia tekijöitä sekä tukea ISBAR-raportointimenetelmän käytön jatkuvuutta Porvoon sairaalassa. Opinnäytetyö liittyy keväällä 2013 Laurea-ammattikorkeakoulun ja Porvoon sairaalan yhteistyössä toteuttamaan kehittämisprojektiin, jossa Porvoon sairaalan hoitohenkilökuntaa koulutettiin ISBAR-raportointimenetelmän käyttöön sekä tuotettiin osastokohtaista kirjallista materiaalia ISBAR-raportointimenetelmän käytön tueksi.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyön tehtävinä oli suunnitella, toteuttaa ja arvioida koulutustilaisuus potilasturvallisuudesta ja ISBAR-raportointimenetelmän käytöstä Laurea-ammattikorkeakoulun Porvoon yksikön kolmannen vuosikurssin sairaanhoitaja - ja terveydenhoitajaopiskelijoille. Koulutuksen sisältö materiaali tuotettiin käyttäen alan kirjallisuutta ja tutkimustietoa, jotka käsitelivät potilasturvallisuutta, suullista raportointia sekä ISBAR-raportointimenetelmää. Koulutuksen järjestämisen lisäksi tehtävänä oli tukea ISBAR-raportointimenetelmän käytön jatkuvuutta Porvoon sairaalan päivystyspoliklinikalla sekä vuodeosastoilla 2, 4, 5 ja 6. Porvoon sairaalan yksiköille tuotettiin avattu versio ISBAR-kortista käyttäen pohjana Sairaanhoitajaliiton ISBAR-korttia. Avatulla versioilla pyrittiin helpottamaan menetelmän käyttöä työelämässä sekä lisäämään sen tunnettuutta.

Koulutuksen aiheet olivat lähtöisin työelämästä, joten ongelmalähtöinen oppimismenetelmä koettiin luontevaksi menetelmäksi käsitellä aiheita. Koulutus oli osallistuttava ja menetelmänä käytettiin luennointia, ryhmätyöskentelyä ja asiantuntijanäkökulmaa. Koulutuksen osallistujat arvioivat koulutuksen sisältöä ja toteutusta arviointilomakkeen avulla. Osallistujat arvioivat myös ISBAR-raportointimenetelmän käytettävyyttä tulevaisuudessa. Koulutus koettiin tarpeelliseksi, mielekkääksi ja hyvin toteutetuksi. Koulutukseen osallistuneet opiskelijat kokivat, että potilasturvallisuutta ja suullista raportointia käsittelevä koulutus olisi hyvä järjestää jo opintojen alkuvaiheessa, jopa ennen ensimmäistä harjoittelua. ISBAR-raportointimenetelmästä koettiin olevan paljon hyötyä raportin hahmottamisessa ja esittämisessä, sekä sen koettiin lisäävän itsevarmuutta kokemattomalle raportin antajalle. Monet koulutuksen osallistujat esittivät aikomuksensa sen käyttöönotosta työelämässä. Koulutuksen onnistumisen arvioinnin lisäksi koulutukseen osallistujien tietämystä käsitellyistä aiheista mitattiin lyhyellä tietämystestillä.

Asiasanat: potilasturvallisuus, ISBAR-raportointimenetelmä, suullinen raportointi, ongelmaperustainen oppiminen

Kosonen Nina, Lönnrot Petrus, Rautiainen Pauliina

**ISBAR handover tool in support of patient safety - organizing a training session for nursing students**

Year	2014	Pages	55
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to make the ISBAR protocol (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation) more well-known and widely used so as to promote patient safety. This thesis had three goals; to educate the participants of the training session at their change-of-shift reporting, to enhance the participants' skills in recognizing different supporting and endangering factors in patient safety, and to support the continuation of the usage of the ISBAR protocol as a handover tool in the Porvoo Hospital. This thesis is connected to a previous development project, which was carried out by the Porvoo Hospital in collaboration with Laurea University of Applied Sciences in spring 2013. The development project consisted of training the nursing staff to use the ISBAR handover tool, and creating customized ISBAR handover tool cards to aid wards with the use of the ISBAR protocol.

The task of this thesis was to plan, arrange, and evaluate a training session on the ISBAR handover tool and patient safety for a group of nursing students in Laurea University of Applied Sciences. The training material was based on the theoretical background of this thesis, such as scientific literature and studies. The main subjects were patient safety, change-of-shift reporting, and the ISBAR protocol. Another task, in addition to organizing the training session, was to support the use of the ISBAR handover tool in the emergency department and the wards 2, 4, 5, and 6 of the Porvoo Hospital. To further promote the ISBAR handover tool as well as to make it easier to use, the authors of this thesis produced an updated and customized version of the ISBAR handover tool for the units of the Porvoo Hospital. The tool was based on the ISBAR card created by the Finnish Nurses Association.

Since the main themes of the training session were related to working life, problem-based learning was considered a natural approach to the subject. The training session was planned to be participatory. Different methods of learning were used, such as lectures, group work, and practical examples given by visiting professionals. The participants evaluated the content and the methods of the training session by filling in an evaluation form. They were also asked to evaluate the usefulness of the ISBAR handover tool in their future working life. The training session was deemed necessary, meaningful, and well-planned. The participants thought it would be helpful to have this kind of a training session about patient safety and change-of-shift reporting earlier in the curriculum. Observations showed the ISBAR protocol has many benefits and increased confidence in change-of-shift reporting, particularly for less experienced nurses. Many of the participants were of the opinion they would use the ISBAR handover tool in working life. In addition to subjective evaluation of the training session, its usefulness was also evaluated with a short knowledge test on patient safety, change-of-shift reporting, and the ISBAR handover tool.

Keywords: patient safety, ISBAR handover tool, change-of-shift reporting, problem based learning

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät .....	7
3	Potilasturvallisuus .....	7
3.1	Potilasturvallisuus Suomen terveydenhuollossa .....	8
3.2	Potilasturvallisuusstrategia potilasturvallisuuden ohjaajana.....	9
3.3	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelma ...	10
4	Potilasturvallisuuden keskeiset tekijät terveydenhuollon organisaatioissa .....	11
4.1	Terveydenhuollon organisaation johtaminen potilasturvallisuudelle tukena..	11
4.2	Turvallisuuskulttuuri potilasturvallisuuden tukena .....	13
4.4	Ammatillinen osaaminen potilasturvallisuuden tukena .....	17
5	Kommunikaation merkitys potilasturvallisuudelle .....	19
5.1	Kommunikaatio ja sen ongelmat .....	19
5.2	Puheviestinnän merkitys viestin merkityksen ymmärtämiselle .....	20
5.3	Suullinen raportointi.....	22
6	ISBAR-raportointimenetelmä .....	23
7	Opinnäytetyön toteutus .....	27
7.1	Potilasturvallisuuskoulutus Porvoon Laurea-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille .....	27
7.1.1	Potilasturvallisuuskoulutuksen tausta ja tavoitteet.....	28
7.1.2	Ohjaus uuden oppimisen tukena.....	30
7.1.3	Potilasturvallisuuskoulutuksen resurssit, riskit ja oletukset.....	32
7.1.4	Potilasturvallisuuskoulutuksen materiaalin tuottaminen .....	32
7.1.5	Potilasturvallisuuskoulutus ja sen eteneminen .....	33
7.1.6	Potilasturvallisuuskoulutuksen arviointi.....	37
7.2	Avattu ISBAR-kortti Porvoon sairaalan yksiköille .....	38
8	Pohdinta.....	39
8.1	Potilasturvallisuuskoulutuksen arviointi.....	40
8.2	Avattu ISBAR-kortti raportointimenetelmän tunnettavuuden tukena Porvoon sairaalassa.....	41
8.3	Johtopäätökset ja kehittämissuositukset .....	42
	Lähteet .....	44
	Liitteet.....	48

## 1 Johdanto

Potilasturvallisuus on noussut ajankohtaiseksi puheenaiheeksi terveydenhuollossa vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain myötä. Laki velvoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita laatimaan suunnitelman, jonka avulla kehitetään potilasturvallisuutta. Lain taustalla on Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. (Finlex 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a; 2009b.) Potilasturvallisuuden nouseminen keskeiseksi laadun mittariksi sosiaali- ja terveydenhuollossa on saanut aikaan valtakunnallisten tavoitteiden asettamisen potilasturvallisuuden kehittämiseksi. Potilasturvallisuusstrategian tavoitteina on yhtenäistää potilasturvallisuuskulttuuria Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Strategian avulla halutaan taata turvallinen ja vaikuttava hoito kaikkialla sosiaali-terveydenhuollossa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 8-9; STM 2009a; 2009b.)

Potilasturvallisuuden kehittämisen keskeisiä keinoja ovat henkilöstöosaamisen kehittäminen ja potilasturvallisuusasioista tiedottaminen, sekä työskentelyprosessien kehittäminen yksinkertaisemmiksi. Potilasturvallisuusosaamisen vuorovaikutustaitojen, tiimityön ja inhimillisten tekijöiden hallintaa ei korosteta terveydenhuollon peruskoulutuksessa siinä määrin kuin se olisi tarpeellista. Potilasturvallisuuskoulutusten avulla opetetaan ja ylläpidetään potilasturvallisuuden perusosaamista, sekä uusien käytäntötapojen hallitsemista (Helovuori, Kinnunen, Peltonen & Pennanen 2012, 166-169.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelmassa mainitaan kehittämiskohteiksi tiedonsiirron, lääkehoidon osaamisen, tietojärjestelmien ja triage-hoitajien kehittämisen. Näiden kohteiden kehittämiseksi otetaan käyttöön erilaisia vakioituja toimintamenetelmiä, kuten esimerkiksi lääkkeen antamisen vakiotoimintamenetelmä ja ISBAR-raportointimenetelmä (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelma 2013.)

ISBAR-raportointimenetelmä on alun perin kehitetty USA:n merivoimissa vähentämään tiedonkulussa tapahtuvia väärinymmärryksiä. ISBAR koettiin hyväksi menetelmäksi tiedonsiirron tukena, joten sitä päätettiin kokeilla myös terveydenhuollossa, ensimmäisen kerran Yhdysvalloissa vuonna 2003. Aluksi sitä käytettiin hoitajien ja lääkäreiden välisessä konsultoinnissa akuuteissa tilanteissa, tämän jälkeen sitä on myös laajennettu käyttämään vuoronvaihdoissa tapahtuvaan raportointiin. Sen jälkeen ISBAR on otettu käyttöön useissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä tarkoituksenaan parantaa kommunikoinnin tarkkuutta ja tehokkuutta. (Vardaman, Cornell, Gondo, Amis, Townsend-Gervis & Thetford 2012, 89-90.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on parantaa potilasturvallisuutta lisäämällä ISBAR-raportointimenetelmän tunnettavuutta ja käyttöä raportointitilanteissa. Menetelminä ISBAR-

raportointimenetelmän tunnettavuuden ja käytön lisäämiseksi käytetään potilasturvallisuus-koulutusta ja Porvoon sairaalan tarpeiden mukaan toteutettavaa ISBAR-korttia. Potilasturvallisuuskoulutus suunnitellaan ja toteutetaan Porvoon Laurea-ammattikorkeakoulun hoitotyön kolmannen vuosikurssin opiskelijoille. ISBAR-kortti suunnitellaan yhteistyössä Porvoon sairaalan päivystyspoliklinikan sekä vuodeosastojen 2, 4, 5 ja 6 kanssa.

## 2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on parantaa potilasturvallisuutta lisäämällä ISBAR-raportointimenetelmän tunnettuutta ja käyttöä raportointitilanteissa.

Tavoitteina tällä opinnäytetyöllä on

1. Tukea koulutuksen osallistujien valmiuksia hyvän suullisen raportin antamiseen raportointitilanteissa
2. Parantaa koulutuksen osallistujien valmiuksia tunnistaa potilasturvallisuutta edistäviä ja vaarantavia tekijöitä
3. Tukea ISBAR-raportointimenetelmän käytön jatkuvuutta Porvoon sairaalassa

Tämän opinnäytetyön tehtävinä on suunnitella, toteuttaa ja arvioida koulutustilaisuus Porvoon Laurea-ammattikorkeakoulun kolmannen vuosikurssin hoitotyön opiskelijoille sekä tuottaa avattu versio ISBAR-kortista Porvoon sairaalan päivystyspoliklinikalle sekä vuodeosastoille 2, 4, 5 ja 6.

## 3 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuustyötä on tehty ulkomailla jo pitkään. Yhdysvalloissa vuonna 1983 julki tulleen tutkimuksen myötä potilasturvallisuuteen alettiin kiinnittää enemmän huomioita. Tutkimuksessa kävi ilmi, että 3,7 prosenttia sairaalassa hoidossa olleista potilasta koki haittatapahtuman hoidon aikana. Haittatapahtuman kohteeksi joutuneista 70,5 prosentille koitui lievä haitta, 2,6 prosenttia vammautui vakavasti ja 13,6 prosenttia haittatapahtuman kokeneista potilaista menehtyivät. (Brennan ym. 1991.)

Maailman terveysjärjestö (WHO) perusti vuonna 2004 potilasturvallisuuskulttuuria kehittävän ja potilasturvallisuutta edistävien käytäntöjen käyttöönottoa tukevan organisaation World Alliance Patient Safety:n. Organisaation tavoitteena on asettaa potilasturvallisuus keskeiseksi asiaksi sosiaali- ja terveydenhuollossa maailman laajuisesti. Terveydenhuollon toiminnan tulisi

olla läpinäkyvää, syytösvapaata ja erehdykset, virheet ja haittatapahtumat tulisi käsitellä nopeasti niistä oppien (World Health Organization 2005). WHO on asettanut useita potilasturvallisuutta kansainvälisesti edistäviä työryhmiä ja kehittämishankkeita. Nine patient safety solutions -ohjelma tarjoaa yhdeksän työkalua potilasturvallisuutta tukemaan tilanteisiin, joissa potilasturvallisuuden toteutumisen on usein havaittu vaarantuvan. Yksi yhdeksästä työkalusta on tarkoitettu käytettäväksi tiedonkulun parantamiseksi potilasta siirrettäessä. (WHO 2008.)

Sosiaali- ja terveysalojen eri toimijat ovat muodostaneet maailmanlaajuisia potilasturvallisuusliikkeitä, ja EU:ssa potilasturvallisuutta käsittelee terveyspalveluihin ja sairaanhoitoon perehtynyt korkean tason ryhmä. Euroopan neuvostossa potilasturvallisuus on terveystieteiden asettaman asiantuntijatyöryhmän käsittelyssä (Peltomaa 2009).

### 3.1 Potilasturvallisuus Suomen terveydenhuollossa

Potilasturvallisuuden määrittäminen riippuu siitä, mistä näkökulmasta sitä tarkastellaan. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan potilasturvallisuus on käsite, joka käsittää kaikki toiminnot ja periaatteet joita turvalliselta hoidolta edellytetään. Erityisesti Sosiaali- ja terveysministeriö painottaa hoidon turvallisuuden varmistamista ja sitä, että potilasturvallisuus koskee kaikkea toimintaa terveydenhuollossa. Potilaalle potilasturvallisuus näyttäytyy hoitona, josta hänelle ei aiheudu haittaa. Haitalta saatetaan välttyä, vaikka hoito ei olisi ollut turvallisuus määritelmän mukaista. Turvallinen hoito ei ole ainoastaan hoidon onnistumista, vaan se on myös riskeihin varautumista, ennakointia ja tarvittaessa haittatapahtuman korjaamista. Turvallinen hoito siis sisältää menetelmiä, joilla haittatapahtumia voidaan ehkäistä ja havaita nopeasti. (Helovuori ym. 2011, 92-94.) Työyksikössä potilasturvallisuus näyttäytyy periaatteina ja toimintoina joiden tarkoituksena on mahdollistaa turvallinen hoito ja suojata potilasta vahingoilta (STM 2009a).

Hoidon lääketieteellinen ja laiteturvallisuus ovat potilasturvallisuuteen kuuluvia osa-alueita. Hoidon turvallisuus tarkoittaa hoidossa käytettävien menetelmien ja niiden toteutumisen turvallisuutta. Lääkehoidossa turvallisuus tarkoittaa lääkkeen antamiseen ja sen vaikutukseen liittyviä asioita. Turvallisesta lääkehoidosta ei synny potilaalle haittaa, joka on suurempi kuin lääkkeen antamatta jättäminen aiheuttaisi ja potilas saa oikeat lääkkeet oikeaan aikaan. Potilasturvallisuuden yhteydessä laiteturvallisuus on laitteiden turvallista käyttöä, niin ettei laitteen käytöstä aiheudu potilaalle haittaa tai vaaraa. Laitteen turvallisen käytön lisäksi itse laitteen on oltava turvallinen (Helovuori ym. 2011, 13-14.) Turvallinen hoito on olemassa olevien resurssien ja tutkitusti vaikuttavien menetelmien oikeaoppista ja -aikaista käyttöä niin ettei potilaalle aiheudu tarpeetonta haittaa (STM 2009a).



### 3.2 Potilasturvallisuusstrategia potilasturvallisuuden ohjaajana

Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki (1326/2010) vaatii terveydenhuollon toimintayksiköitä laatimaan suunnitelman joka käsittelee laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta. Terveydenhuoltolain 8 §:ssä käsitellään terveydenhuollon toimintaa ja laatua. Kaiken terveydenhuollossa tapahtuvan toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyväksi todettuihin käytäntöihin. Laadun ja turvallisuuden varmistamiseksi terveydenhuollon yksiköiden on laadittava suunnitelma joka sisältää potilasturvallisuutta ja laadunhallintaa parantavan toimintasuunnitelman. Suunnitelmassa on huomioitava potilasturvallisuuden parantaminen yhteistyössä sosiaalihuollon palveluiden kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriö osoittaa asiat, jotka suunnitelmassa tulee olla sovittuna. (Finlex 2010.)

Potilasvahingon sattuessa potilasvahinkolaki määrittää sattuneen vahingon korvattavuuden ja korvauksen määrän. Potilasvahinkolaissa veloitetaan jokaista sosiaali- ja terveysalalla toimivaa ammattihenkilön hankkimaan potilasvakuutuksen. Vakuutusmaksuista kerätyillä varoilla katetaan potilasvahingoista kertyviä kustannuksia. (Mikkola 2002, 225.)

WHO:n potilasturvallisuusorganisaation laatimat potilasturvallisuutta tukevat ohjeistukset on suunniteltu tukemaan potilasturvallisuuden toteutumista maailmanlaajuisesti. Ohjeistuksessa nousivat yhdeksän potilasturvallisuuteen vaikuttavaa kohtaa, joihin tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Yhdeksän kohtaa käsittelee potilasturvallisuutta lääkehoidon, potilaan tunnistamisen, tiedonsiirron, oikeiden toimenpiteiden ja leikkauskohdan varmistamisen, laite-turvallisuuden ja hygienian näkökulmista. (WHO 2008.)

Potilasturvallisuuden toteutuminen vaatii suunnitelmallista toimintaa ja pitkäjänteistä työtä. Potilasturvallisuutta on parannettu merkittävästi erilaisten hankkeiden ja projektien avulla. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 12.) Terveysala on jäänyt jälkeen muista korkean riskin aloista turvallisuuden varmistamisessa. Työympäristön muuttuessa ja menetelmien kehittyessä muuttuvat myös potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät. Laitteet ja lääkintämenetelmät kehittyvät nopeasti, ammattialojen toimenkuvat muuttuvat ja vastuu jakaantuu. Henkilöstöpula ajaa organisaatioita entistä tehokkaampaan ajatteluun. Tarvitaan tehokkaita potilasturvallisuuden toteutumista tukevia menetelmiä jotka soveltuvat muuttuvaan ympäristöön. (STM 2009a.)

Menetelmiä arvioimaan, kehittämään ja edistämään sosiaali- ja terveysministeriö asetti potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmän kolmivuotiskaudeksi 11/2006-10/2009. Ryhmä valmisti kansallisen potilasturvallisuusstrategian, jonka tavoitteena on yhtenäistää potilasturvallisuuskulttuuria Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Strategian avulla halutaan taata turvallinen ja vaikuttava hoito kaikkialla sosiaali- ja terveydenhuollossa, niin julkisilla, kuin

yksityisilläkin toimialoilla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos vastaa strategian päivittämisestä. (STM 2009b.) Potilasturvallisuus on sisällytettävä osa-alueena kaikkien terveydenhuollossa toimivien henkilöiden koulutukseen ja perehdytykseen. Potilasturvallisuus on huomioitava opiskelijoiden harjoitteluissa ja työntekijöiden osaamiskartoituksissa. Organisaatiolla tulee olla valmiudet selvittää potilasturvallisuuteen liittyviä tekijöitä ja osallistua alan tutkimushankkeisiin. (STM 2009a.)

Strategian taustalla on potilasturvallisuuden nouseminen keskeiseksi laadun mittariksi sosiaali- ja terveydenhuollossa (Pekurinen, Räikkönen & Leinonen, 2008). Potilasturvallisuuden toteutuminen kertoo laadukkaasta hoidosta. Laadukkaan hoidon saavuttamisen lisäksi potilasturvallisuuden toteutuminen vähentää kustannuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Potilasturvallisuus on kansainvälisesti huomioitu kehittämisen kohde. Sosiaali- ja terveysalojen eri toimijat ovat muodostaneet maailmanlaajuisia potilasturvallisuusliikkeitä, ja EU:ssa potilasturvallisuutta käsittelee terveystalouden ja sairaanhoitoon perehtynyt korkean tason ryhmä. Euroopan neuvostossa potilasturvallisuus on terveystalouden asettaman asiantuntijatyöryhmän käsittelyssä (STM 2009b.) Työryhmä julkaisi vuonna 2009 potilasturvallisuutta ja hoitoon liittyvien infektioiden ehkäisemistä ja valvontaa käsittelevän ohjeistuksen (Euroopan neuvosto 2012).

Strategiassa tarkastellaan potilasturvallisuutta neljästä näkökulmasta, jotka ovat turvallisuuskulttuuri, vastuu, johtaminen ja säädökset. Strategian tavoitteiden keskeinen sisältö käsittelee potilaiden tiedottamista ja hoitoon osallistuttamista, riskeihin varautumista, virheistä raportointia ja niistä oppimista, sekä ammattitaitoa, että potilasturvallisuustyöhön käytettyjen resurssien riittävyyttä. Nämä edellä mainitut osa-alueet sisältävät niiden alle luokiteltuja pienempiä kokonaisuuksia. (STM 2009a.)

### 3.3 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelma

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelma painottaa ennaltaehkäisyä sekä vaaratapahtumista raportointia. Tehokkainta olisi poistaa jo etukäteen syyt, jotka saattaisivat vaarantaa potilasturvallisuuden. Virheiden todennäköisyys halutaan siis minimoida. Virheitä tuottavia ja niille altistavia asioita ovat muun muassa kiire, työstressi ja työntekijöiden uupumus, työympäristön epäjärjestys ja ergonomiaongelmat. Työtä tulisi pystyä tekemään keskeytyksittä ja häiriöttä. Jokaisen yksikön sisällä työhön ohjaaminen, perehdytys ja osaamistason varmistamisen tulisi hoitua järjestelmällisesti. Haittatapahtumista on velvollisuus ilmoittaa ja potilasturvallisuutta tulisi seurata ja arvioida systemaattisesti. HUS painottaa myös avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin luomista yhtenä potilasturvallisuutta edistävänä tekijänä. (HUS 2012.)

Jotta potilasturvallisuutta voitaisiin edistää, tarvitaan ehkäiseviä ja korjaavia toimenpiteitä sekä jatkuvaa toiminnan kehittämistä. Vuosien 2012-2013 kehittämiskohteisiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on keskitytty seuraavasti; lääkehoidon koulutuksen lisääminen, lääkkeiden antamisessa otetaan käyttöön vakiotoimintamenetelmä, potilassiirroissa käytettävää tarkistuslistaa pilotoidaan, ISBAR:n käyttöönottoa arvioidaan, tietojärjestelmiä kehitetään, päivystysten triage-hoitajien koulutusta lisätään, riskienhallinnan analysointia parannetaan sekä potilasturvallisuustutkimusta lisätään. Monipuolinen turvallisuuden varmistaminen on tärkeää korkean riskin aloilla. (HUS 2012.)

#### 4 Potilasturvallisuuden keskeiset tekijät terveydenhuollon organisaatioissa

Terveydenhuollon organisaatioiden on otettava huomioon kaikessa toiminnassaan potilasturvallisuus, taloussuunnitelmasta potilasohjaukseen. Lainsäädäntö on korkein potilasturvallisuutta ohjaava tekijä, jonka toteuttamista valvotaan viranomaisten taholta. Päivittäisen työn organisointi ja työtehtävien jakaantuminen, sekä henkilöstön pätevyys ja henkilökohtainen alalle soveltuvuus ovat asioita joihin terveydenhuollon organisaatiossa on kiinnitettävä huomiota potilasturvallisuuden toteutumisen mahdollistamiseksi. (Reiman & Oedewald 2008, 46-48.)

Organisaatiolta odotetaan kykyä huomioida potilasturvallisuus kaikessa päätöksenteossa. Potilasturvallisuussuunnitelma on väline, jonka avulla vähennetään potilasturvallisuusriskejä koko organisaatiossa. Suunnitelman on monitasoinen ja sen toteuttaminen edellyttää potilasturvallisuusjärjestelmän luomista ja käyttämistä. Potilasturvallisuusjärjestelmällä tarkoitetaan kokonaisuutta, joka kattaa yksityiskohtaiset ohjeet potilasturvallisuuden edistämiseksi jokaisella organisaation tasolla. Järjestelmän tarkoituksena on mahdollistaa potilasturvallisuusriskien tunnistaminen, arvioiminen ja niihin varautuminen organisaatiossa. (THL 2011.)

##### 4.1 Terveydenhuollon organisaation johtaminen potilasturvallisuudelle tukena

Terveydenhuolto alalla ajatellaan, että potilasturvallisuus perustuu ammattitaitoisen henkilökunnan kykyyn toimia virheettömästi. Tällainen ajattelumalli aiheuttaa ajatuksen siitä, että epäonnistumiset johtuvat yksilön heikkouksista ja tämä taas edesauttaa sitä, että virheistä ei uskalleta puhua. (Kinnunen 2010.) Potilasturvallisuus ei kuitenkaan koostu yksittäisten ihmisten toiminnoista vaan sitä olisi tarkasteltava järjestelmän eriosien yhteisvaikutuksien näkökulmasta (Helovuori ym. 2012, 52).

Virheen mahdollisuudet vähenevät kun prosessista poistetaan turhat ja epäolennaiset vaiheet. Epäolennaisien vaiheiden löytymiseksi on erittäin tärkeää, että virheet raportoidaan ja ne käsitellään asian mukaisesti. Työprosessien yksinkertaistamiseksi voidaan käyttää erilaisia ennalta sovittuja toimintamalleja. (STM 2009b, 187.)

Johto ei voi siirtää vastuutaan potilasturvallisuuden toteutumisesta millekään muulle taholle, kaikessa päätöksenteossa ja työskentelyssä on huomioitava potilasturvallisuus (THL 2011). Organisaation johdon toiminta tuottaa edellytykset turvallisen hoidon toteutumiselle. Johdolta edellytetään systemaattisia toimintatapoja joilla potilasturvallisuutta edistetään. (Helovuo ym. 2012, 57.) Johdon on varmistava myös henkilökunnan riittävyys ja varmistava että henkilökunta on tietoinen toimintaan liittyvistä potilasturvallisuutta vaarantavista riskeistä. Johdon on varmistettava, että riskien hallintaa, arviointia ja haittatapahtumista raportointia tapahtuu organisaation jokaisella tasolla. Haittatapahtumien raportointia käytetään hyödyksi potilasturvallisuuden parantamisessa. Johdon muodostava ryhmä huolehtii organisaatiossa potilasturvallisuuden strategisesta ohjauksesta (THL 2011.)

Työyksiköissä joissa potilasturvallisuus toteutuu, on tyypillistä, että organisaation johto ottaa näkyvästi kantaa turvallisuuteen liittyviin tekijöihin (Helovuo ym. 2012, 57-58). Potilasturvallisuus on nähtävä kokonaisuutena, jota ei voi luoda tai tuhota yksittäinen henkilö. Toimintayksikössä täytyy olla tietoisuus potilasturvallisuutta uhkaavista riskeistä. Laadukas ja turvalliseen toimintaan panostava henkilöstöjohtaminen edistää potilasturvallisuutta. (THL 2011.)

Potilasturvallisuuden kehittämisen keskeisiä keinoja ovat henkilöstön osaamisen kehittäminen ja potilasturvallisuus asioista tiedottaminen. Potilasturvallisuuden toteutuminen vaatii erilaisten turvallisuutta edistävien työtapojen hallintaa ja varmistusmenetelmien käyttöä. Potilasturvallisuusosaamisen, vuorovaikutustaitojen, tiimityön ja inhimillisten tekijöiden hallintaa ei korosteta terveydenhuollon peruskoulutuksessa siinä määrin kun se olisi tarpeellista. (Helovuo ym. 2011, 166-169.)

Sosiaali- ja terveysalalla työhön liittyvien turvallisuusvaatimusten- ja vaikutusten ymmärtäminen on välttämätöntä. Turvallisuusvaikutusten ymmärtäminen edellyttää hyvää käsitystä omasta työstä. (Reiman & Oedewald 2008.) Potilasturvallisuusosaamista voidaan edistää lisäämällä ammattihenkilön tietoisuutta omaan työhön liittyvistä potilasturvallisuus riskeistä ja siitä kuinka niitä voidaan hallita. Riskien tiedostamisen ja hallitsemisen lisäksi ammattihenkilön on tiedettävä kuinka riskienhallintamenetelmiä voidaan soveltaa hänen työhönsä. Johdon vastuulla on järjestää työntekijälle mahdollisuus saada potilasturvallisuutta parantavia menetelmiä käyttöönsä. Johdon on myös huolehdittava henkilöstön mahdollisuudesta kouluttaa itseään, mutta työntekijä on vastuussa oman osaamisensa vahvistamisesta. (THL 2011.)

#### 4.2 Turvallisuuskulttuuri potilasturvallisuuden tukena

Turvallisuuskulttuuri -käsite on lähtöisin ydinvoimateollisuudesta ja on sieltä levinnyt yleisesti käytetyksi termiksi. Turvallisuus kriittisinä aloina voidaan pitää aloja joiden toiminta käsittää toimintoja jotka huonosti hallittuina voivat aiheuttaa vahinkoa kansalaisille tai ympäristölle. Tällaisilta aloilta oletetaan vankkaa turvallisuuden hallintaa. Terveysturvallisuudenorganisaatiota voidaan kuvailla turvallisuuskriittisinä organisaatioina, sillä alalla käsitellään ihmisten turvallisuuteen liittyviä asioita. Terveysturvallisuusalalla turvallisuus riskeinä voidaan pitää sairauksiin, taudinaiheuttajiin, lääke- ja leikkaushoitoihin, toimintaympäristöihin, väkivallan ja tulipalon uhkaan liittyviin tekijöihin. (Reiman & Oedewald 2008.)

Hyvän turvallisuuskulttuurin syntyminen edellytys on, että turvallisuutta pidetään organisaatiossa tärkeänä arvona ja sitä edistetään systemaattisesti (Helovuori ym. 2012, 92). Korkearisikaloilla turvallisuuskulttuurin katsotaan tarkoittavan organisaation valmiuksia ymmärtää, että millaisia riskejä ja vaaroja toimintaan liittyy. Turvallisuuskulttuuriin liittyy myös mahdollisuudet vaarojen ja riskien ennaltaehkäisyyn. Potilasturvallisuuskulttuuri esiintyy organisaatiossa monitasoisena ilmiönä. Turvallisuuskulttuuri muuttuu ja muokkaantuu henkilöstön ja organisaation määrittellessä työn turvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Turvallisuuskulttuurin luominen ja ylläpitäminen on koko henkilöstön tehtävä. (Reiman, Pietikäinen & Oedewald 2008.)

Avoimen turvallisuuskulttuurin merkitys on potilasturvallisuudelle huomattava. Avoimen turvallisuuskulttuurin myötä ongelmiin ja epäkohtiin potilasturvallisuudessa voidaan puuttua helpommin. Turvallisuuskulttuuri on hoitoa edistävä suunnitelmallinen toimintatapa, jota tukee hyvä johtaminen. Turvallisuuskulttuurin pohja rakentuu arvoista ja asenteista, jotka ohjaavat organisaation toimintaa. (THL 2011.)

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen potilasturvallisuusstrategiassa turvallisuuskulttuuri on nostettu keskeiseksi asiaksi potilasturvallisuutta käsiteltäessä. Turvallisuuskulttuuri luo pohjan turvallisuudelle toiminnalle. Terveysturvallisuudessa turvallisuuskulttuuri näyttäytyy työyhteisön toimintatapana hoidon turvallisuuden varmistamiseksi. Potilasturvallisuuskulttuuria edistää yhteisesti sovitut toimintatavat ja niitä tukeva johtaminen. Turvallisuuskulttuuriin liittyy myös se miten turvallisuuteen liittyviä asioita käsitellään. Avoimessa ja hyväksytyssä ilmapiirissä ongelmien esiintyminen on helpompaa, jolloin uhkien havaitseminen ja niihin puuttuminen on helpompaa. Turvallisuuskulttuurin vahvistumisen kautta vähennetään potilasturvallisuuteen negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä. (STM 2009a.)

Turvallisuuskulttuuri ei ole asia joka on tai on olematta vaan se muodostuu monista tekijöistä ja sitä voidaan edistää konkreettisilla toimilla. Turvallisuuskulttuurin luominen on koko orga-

nisaation vastuulla ja jokainen yksilö kantaa vastuuta potilasturvallisuuden toteutumisesta omalla kohdallaan. Organisaation on pidettävä yllä ajatusta siitä, että jokainen voi vaikuttaa potilasturvallisuuteen (Helovuoto ym. 2011, 92-94.)

#### 4.3 Systeemilähtöinen näkökulma potilasturvallisuuteen

Terveystuotoalalla virheitä on pitkään pidetty yksittäisen henkilön epäonnistumisena. Virheen sattuessa etsitään syyllinen ja häntä syytetään unohtamisesta, lipsahduksesta tai ammattitaidon puutteesta. Syyttäminen ajaa henkilöstön pelkäämään virheistä puhumista ja niihin puuttumista. Ajatellaan, että parhaansa tekeminen riittää. Tällainen lähestymismalli virheitä kohtaan aiheuttaa sen, että virheet ohitetaan niistä puhumatta. Työntekijät alkavat turvata omaa selustaansa ja syyttämään muita tapahtuneista virheistä. (Kinnunen, 2010; Reason 2000.) Vasta viime vuosina on alettu ymmärtää, että virheiden tapahtumisella on paljon syvemmät syyt ja merkitykset kuin ihmisten huolimattomuus tai piittaamattomuus. Sen sijasta, että puhutaan virheiden tekemisestä, tulisikin puhua haitta- ja vaaratilanteista. (THL 2014.)

Riskien hallinnan kehittäminen ja virheistä oppiminen on asetettu yhdeksi tavoitteeksi potilasturvallisuusstrategiassa. Tavoitteena on, että vuoteen 2013 mennessä organisaatiossa on valmiudet ennaltaehkäistä riskejä ja hallita laatua erilaisten menetelmien avulla. Organisaation on kyettävä huolehtimaan työntekijöiden ammatillisesta osaamisesta ja kehittämisestä, lisäksi organisaation on hyödynnettävä muiden toimiviksi todettuja menetelmiä potilasturvallisuuden parantamiseksi. (STM 2009a.)

Systeemilähtöisen näkökulman mukaan vaaratapahtumat syntyvät monien asioiden yhteisvaikutuksesta. Systeemilähtöisyys kattaa organisaation johdon päätökset, lähiesimiestyön sekä fyysiset ja psyykkiset olosuhteet. Potilasturvallisuutta tulisi siis lähestyä näkökulmasta jossa ymmärretään, että inhimilliset virheet eivät synny ilman syytä. (Helovuoto ym. 2012, 52-54.) Systeemilähtöisestä näkökulmasta virheiden syntyminen syitä lähdetään etsimään olosuhteista ja ympäristöstä jossa yksilöt toimivat. Virheiden syitä selvitetessä kysytään, miksi virhe tapahtui ja hyväksytään se tosiasia, että kaikki tekevät virheitä. Virheiden tapahtumisen mahdollisuuden hyväksyminen auttaa työntekijöitä puhumaan virheistä. Virheitä puhuminen taas mahdollistaa niistä oppimisen ja toiminnan keskittämisen niin, että toiminta olisi laadukasta ja virheen uusiutumisen riski pienenee. (Kinnunen, 2010) Virheen sattuessa on hyvä muistaa, että uhreja on yleensä kaksi. Potilaalle sattunut vahinko järkyttää usein myös virheeseen osallisena ollutta työntekijää. Tahtomattaan tapahtunut virhe saattaa aiheuttaa syvää syyllisyyttä työntekijälle ja saa hänet usein epäilemään omaa pätevyyttään, ja saattaa aiheuttaa vaikeuksia jatkaa työtä. Tämän takia on ensiarvoisen tärkeää, että vallitseva kulttuuri on

avoin ja lähiesimies ymmärtäväinen. Esimiehen tulisi tarvittaessa järjestää työntekijälle työnohjausta tai psykologisia palveluita, mikäli sattuneesta virheestä on vaikea päästä yli. (Mustajoki 2009, 144.)

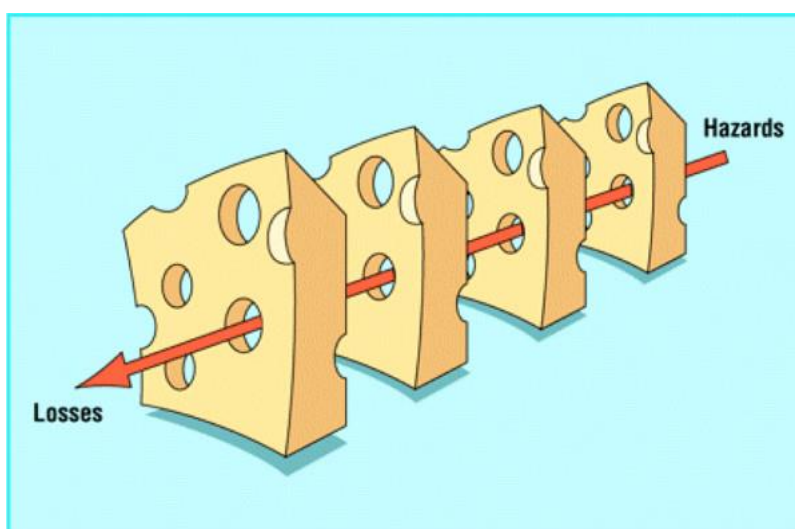
Kokonaisvaltaisen laadun- ja riskien hallinnan mahdollistamiseksi organisaation on suunniteltava selkeät toimintatavat joilla turvallisuusriskejä arvioidaan ja hallitaan. Organisaation tulisi omaksua työskentelytapa, jolla edistetään jatkuvasti potilasturvallisuutta ja laatua. Työskentelytavan tulee hyödyntää aikaisempia oppeja ja kokemuksia. Työympäristöä, prosesseja, toimintatapoja ja ohjeita kehitetään riskien arvioinnin perusteella. Lisäksi kehitystoimien toteuttamista ja arviointia tulee seurata. (THL 2011, 15.)

Ihmisen erehtyväisyyttä on tutkinut englantilainen psykologi James Reason, joka on kehittänyt inhimillisen erehdyksen riskinarviomallin. Teorian mukaan on kaksi tapaa ajatella ongelmaa; ihmislähtöisesti tai systeemilähtöisesti. Molemmilla on omat riskejä arvioivat mallinsa, ja on tärkeää, että ymmärretään näiden kahden erot, jotta voidaan hallita riskejä nopeasti muuttuvassa terveydenhuollossa. (Reason 2000.)

Ihmislähtöinen malli selittää riskien ja haittatapahtumien synnyn ihmisille ominaisen erehdyksen mukaan. Inhimillisiä erehdyksiä ovat muun muassa unohdus, huomioimattomuus, huono motivaatio ja huolimattomuus. Näihin liittyy usein virheen tapahtuessa syyttely, häpeä ja nimitely. Ihmislähtöinen malli on terveydenhuollossa useimmin esiintyvä malli, ja ihmisten syyttely koetaan henkisesti tyydyttävämmäksi kuin organisaation syyttäminen. Systeemilähtöisessä mallissa todetaan, että ihmiset ovat erehtyväisiä ja virheitä tapahtuu parhaissakin organisaatioissa. Virheet koetaan enemmänkin seurauksina kuin syinä, ja näin ollen virhe on systeemilähtöinen eikä riippuvainen ihmistekijästä. Systeemilähtöisessä teoriassa todetaan, että ihmisen perusluonnetta ja olemusta ei voi muuttaa, jolloin ainoa keino vähentää riskejä on parantaa olosuhteita, joissa ihmiset työskentelevät. Näin ollen virheen sattuessa ei pyritä etsimään sitä, kuka virheen teki, vaan miettimään miksi virhe kävi ja kuinka virheitä estäviä malleja ja mekanismeja voitaisiin parantaa. (Reason 2000; Helovuori 2012, 55, HaiPro 2007.)

Ilman tapahtuneiden virheiden analysointia ei voida koskaan päästä lähemmäs terveydenhuoltoa, jossa virheitä ei satu. Sattuneen virheet ja läheltä piti-tilanteet tulee analysoida yksityiskohtaisesti, koska muuten virheistä ei voida oppia. Terveydenhuollossa täytyy olla toimiva ja avoin raportointikulttuuri, joka perustuu luottamukseen. Virheiden ja läheltä piti-tilanteiden ilmoittamista varten olevan raportointityökalun olemassaolo on äärimmäisen tärkeää potilasturvallisuuden kehittymiselle. Yleensä sattuneet virheet tapahtuvat, kun noudatetaan tiettyjä rutiineja. (Helovuori ym. 2012, 54-55.) Rutinoituminen saattaa aiheuttaa vaaratilanteita esimerkiksi silloin, kun toistoja tulee liikaa. Tällöin voi tulla lääkeunohduksia tai toimintatavoista poikkeamista oman mallin mukaan. (HaiPro 2007.)

Suojausmenetelmät, esteet ja puolustusmekanismit ovat avainasemassa systeemilähtöisessä teoriassa. Monilla korkean riskin aloilla on useita tämänkaltaisia mekanisme, jotka estävät virheitä. Näitä ovat esimerkiksi hälyttimet, fyysiset esteet ja automaattiset sulkeutumiset. Näiden tarkoituksena on suojella ihmisiä ja ympäristöä, ja niiden ollessa hyviä, on aina mahdollisuus, että jotakin käy riippumatta näistä mekanismeista. Parhaassa mahdollisessa tilanteessa nämä mekanismit olisivat virheettömiä ja aina toimivia. Reasonin (2000) reikäjuustomallissa selitetään virheiden tapahtumista monen juustoviipaleen päällekkäin ollessa reikien avautumisella ja sulkeutumisella; reiän olemassaolo itsessään ei vielä aiheuta virhettä, mutta olosuhteiden ollessa sopivat virhe voi tapahtua. Jokainen juustoviipale edustaa eri tekijää; resursseja, työolosuhteita, teknisiä esteitä, varoitusjärjestelmiä ja työkaluja. Virhe voi tapahtua, jos jokaisessa tai jossain näissä kerroksessa on reikä. (Reason 2000.)



James Reasonin reikäjuustomalli. (Reason 2000)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivan henkilöstön on ilmoitettava tapahtuneista haittatapahtumista ja läheltä piti - tilanteista sovitun raportointimenetelmän kautta. Raportit kerätään ja analysoidaan säännöllisin väliajoin. Raportit käydään lävitse ja ne käsitellään organisaatioiden potilasturvallisuustyöryhmissä ja työyksiköissä. Vakavimmista ja harvinaisemmista vaaratilanteista olisi tärkeää jakaa tietoa myös organisaation rajojen ylitse. (THL 2011, 28-29.) Haittatapahtumailmoitukset tilastoituvat ja tilastot kertovat millaisia tapauksia työyksikössä on raportoitu. Haittatapahtumatilastot eivät kuitenkaan kerro kuinka paljon virheitä sattuu, sillä kaikkia tapahtumia ei raportoida. (Ruuhihehto 2009, 157.)

Läheltä piti-tilanteiden ja haittatapahtumia koskevan tiedon keruu on tärkeää, sillä ne auttavat löytämään potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä (HaiPro 2007). Tätä tietoa tulisi käyttää hyödyksi potilasturvallisuuden, toimintatapojen ja henkilöstön osaamisen kehittämiseksi. Haittatapahtumista saadun tiedon hyväksi käyttäminen vaatii ymmärrystä siitä millaisista asioista virheet syntyvät. Ihmisten tekemistä virheistä puhutaan usein inhimillisinä virheinä, mutta kun virheitä tarkasteltaisiin laajemmassa mittakaavassa, huomataan virheen



usein johtuneen organisaation toiminnan kehittämistarpeista. (Ruuhilehto 2009, 88.) Tärkeää on selvittää, mitkä tekijät saavat ihmisen tekemään virheen ja näin vaikuttamaan järjestelmän eri tasoihin ja prosesseihin, jotta virhe ei toistuisi (HaiPro 2007). Potilasturvallisuuden parantamiseksi on kehitetty erilaisia hättävaikeusrekistereitä, jotta hättätapahtumista voidaan pitää kirjaa ja virheistä oppia. Näitä ovat muun muassa hoitoilmoitusrekisteri eli HILMO, terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä HaiPro, lääkkeiden hättävaikeusrekisteri, sairaalainfektioiden seuranta eli Siro sekä tartuntatautirekisteri. (THL 2014.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri on analysoinut vuosien 2011 ja 2012 aikana tehtyjä HaiPro-ilmoituksia Meilahden, Peijaksen ja Jorvin sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla sekä teho- ja valvontayksiköissä. Analyysissä kävi ilmi, että sisätautien tulosyksiköissä tehtiin vuoden aikana yhteensä 2165 HaiPro-ilmoitusta, joista neljäsosa tapahtui päivystyspoliklinikoilla. Suurin osa ilmoituksista koski tapahtumia, joista ei ollut lainkaan tai hyvin vähäistä hättää potilaalle. HaiPro-ilmoitusten hättätapahtumien ajankohtia analysoitiin myös, ja niistä saatiin selville riskialttiimmat kellonajat hättätapahtumille. Hättätapahtumia sattui eniten vuoronvaihtojen aikana; noin kello 8.00, 15.00 ja 20.00. Hättätapahtumat liittyivät eniten lääkitykseen (201 ilmoitusta), kommunikaatio-ongelmiin (96 ilmoitusta) ja muihin toimenpiteisiin (99 ilmoitusta). Analyysin johtopäätöksenä oli, että vuoronvaihdot ovat kaikkein riskialteimpia kohtia, jolloin hättätapahtumille altistutaan. (HUS 2013.)

#### 4.4 Ammatillinen osaaminen potilasturvallisuuden tukena

Potilasturvallisuuden toteutuminen vaatii hoitohenkilökunnalta kliinistä osaamista. Kliinisen osaamisen lisäksi hoitohenkilökunnalta edellytetään ei-tekniisten taitojen hallintaa. Eitekniisillä taidoilla tarkoitetaan esimerkiksi kommunikaatiotaitoja. Potilasturvallisuuden toteutumisen edellytys on että hoitotyötä tekevät henkilöt ovat ammattitaitoisia ja hallitsevat työssään tarvittavat taidot. Potilasturvallisuus ei kuitenkaan synny ainoastaan oikein suorite- tuista työtehtävistä vaan tarvitaan myös potilasturvallisuus osaamista. (Helovuo ym. 2012, 181-182.)

Sosiaali- ja terveystalalla työskenteleviltä vaaditaan laajaa osaamista sekä teoria tiedon, että käytännön osaamisen kannalta. Hoitajan on kyettävä etsimään tietoa uusien tilanteiden edessä. Ihanteellista olisi, että ihminen kehittäisi jatkuvasti osaamistaan. Ammatillisen kasvun on kuitenkin havaittu usein katkeavan jossakin vaiheessa työuraa. Ammatillisen kasvun kehittymisen katkeaminen saattaa aiheuttaa työmotivaation heikkenemisen ja työtehtävien muuttamisen merkityksettömiksi rutiineiksi. (Ruohotie 2000, 49-50.) Asiantuntijaksi kehittymiseen vaaditaan kokemusta ja teorian tiedon tuntemusta. Ammattikorkea koulutus mahdollistaa opis-

kelijan saavuttamaan asiantuntijuuden, opettamalla hänelle valmiuksia luotettavan tiedon etsintään (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2005, 12-15).

Potilasturvallisuuskoulutukset tulisi olla osa henkilöstön osaamisen kehittämistä. Koulutusten suunnittelussa tulee ottaa huomioon, että koulutukselle on asetettu tavoitteet sen vaikuttavuuden varmistamiseksi. Potilasturvallisuuden perusosaaminen tulisi olla hallussa jokaisella terveydenhuollon ammattilaisella ja sitä tulisi ylläpitää jokavuotisella ylläpitokoulutuksella ja uusiin käytäntöihin liittyvillä koulutuksilla. (Helovuori ym. 2011, 166-169.)

Työmotivaatio on potilasturvallisuuden toteutumisen kannalta tärkeä asia, sillä motivoitunut henkilöstö tähtää laadukkaaseen hoitoon. Potilasturvallisuuden toteutumisen kannalta on tärkeää, että henkilöstö saadaan motivoitua käyttämään yhteisesti sovittuja toimintamalleja. Jokaisen terveydenhuollon henkilökuntaan kuuluvan henkilön on oltava motivoitunut edistämään potilasturvallisuutta. (Helovuori ym. 2012, 92, 168-169.)

Mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä lisää ihmisen työmotivaatiota. Ihmisen kokiessa itsensä tärkeäksi osaksi organisaatiota lisääntyy hänen innovatiivisuus ja halu kehittää laatua. Työntekijän työmotivaatiota voidaan kasvattaa lisäämällä hänen vastuutaan organisaatiossa. Kokiessaan työnsä merkitykselliseksi ja mielekkääksi lisääntyy työntekijän motivaatio. Työmotivaation parantumisen lisäksi vastuunjakamisen on huomattu parantavan palvelun laatua tiimityötä ja työhyvinvointia. Mielenkiinto työtä kohtaan on yksi suurimpia tekijöitä työmotivaation syntymisen kannalta. Ihmisen motivaation syntymiseen vaikuttavat yksilölliset asiat. Joillekin esimerkiksi palkka on työhön motivoiva tekijä, toisille taas sisäinen tarve suorittaa tehtäviä. Terveen itsetunnon ja itseluottamuksen omaavalla henkilöllä on mahdollisuus tarttua työtehtäviin itseensä luottaen. Luottaessaan itseensä työntekijä saavuttaa helpommin asetetut tavoitteet ja onnistuu tehtävässään toisin kuin ihminen, jolla on huono itseluottamus ja heikko itsetunto. Työssä onnistuminen palkitsee ja rohkaisee jatkossa tarttumaan uusiin haasteisiin. (Paasivaara ym. 2008, 79-81.)

Jokainen ihminen on vastuussa omasta tekemisestään ja päättää itse toteuttaako hän jonkin asia vai ei. Motivaatio jotain asiaa kohtaan riippuu ihmisen persoonallisuudesta, arvoista ja asenteista. Tarjoamalla työntekijälle työhön liittyviä haasteita ja vastuuta esimies voi saada aikaan uutta motivaatiota työntekijässä. Haasteiden ja vastuunantamisen lisäksi esimiehen on myös tuettava työntekijöitä kehitymisessä. Kehittyminen tapahtuu yhdessä asetettuihin tavoitteisiin pyrittäessä. Tavoitteiden saavuttaminen aiheuttaa positiivisia kokemuksia mikä innostaa työntekijää ponnistelemaan jatkossakin. Tavoitteiden saavuttamisen kautta paranee työntekijän itseluottamus. Pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamiseksi työntekijä tarvitsee jatkuvasti rakentavaa palautetta. (Niermeyer & Seyffert 2002, 61-65.)

Ammatillinen kasvu on sisäistä kasvua, se vaatii minäkäsityksen kehittymistä, omien asenteiden muuttamista, kriittistä arviointi taitoa ja ammattitaidon kehittämistä. Ammatillinen kasvu antaa työntekijälle valmiuksia kehittää asiantuntijuuttaan. Ammattikorkeakoulussa ammatillisen asiantuntijuuden ajatellaan koostuvan teoreettisesta tietämyksestä, käytännön osaamisesta ja yhteisöllisyyttä tukevista taidoista. (Tynjälä 2003, 8-20.) Lisäksi opiskelijan on saatava palautetta toiminnastaan, jotta kehittyminen olisi mahdollista. (Mäntylä 2007, 93) Asiantuntijuuden saavuttamiseksi tarvitaan vahvaa ammattispesifistä tietämystä, taitoa ratkoa ongelmia asiantuntemuksen avulla (Eteläpelto, Onnismaa & Ruohotie 2008, 106-107).

## 5 Kommunikaation merkitys potilasturvallisuudelle

Kommunikointi on tärkein väline yhteistyöhön perustuvassa potilasturvallisuuden edistämisessä. Ilman viestintää tiimityö ei ole mahdollista ja lähes kaikki potilastyöhön liittyvät toiminnot sisältävät kommunikaatiota. Tehokkaimmin toimivien työyksiköiden on havaittu myös kommunikoivan tehokkaasti. Kommunikoinnin on havaittu vaikuttavan suoraan myös potilasturvallisuuteen. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 189.)

Kommunikaatio-ongelmien on todettu olevan monien potilashaittatapahtumien takana. Kommunikaatio-ongelmien syynä ovat usein vallitseva kulttuuri ja ammattiryhmien väliset ennakkoluulot, hierarkia ja suhteet. Potilasturvallisuutta vaarantavat tilanteet, joissa havaitaan, että toiminta ei ole ollut ohjeistuksen mukaista, mutta toimintaan ei uskalleta puuttua. Puutteet ammattitaidossa ja kyvyssä toimia tiimityössä lisäävät haittatapahtuman toteutumisen riskiä. Haittatapahtumien syntymistä edistävät ammattiryhmän sisäiset kommunikaation puutteet ja huono lähijohtaminen. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 86-87.)

### 5.1 Kommunikaatio ja sen ongelmat

Yhtenä merkittävämpänä tekijänä kommunikaation epäonnistumisessa pidetään yhteisen kielen puutetta eri toimijoiden välillä. Siksi yhteisen kielen ja yhtenäisten toimintatapojen kehittämistä tulisi edistää. (Kupari & Rantanen 2012, 21.) Kommunikaatio-ongelmiin johtavia syitä eri ammattiryhmien sisällä yhteisen kielen puutteen lisäksi pidetään työn kuormittavuutta, teknologian nopeaa kehittymistä sekä vaihtuvia määräyksiä (Thomas, Bertram & Johnson 2009, 176).

Potilasturvallisuuden toteutusta estävänä tekijänä pidetään myös melutasoja. Melutasojen on todettu vaikuttavan sairaaloiden työntekijöiden stressitasoihin. Melu haittaa keskittymistä ja siten kasvattaa riskiä virheelliseen tiedonkulkuun. Virheellinen tiedonkulku aiheuttaa esimer-

kiksi lääkepoikkeamia, lisäksi liian korkeat melutasot aiheuttavat työntekijöille masennusta ja ärsyyntyneisyyttä. (Thomas, Bertram & Johnson 2009, 177.)

Hoitajien erilaiset tasot ammatissa koetaan myös kommunikaatio-ongelmien edistäjiksi. On todettu, että sairaanhoitajaopiskelijoilla ja vastavalmistuneilla hoitajilla on puutteellisemmat viestintätaidot kommunikoitaessa eri ammattiryhmien välillä. He myös pelkäävät tekevänsä virheitä työssään enemmän kuin kokeneet hoitajat. Tämän uskotaan johtuvan siitä, että opiskeluaikana ei anneta tarpeeksi vastuuta ja mahdollisuutta harjoitella esimerkiksi konsultoida lääkäriä tositilanteessa. (Thomas ym. 2011, 176.) Kokemuserot aiheuttavat myös sitä, että vähemmän kokenut hoitaja ei välttämättä uskalla kyseenalaistaa saamaansa informaatiota tai varmistaa ymmärtämäänsä enemmän kokeneelta hoitajalta (Ortega & Parsh 2013).

Ihmisen luontainen erehtyväisyys on asia, jota ei oteta aina huomioon aloilla, joilla virheitä sattuu usein. Tämän takia on tärkeää, että terveydenhuoltoalalla keskitytään luomaan strukturoituja malleja kommunikaation onnistumiselle, sekä luodaan hyvä ilmapiiri, jossa kaikki uskaltavat tuoda ajatuksiaan julki. Muilla korkean riskin aloilla kuten ilmailun parissa on otettu huomioon, että standardoidut mallit ovat erittäin tehokas keino lisätä tiimityöskentelyä ja vähentää riskejä. Yksinkertaisten mallien ja sääntöjen avulla voidaan hallita laajoja kokonaisuuksia, kuten potilaiden hoitamista. Edellä mainitut erilaiset kommunikointityylit eivät saisi vaikuttaa potilasturvallisuuden toteutumiseen negatiivisesti. (Leonard, Graham, Bonacum 2004, 185.) Tehokasta kommunikointia voidaan kuvata dynaamisena prosessina, jossa kysymyksiä kysytään ja huolenaiheet sanotaan ääneen (Ortega & Parsh 2013).

## 5.2 Puheviestinnän merkitys viestin merkityksen ymmärtämiselle

Puheviestintä on yksi inhimillisen viestinnän osa-alueista ja se koostuu monista tekijöistä. Puheviestintä on prosessi jolla ei ole selkeää alkua tai loppua. Se on ihmisten toimintaa toistensa ja ympäristön välillä. Viestinnän mahdollistamiseksi viestijät tarvitsevat symboleita, joiden merkityksen molemmat osapuolet tunnistavat. Symbolien tunnistamisen lisäksi viestijöiden on ymmärrettävä, että mitä niillä juuri tietyssä tilanteessa tarkoitetaan. Puheviestintä tapahtuu verbaalisten ja nonverbaalisten symbolien avulla. Kasvokkain tapahtuva puheviestintä on mahdollista myös ilman ääntä kunhan molemmat osapuolet tunnistavat käytettävät merkit. Puheviestinnällä ilmaisemme ajatuksiamme ja tunteitamme ja teemme ne kuuluviksi, havaitsemme sen avulla myös muiden ilmaisemia asioita. Puheviestinnän onnistuminen vaatii viestiosa-puolien molemminpuolisen ymmärryksen, ei riitä että toinen viestiöistä osaa käytettävät symbolit. Toisen osapuolen on myös osattava tulkita niitä. (Takala 1995, 5-9.)

Viestinnän tavoitteena on tuoda merkitys ymmärretyksi, ymmärryksen saavuttamiseksi käytetään vuorovaikutusta ja tämä tapahtuu tilanteessa. Viestintä siis koostuu kerroksista joita ovat, viestinnän prosessi ja yksilölliset merkitykset, vuorovaikutus ja kieli, sekä tilanteet ja tekniikka. Jokainen kerros vaikuttaa kaikissa viestintätilanteissa. Ihmiset antavat viestinnän sisällölle yksilöllisen merkityksen, tämän ymmärtäminen edistää viestinnän onnistumista. Pohjimmitaan viestinnässä on yhteisymmärryksen löytymisestä merkityksen tasolla. Vuorovaikutukseen kuuluvat keinot joilla pyritään ihmisen kohtaamiseen sekä viestintäprosessin käynnistämiseen ja ylläpitoon. Vuorovaikutuksen onnistumiseksi vaaditaan kontaktin eli tunneyhteyden luominen, viestintätaidot, viestinnän kielen hallintaa, kykyä havainnoida viestintätilannetta, seurata palautetta ja joustavuutta sekä kykyä muotoilla sanoma ja tarvittaessa havainnollistaa asioita. (Repo & Nuutinen 2005, 8-9.)

Jatkuvasti kehittyvä teknologia vaikuttaa myös puheviestintään. Nykyään voimme olla yhteydessä toiselle puolelle maapalloa vaivattomasti ja julkisesti esiintyminen on monelle arkipäivää. Maantieteelliset esteet eivät enää ole viestinnän ja kommunikoinnin tiellä. Työelämässä viestinnän välineenä käytetään sähköisiä viestimiä jatkuvasti ja asiakkaat hakevat tietoa internetistä koko ajan enemmän. Tekniikan kehittyminen on lisännyt viestinnän avoimuutta ja vapautta, ujojenkin ihmisten on helppo käyttää palveluita esimerkiksi sähköpostin avulla. Teknologian kehittymisestä huolimatta ihmiset kaipaavat edelleen henkilökohtaista palvelua ja aidon ihmisen kohtaamista. (Kansanen 2000, 15-16.)

Hyvinvointialan työntekijän ammatillinen osaaminen koostuu erilaisista tiedoista, taidoista ja asenteista. Teoreettisten tietojen ja käytännön taitojen lisäksi työntekijältä vaaditaan myös vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoja. Terveystieteiden toiminnossa tapahtuvaa viestintää ja vuorovaikutusta ohjaavat työntekijän ja asiakkaan oma tieto- ja taitoperustansa Ammatillinen asiakastyöviestintä sisältää tiedon hankkimista ja jakamista, ohjaamista, opettamista ja vaikuttamista, neuvontaa ja asioiden eteenpäin viemistä. Terveystieteiden ammattilainen joutuu käyttämään asiakasta ohjattaessaan monenlaisia puheviestinnän malleja. Hän joutuu käymään dialogia, kuuntelemaan, motivoimaan ja osallistuttamaan. Terveystieteiden ammattilaisen on kyettävä havainnoimaan ja tulkitsemaan myös sanattomia viestejä. (Niemi ym. 2006, 289-290.)

Puhuja on henkilö, joka inhimillisessä vuorovaikutustilanteessa ilmaisee itseään puhumalla. Jotta puhuja voisi kehittää taitojaan, hänen on ymmärrettävä puheviestintätapahtuma ja asennoitua siihen tarvittavalla vakavuudella. On kuitenkin muistettava, että puheviestintään liittyy muutakin kuin puhumista. Vaikka puhuja käyttäisi vakuuttavaa kieltä ja asianmukaista materiaalia, mutta hänen sanaton viestintänsä viestittäisi epävarmuutta, ei sanoma välttämättä vakuuta kuulijaa. (Kansanen 2000, 20.)

Kuulija kiinnittää huomiota puhujan kokonaisviestintään muodostaakseen kuvan hänen luotavuudestaan. Ensivaikutelma puhujasta syntyy nopeasti ja se on vaikeata myöhemmin muuttaa. Kehon kielen tulee siis tukea sanallista viestintää, jotta puhuja antaisi itsestään vakuuttavan kuvan. Avoimuus ja vuorovaikutushalukkuus näkyvät katsekontaktissa ja esimerkiksi käsiensä käytössä. Katseen ajatellaan säätelevän koko vuorovaikutustilannetta. Puhujan tulisi huomioida katseella kuulija, jolloin kuulija tuntee olevansa huomioitu. Katsellessa kuulijoita puhuja saa välittömän palautteen kuulijoiltaan. Luontevaan esiintymiseen kuuluu käsien luonteva liikkuttelu. Kädet voivat mukaila sanomaa harkitusti. (Niemi ym. 2006, 50-51.)

### 5.3 Suullinen raportointi

Suullisen raportoinnin tarkoituksena on turvata potilaan hoidon jatkuvuus. Kun potilasta hoitanut hoitaja raportoi potilaasta seuraavalle vuorolle tai toiseen yksikköön, siirtyy vastuu raportin vastaanottavalle osapuolelle. Suullisessa raportissa tärkeää on kertoa potilaasta tärkeät tiedot. Raportista tulee käydä ilmi potilaan tila, tehdyt tutkimukset ja hoidot. Suullisen raportin tulee olla tiivis ja sisältää sellaiset oleelliset tiedot potilaasta, jotka hoitajan tulee tietää voidakseen hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti. (Kassara, Paloposki & Holmia ym. 2006, 62.)

Kun raportin antaja kertoo potilaasta, raportin vastaanottajan tulee kuunnella aktiivisesti ja tehdä muistiinpanoja. Hiljaisessa raportoinnissa taas vuoroon tulevat hoitajat lukevat oma-toimisesti potilaan suunnitelmia ja toteutuksia. Yleensä raportointitilanteiden jälkeen potilaan hoitoa jatkavat hoitajat käyvät potilaiden luona saadakseen täydentyneemmän kuvan näiden tilanteesta. Suullinen raportti voidaan antaa myös puhelimen välityksellä, kansliassa tai potilaan vierellä, jolloin puhutaan potilaanvierusraportista. (Kassara, Paloposki, Holmia ym. 2006, 63.)

Suullisen raportoinnin ongelmia ovat väärä sekä puuttuva tieto. Myös väärinymmärryksiä käy, vaikka välitetty tieto olisi oikeaa. (Kupari & Rantanen 2012, 22) On todettu, että hoitajien väsymys - ja stressitilat haittaavat katkeamatonta tiedonsiirtoa. Myös ulkopuoliset häiriötekijät, kuten puhelimen soiminen, potilaan omaisten vierailu tai soittokellojen soiminen saavat usein ajatuksen katkeamaan raportin aikana. Suositeltavaa olisi, jos hoitaja pystyisi ennen vuoron päättymistä lyhyesti kirjaamaan ylös paperille tärkeitä asioita, jotta ne eivät unohtuisi raportointitilanteessa. (Ortega & Parsh 2013.)

Suomessa tehdyssä tutkielmassa tutkittiin luovutusprosessin haasteita ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Potilasturvallisuuden kannalta oleellisia huomioita olivat kiireen ja kommunikation jännitteiden tuottamat ongelmat, jolloin ensihoidon luovutusprosessi tapahtui ei-

toivotulla tavalla. Hankalaksi koettiin myös epäselvyydet ensihoidon ja päivystyspoliklinikan hoitohenkilöstöjen rooleista sekä toimintatavoista. Lisäksi potilasdokumentaation koettiin satunnaisesti olevan puutteellista, jolloin tietoa hävisi keskeytetyssä tai puutteellisessa raportoinnissa. Näiden lisäksi koettiin myös, että ennakoilmoitusta annettaessa raportin laatu riippui raportin antajasta. Ensihoitajat kokivat myös turhautumista suullista raporttia antaessaan, koska heidän kokemuksensa usein oli, että raportin vastaanottaja ei kuuntele tai arvosta raporttia. Huonona puolena nähtiin, että molemmin puolin koettiin kiinnostuksen puutetta toisen antamaan raporttiin. Suullisen raportoinnin aikana välitetyn tiedon koettiin olevan lii- kaa muistin varassa. Vain puolet päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnasta kertoi käyttävänsä ensihoitokertomusta potilaan tilaa arvioidessaan. Näin olleen potilaan hoidon jatkuvuus koet- tiin olevan riippuvainen dokumentaation laadusta. (Mikkonen 2011.)

## 6 ISBAR-raportointimenetelmä

ISBAR-raportointimenetelmä on alun perin kehitetty USA:n merivoimissa vähentämään tiedon- kulussa tapahtuvia väärinymmärryksiä, jotka voisivat johtaa vakaviin haittatapahtumiin. IS- BAR:n menestyminen armeijaolosuhteissa johti sen kokeiluun myös terveydenhuollossa, sillä niille yhteinen tekijä on stressaava ympäristö. Terveydenhuoltoon ISBAR on jalkautunut en- simmäisen kerran vuonna 2003 Yhdysvalloissa. Aluksi sitä käytettiin hoitajien ja lääkäreiden välisessä konsultoinnissa akuuteissa tilanteissa, ja tämän jälkeen sitä on myös laajennettu käyttämään vuoronvaihdossa tapahtuvaan raportointiin. Sen jälkeen ISBAR on otettu käyttöön useissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä tarkoituksenaan parantaa kommunikoinnin tarkkuutta ja tehokkuutta. (Vardaman, Cornell, Gondo, Amis, Townsend-Gervis & Thetford 2012, 89-90.)

### 6.1 ISBAR-raportointimenetelmän tarkoitus ja sisältö

ISBAR on raportointimenetelmä, joka systemaattistaa ja yhtenäistää tiedonkulun. ISBAR:n ajatus on se, että raportoinnin sisältö koostuu ennalta määritellyssä järjestyksessä aihepiireit- täin. Tällöin jokainen antaisi samanlaisen raportin, ja virheiden todennäköisyys pienenesi. IS- BAR antaa mahdollisuuden tiedon siirtymiselle tehokkaasti, johdonmukaisesti ja sisältäen tär- keimmät asiat. (Leonard, Graham & Bonacum 2004, 186.)

ISBAR:n strukturoitu malli koostuu viidestä kohdasta; I, (identify eli tunnista), S (situation eli tilanne), B (background eli tausta), A (assessment eli nykytilanne) ja R (recommendation eli toimintaehdotus). Mallin mukaisesti potilaan tiedot käydään aina samassa järjestyksessä läpi, jolloin jonkin asian kertominen ei unohdu. Tunnista-kohta käsittää seuraavat asiat: raportin

antajan nimi, ammatti ja yksikkö. Tämän jälkeen kerrotaan potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus. Seuraava kohta eli tilanne kertoo syyn raportointiin, kuten konsultaatiopyyntö tai siirto toiselle osastolle. Tausta kertoo potilaan oleelliset nykyiset sekä aikaisemmat sairaudet sekä allergiat. Nykytilanne-kohta käsittää potilaan vitaalielintoiminnot sekä oleelliset asiat potilaan hoitoon liittyen. Viimeinen kohta eli toimintaehdotus käsittää esimerkiksi tarkkailun lisäämisen, jonkin toimenpiteen, tai hoitosuunnitelman muutoksesta kertomisen. Tämän jälkeen vielä varmistetaan ja kysytään mahdollisia epäselviä asioita. (Sairaanhoitajaliitto 2013.)

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

Sairaanhoitajaliiton ISBAR-kortti kiireettömään tilanteeseen (Sairaanhoitajaliitto 2013)

## 6.2 ISBAR-raportointimenetelmän hyödyt raportoitaessa

ISBAR-raportointimenetelmä on helposti käytettävä ja muistettava työväline, jonka on todettu vähentävän haittatapahtumia. Sen on myös tutkimuksissa todettu parantavan potilasraportoinnin laatua (Thompson, Collet, Langbart, Purcell, Boyd, Yuminaga, Ossolinski, Susanto & McCormack 2011, 340.) ISBAR:n on myös koettu helpottavan kommunikointia sellaisten ihmisten kesken, joilla on erilaiset viestintätaidot. Terveystieteiden ammattilaisten erilaiset kommunikointityylit saattavat johtaa väärinymmärryksiin ja sitä kautta vaikuttaa potilaan hoitoon negatiivisesti. Usein ongelmia tuottaa tilanne, jossa raportoinnin osapuolet ovat eri



ammattikunnan edustajia. (Haig, Sutton & Whittington 2006, 167.) Lääkäreiden antamat raportit ovat yleensä lyhyitä ja vähän informaatiota sisältäviä, kun taas hoitajien antamat raportit ovat yleensä liikaa informaatiota sisältäviä (Ardoin & Broussard 2011, 128).

Kun raportin antaja sekä raportin vastaanottaja osaavat käyttää ISBAR-raportointimenetelmää, heillä on käytössään yhteinen kieli sekä raportin vastaanottaja osaa odottaa potilaan tietoja tietyssä järjestyksessä. Tällöin raportoinnin tehokkuus parantuu ja virheiden mahdollisuus pienenee. ISBAR-raportointimenetelmää käytettäessä raportit ovat enemmän oikeaa asiaa sisältäviä ja ne sisältävät vähemmän epäoleellista tietoa. Myös virheiden todennäköisyys pienenee. (Vardaman ym. 2012, 89-90.) Jos kommunikointi on epäselvää, voidaan helposti tehdä olettamuksia puoleen tai toiseen potilaan hoidossa, ja tämän takia tarvitaan selkeitä malleja (Ardoin & Broussard 2011, 129-130). ISBAR raportointimenetelmä auttaa luomaan ikään kuin mallipohjan, jonka ympärille on helppo luoda selkeä kuva potilaan hoidosta. Tämä auttaa keskittymään olennaiseen ja hahmottamaan tärkeät asiat. (Thompson ym. 2011, 340.) Kommunikoinnin yhtenäistäminen ISBAR-raportointimenetelmän avulla saattaa auttaa kaikkia potilaita saamaan yhdenvertaista ja korkealaatuista hoitoa, missä tahansa potilasta hoidettaisiinkaan (Pope ym. 2007, 43). ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönoton jälkeen potilaiden siirtoihin liittyvät ovat prosessit kehittyneet ja tiedonkulussa tapahtuvat virheet vähentyneet (Kupari & Rantanen 2012, 21).

ISBAR-raportointimenetelmän käyttö ei myöskään lisää raportin antamiseen käytettyä aikaa (Wentworth, Diggins, Bartel, Johnson, Hale & Gaines 2011, 129). Myös toisessa tutkimuksessa kävi ilmi, että ISBAR:n käyttö on ajankäytöllisesti yhtä tehokasta (Thompson ym. 2011, 343). ISBAR:n käytössä recommendation eli toimintaehdotus-kohta saattaa rohkaista myös hoitajia tekemään omia toimintaehdotuksia, kun aikaisempaan verrattuna toimintaehdotuksia tehtiin melko vähän. ISBAR-raportointimenetelmä myös auttaa kriittisen ajattelun kehittämistä (Rodgers 2006, 7).

Vuonna 2011 Australiassa tehdyssä tutkimuksessa kävi ilmi, että lääkärin suullinen raportti hoitovastuuta siirtäessä selkeytyi ja sen laatu parani ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönoton jälkeen. Aikaisemmin suulliseen raporttiin ei ollut käytetty valmista mallia eikä siihen ollut ohjeistettu tarpeeksi hyvin. ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönoton jälkeen lääkärit kokivat suullisten raporttien muuttuneen johdonmukaisimmiksi, strukturoidummaksi ja vähemmän epäoleellista tietoa sisältäviksi. Lääkärit kokivat olevansa enemmän tietoisia potilaan hoidosta ja sen kiireellisyydestä otettuaan käyttöön ISBAR-raportointimenetelmän. Haastatellut lääkärit kokivat myös tärkeäksi sen, että raportin vastaanottava osapuoli osaa myös käyttää ISBAR-raportointimenetelmää, jolloin unohtuneet tiedot voidaan helpommin saavuttaa. (Thompson ym. 2011, 342.) Yhdysvaltalais tutkimuksessa vuonna 2006 todettiin ISBAR-raportointimenetelmän käytön vähentäneen haattatapahtumapäiviä vuoden 2004 luvusta 89,9

haittatapahtumapäivää 1000 päivää kohden vuoteen 2005, jolloin haittatapahtumia oli enää 39,96 päivää 1000 päivästä. Samassa tutkimuksessa olleet hoitajat kokivat ISBAR-raportointimenetelmän käyttämisen myös edesauttavan voimaantumisen tunnetta työssään, ja he kokivat saavansa vaikuttaa enemmän potilaiden hoitoon. (Haig ym. 2006, 173-175.)

### 6.3 ISBAR-raportointimenetelmän käyttäminen ja käyttöönotto terveydenhuollossa

ISBAR-raportointimenetelmää voi käyttää monissa eri raportointitilanteissa. Esimerkkinä voidaan käyttää vuodeosastolla hoitajan konsultaatiopyyntöä lääkärille, kun on tapahtunut allerginen reaktio. Tieto voidaan kertoa nopeasti ja tehokkaasti sekä ilman ylimääräistä tietoa, kun on kyseessä nopeaa reagoimista vaativa tilanne. ISBAR-raportointimenetelmää voi käyttää myös vuoronvaihdossa ja yksiköstä toiseen siirtäessä. Kun käytetään systemaattista mallia, voidaan varmistaa potilaan hoidon kaikkien oleellisten osa-alueiden läpikäyminen. Vuoronvaihdossa tapahtuva ISBAR-raportointi on luonteeltaan erilainen kuin konsultoitaessa, luonnollisesti vuoronvaihdossa kerrotaan enemmän yksityiskohdista. (Pope, Rodzen & Spross 2007, 41-42.)

Ennen raportin antamista on tärkeää käydä läpi potilaan tiedot. Valmistautuminen auttaa tuottamaan vain oleellista tietoa sisältävän raportin, jolloin kokonaisuus on helposti hahmotettavissa. Tilanteesta keskusteleminen työkaverin kanssa saattaa helpottaa oleellisten asioiden löytämistä. Työdiagnoosin tietäminen ja laboratoriotulosten tarkistaminen on tärkeä osa raporttia. Hyvä valmistautuminen myös helpottaa vastaamaan kysymyksiin, joita raportin vastaanottajalla voi olla. (Pope ym. 2007, 42.) ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönotto pelkästään ei luo aukotonta turvallisuutta potilaalle tiedonsiirrossa, sillä siihen tarvitaan myös aktiivista, kuuntelevaa raportin vastaanottajaa, häiriötöntä ympäristöä sekä varmistusta raportin ymmärtämisestä (Kupari & Rantanen 2012, 22).

ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönoton opettamiseksi ja vahvistamiseksi voi käyttää esimerkiksi laminoituja ISBAR-julisteita, ISBAR-tarroja puhelimiin, keskusteluita osastotunneilla käyttökokemuksista, harjoittelua simulaatiotilanteissa ja ISBAR-näytönsäestäjien asettamista tietokoneisiin (Haig ym. 2006, 167). Myös taskukorttien käyttäminen on hyvä tapa opetella ISBAR-raportointimenetelmän käyttöä. ISBAR-raportointimenetelmä tulisi ottaa myös huomioon uusien työntekijöiden perehdytyksessä, jotta jatkuvuus toteutuisi. Kun ISBAR-raportointimenetelmä otetaan hoitohenkilökunnan toiminnassa käyttöön, kaikkia hoitohenkilökunnan edustajia on informoitava siitä, että uusi kommunikointimenetelmä on otettu käyttöön. (Pope ym. 2007, 43.) Erään tutkimuksen haastattelussa kävi myös ilmi, että raportin vastaanottajalla on mielekästä olla edessään tyhjä ISBAR-paperi, johon voi suoraan täyttää kohdat raportin edetessä oikeassa järjestyksessä. Tämä auttaisi hahmottamaan kokonaisuutta

paremmin. (Thompson ym. 2011, 342.) ISBAR-raportointimenetelmän opettelu on todettu erityisen tehokkaaksi hoitajille, joilla on vähän kokemusta. ISBAR-raportointimenetelmä on todettu auttavan esimerkiksi sairaanhoitajaopiskelijoita näkemään potilaan hoidon kokonaiskuvan, tuottavan itseluottamusta raportoitaessa toiselle hoitajalle ja nostavan kynnystä lääkärille soitettaessa. (Thomas ym. 2009, 176.)

Yhdysvaltalaisstudiumuksessa seurattiin viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoiden kommunikointityylejä raportointitilanteissa, joissa simulaatiotilanteissa toinen opiskelija otti lääkärin roolin ja toinen hoitajan roolin. Ensimmäisellä kerralla hoitajat raportoivat omalla tyyllillään, ja tuloksena oli se, että opiskelijoiden omassa tyyliässä oli puutteita muun muassa potilaan tilan arvioimisessa, sairaushistoriassa sekä he eivät koskaan tehneet omaa toimintaehdotusta. Tämän jälkeen heille opetettiin ISBAR-raportointimenetelmän käyttö, ja tulokset seuraavan simulaatiotilanteen jälkeen olivat paremmat. Itseluottamus tilanteessa lisääntyi, pelot vähentyivät ja ISBAR-raportointimenetelmän käyttö auttoi ajatusten järjestämisessä. (Thomas ym. 2009, 177-178.)

## 7 Opinnäytetyön toteutus

Tämä opinnäytetyö toteutetaan toiminnallisena opinnäytetyönä. Tuotoksina opinnäytetyöllä on potilasturvallisuuskoulutuksen järjestäminen Porvoon Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoille sekä avatun ISBAR-kortin tekeminen Porvoon sairaalan vuodeosastoille 2, 4, 5 ja 6 sekä päivystyspoliklinikalle.

### 7.1 Potilasturvallisuuskoulutus Porvoon Laurea-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoille

Koulutusta voidaan pitää interventiona, eli yhteisön käytänteiden muuttamisena ajankohtaisten ongelmien ratkaisemisena yhteiskunnan ja sen jäsenten keskuudessa. Koulutuksella yrittään toisin sanoen saada aikaan tavoitteellisia muutoksia koulutukseen osallistujien tiedoissa, taidoissa, arvoissa, asenteissa, motivaatiossa ja muissa vastaavissa asioissa. (Rauste-Von Wright ym. 2003, 17.) Koulutus on osa suurempaa kokonaisuutta, joten on tärkeää miettiä miten se sopii tähän kokonaisuuteen ja miten sitä on syytä rajata. Rajaaminen tapahtuu koulutukselle asetettujen tavoitteiden pohjalta. (Kupias, Koski 2012, 53-59.)

Ihmiselle muodostuu ajan kuluessa tietorakenne, jonka perusteella ihminen havainnoi sisäistä ja ulkoista todellisuutta. Uusi opittu tieto rakennetaan ja sulautetaan tähän jo olemassa olevaan tietoon. Oppimisprosessi edellyttää jatkuvaa muuntumista ja kehittymistä. Muutos tietoi-

rakenteessa ei siis saisi olla liian pysyvä. Oppimisen kuuluu olla innovatiivista ja uudistavaa, mutta myös sivistyksellistä, jolloin kulttuuri ja perinteet säilyvät. (Peltonen 2004, 45-47.)

### 7.1.1 Potilasturvallisuuskoulutuksen tausta ja tavoitteet

Porvoon Laurean kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoiden (SHP11SN) ja terveydenhoitajaopiskelijoiden (STP11SN) sekä aikuisopiskelijaryhmän (SHP12KA) opintojaksoon P0058 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ja johtaminen toimi potilasturvallisuuskoulutuksen perustana. Koulutukseen osallistujat olivat täysi-ikäisiä opiskelijoita ja heitä oli noin 38. Osalla on aikaisempaa työelämän kokemusta sosiaali- ja terveystalta. Kohderyhmän opiskelijoilla on vähintään neljä ammattitaitoa edistävää harjoittelujaksoa takana. Opiskelijat ovat siis jo aiemmin olleet tekemisissä potilasturvallisuusasioiden kanssa ja harjoitelleet potilasraportointia harjoittelujaksoillaan. Opintojakso koostuu asiantuntijaluennoista sekä omaa ammatillista kehittymistä tukevista tehtävistä. Tämä koulutus sisältyy opintojaksoon asiantuntijaluentona, jonka tarkoituksena on oman osaamisen vahvistaminen. Opintojakson suoritettuaan opiskelija tuntee julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu- ja päätöksentekojärjestelmän sekä osaa nykyaikaisen henkilöstöjohtamisen periaatteet ja kehittää omaa työtään. Potilasturvallisuuskoulutuksessa esiteltiin potilasturvallisuutta edistävä työkalu, ISBAR-raportointimenetelmä.

Potilasturvallisuuskoulutuksen tavoitteina oli lisätä ISBAR-raportointimenetelmän tunnettuutta ja edistää potilasturvallisuuslähtöistä ajattelua käytännön työssä. Motivointikeinona käytettiin alustusta, jossa heräteltiin ajatuksia potilasturvallisuudesta ja sen merkityksestä potilaan hoidolle. Luento oli luonteeltaan vuorovaikutuksellinen. Luennon aikana pyrittiin tukemaan motivaatiota ryhmätyöskentelyn ja osallistavan toiminnan avulla.

Hyvä koulutus vaatii aina pohjakeksen hyvän suunnitelman. Peltonen (2004) esittelee kirjassaan perinteisen opetustapahtuman. Sitä voi soveltaa myös koulutustilaisuuden suunnitteluun. Koulutuksen järjestäjän on otettava huomioon opetuksen kohde; minkä ikäisiä ja millä taustoilla koulutukseen osallistujat ovat ja mitä he esimerkiksi osaavat ja tietävät jo ennestään. On hyvä miettiä miksi koulutus järjestetään juuri tälle kohderyhmälle. Kouluttajan tulee pohdita osallistujien ja myös omia tavoitteita. On myös tärkeää tutustua opetettaviin aiheisiin ja missä järjestyksessä niissä siirrytään eteenpäin. Osallistujia täytyy motivoida ja orientoida, kun heille opetetaan uutta. Uuden opettaminen tuo osallistujille kertausta ja harjoittelua, kouluttajalta se vaatii taitoa systematisoida ja soveltaa opetettavia asioita. Lopuksi on arvioinnin vuoro. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota kouluttajan toimintaan ja osallistujan oppimiseen. Samalla arvioidaan myös tavoitteet, sisällöt ja menetelmät. (Peltonen 2004, 94-95.)

Aikuiset poikkeavat oppijoina opetuksen perinteisistä kohteista, lapsista ja nuorista. Aikuisten odotetaan nykyisin pystyvän orientoitumaan nopeasti muutokseen työssään ja muutenkin elämässään. Ajatellaan, että siinä samalla he pystyisivät uusimaan taitojaan ja tietojaan. Aikuis-koulutuksen merkitys on jatkuvasti lisääntynyt. Koulutusta ja varsinkin erilaisia koulutusmuotoja tarvitaan, jotta aikuiset pystyisivät yhteiskunnallisten muutosten mukana. Knowlesin (1970) kehittämä niin sanottu andragogiikka ("andros" =aikuisen miehen) on hyvä esimerkki aikuisille kehitetystä koulutusmuodosta. Se on muodostettu neljän oletuksen ympärille, jotka Rauste-Von Wright, Von Wright ja Soini (2003) ovat tiivistäen kuvanneet teoksessaan seuraavalla tavalla. Ensimmäinen oletamus kuvaa ihmisten minäkäsityksen muuttuvan riippuvuudesta kohti itsenäisyyttä ja lisääntyvää itseohjautuvuutta heidän kypsyyssään. Toinen oletamus kuvaa sitä, kuinka aikuisille karttuu elämän aikana monipuolisempi ja yksilökohtainen elämäkokemusten varasto, jota he voivat käyttää runsaana oppimisen resurssina. Kolmannen oletuksen mukaan aikuisten oppimisvalmiudet ovat entistä useammin kytköksissä niihin kehitystehtäviin, jotka ovat jotenkin liitoksissa heidän yhteiskunnallisiin rooleihin ja ikään. Neljännen ja viimeisen oletuksen mukaan aikuisten oppiminen suuntautuu usein ongelmien ratkaisemiseen, koska se on heille mielekästä ja sillä on välitöntä sovellusarvoa. (Rauste-Von Wright, ym. 2003, 77-78.)

Aikuisiässä kokemusta oppimisesta on kertynyt jo paljon. Aikuisella on aikaisempien kokemustensa takia tietynlainen näkemys oppimisesta ja siitä, mitä se vaatii oppijalta. Uuden oppimisessa haasteena onkin usein entisistä opiskelutavoista luopuminen ja poisoppiminen. Aikuisena oppiminen vaatii aiemmin opitun reflektointia, eli kriittistä arviointia. Reflektoinnin avulla selvitetään, ovatko nuorempina opitut toimintatavat yhä perusteltuja ja miten niitä voi muokata tai tarvitseeko niiden tilalle löytää muita, uusia keinoja. Oppiminen voidaan aikuisten kohdalla määritellä tietynlaiseksi prosessiksi jossa aiempia kokemuksia ja niiden merkityksiä tulkitaan uudelleen. (Laine, Ruishalme, Salervo, Sivén & Välimäki 2005, 119-120.)

Potilasturvallisuuskoulutukseen osallistuneet opiskelijat olivat kaikki nuoria aikuisia tai aikuisia. Osalla potilasturvallisuuskoulutukseen osallistuneista oli jo aikaisempaa työkokemusta ja näkemys potilasraportoinnin antamisesta. Potilasturvallisuuskoulutuksessa huomioitiin osallistujien erilaiset lähtökohdat. Koulutusmateriaali tuotettiin niin, että jo aikaisempaa työkokemusta omaavat osallistujat kokisivat koulutuksen aikaisemmin oppimansa tiedon tukena. Potilasturvallisuuskoulutuksessa korostettiin, että ISBAR-raportointimenetelmän ei tarvitse muuttaa koko raportointia mikäli kokee olevansa hyvä raportoiija. ISBAR-raportointimenetelmän on tarkoitus tukea aikaisemmin opittua raportointia.

### 7.1.2 Ohjaus uuden oppimisen tukena

Kasvatuksen keskeisiä menetelmiä ovat ohjaus, opetus ja neuvonta. Opetus on tavoitteellista toimintaa, jolla pyritään ohjaamaan oppimista haluttuun suuntaan. Opetus on vuorovaikutuksellista toimintaa ja opettajana voi toimia kuka tahansa. Työelämä ja opetus ovat vuorovaikutussuhteessa keskenään. Opetus painottuu yhä enemmän työelämän vaatimuksiin ja tavoitteisiin. Koulutuksilla ja opetuksella pyritään lisäämään tutkitun tiedon tunnettavuutta työelämässä. Sosiaali- ja terveystieteiden opetuksen pohja perustuu todelliseen tarpeeseen työelämästä. (Peltonen 2004, 76-78.)

Potilasturvallisuuskoulutuksessa hyödynnetään yhteistoiminnallista oppimismenetelmää. Yhteistoiminnallista oppimista ei voida yksiselitteisesti kuvata oppimismenetelmänä, vaan se on tietynlainen tapa ajatella. Yhteistoiminnallinen oppiminen on useimmiten toteutettu ryhmässä. Se korostaa yhdessä tekemistä sekä vuorovaikutustaitoja. Tärkeää tässä menetelmässä on se, että ryhmän jäsenet ovat keskenään vuorovaikutuksessa mahdollisimman hyvän oppimistuloksen saamiseksi. Ryhmä voi toimia joko kasvotusten tai esimerkiksi internetin välityksellä, mutta kuitenkin niin, että jokainen ryhmän jäsen tuo oman panostuksensa työhön ja kantaa vastuun ryhmän jäsenenä. Yhteistoiminnallinen oppimismenetelmä edistää oppijan sosiaalisia taitoja sekä projektityöskentelytaitoja. Nämä taidot ovat hyödyksi työelämässä, ja sen takia yhteistoiminnallista oppimista pidetään hyödyllisenä. Erityisesti aikuisopetuksessa yhteistoiminnallinen oppiminen on koettu hyväksi, sillä yhdessä oppiminen, omien kokemusten esille tuonti ja sitä kautta uuden tiedon rakentaminen on koettu motivoivaksi ja mielekkääksi. (Salminen, Suhonen 2008) Oppijat ovat aktiivisessa roolissa sekä vastuussa ryhmän toteutuksesta. Opettajan rooliin kuuluu ryhmien ohjaaminen sekä tehtävien ja sopivien oppimisympäristöjen järjestäminen. Keskeistä yhteistoiminnallisessa oppimisessä on se, että ryhmä pystyy arvioimaan omaa toimintaansa, eikä pelkästään opettaja. Tärkeää on arvioida koko oppimisprosessia, eikä pelkästään lopputulosta. (Salminen & Suhonen 2008.)

Yhteistoiminnalliselle oppimiselle keskinäistä on avoimuus, luottamus ja vastuu. Asioiden toteuttamista pohditaan yhdessä. Ryhmän pohtiessa asioiden hyviä ja huonoja puolia, parantuvat yhteistyötaidot, reflektointi ja oppimiskyky. Yhteistoiminnallisen oppimisen on havaittu parantavan motivaatiota ja heikkoa itsetuntoa. (Peltonen 2004, 49.) Yhteistoiminnallisen oppimisen tukena voidaan käyttää erilaisia menetelmiä. Oppimismenetelmä tulee aina valita opetettavan aiheen ja oppimistavoitteiden perusteella. Menetelmiä ovat esimerkiksi ongelma-perustainen oppiminen, projektioppiminen, tutkiva oppiminen, portfolio, oppimispäiväkirja ja tapausopetus. (Salminen & Suhonen 2008.)

Ohjaus on vuorovaikutteinen työskentelymuoto, jossa yksilöllisyys, tavoitteellisuus, luottamuksellisuus ja jatkuvuus nousevat suureen rooliin. Ohjaus on onnistunut hyvin, jos se jättää

positiivisen kokemuksen ja kannustaa oppimaan lisää. (Virta 2010, 4.) Ohjaaminen on ohjattavan auttamista muodostaa uusia merkityksiä ja toimivampia selitysmalleja ja tapoja oman tilanteesta ja identiteettinsä osalta ilman että ohjaajalla olisi valmista ja oikeaa tietoa annettavana ohjattavalle. (Ylitalo 2012.) Potilasturvallisuuskoulutuksen aikana syntyi paljon keskustelua ja osallistujat kertoivat kokeneensa koulutuksen miellyttäväksi ja ajankohtaiseksi.

Ohjaamisen lähtökohtana pitää huomioida ohjaajan ja ohjattavan taustatekijät, jotka jaetaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Fyysisillä taustatekijöillä, kuten esimerkiksi iällä, sukupuolella ja koulutuksella on paljon merkitystä ohjaustilanteessa. Nämä vaikuttavat esimerkiksi ohjaukseen asennoitumiseen tai siihen kuinka ohjattava kykenee ottamaan ohjausta vastaan, vai kieltäkö ohjattava asioita. (Kyngäs, Kääriäinen & Lipponen 2006, 49.) Potilasturvallisuuskoulutukseen osallistuneet opiskelijat olivat aikaisemmin antaneet raportteja oppimallaan menetelmällä. Kokeneemmilla raportoijilla oli jo selkeä näkemys raportoinnista, tämä aiheutti hieman ennakkoluuloja ISBAR-raportointimenetelmää kohtaan.

Psyykkisiä taustatekijöitä, joita huomioidaan ohjauksessa, ovat motivaatio, kokemukset, mieltymykset, oppimistyyli ja -valmiudet sekä tarpeet. Motivaatio vaikuttaa suoraan siihen, haluaako ohjattava ylipäättään omaksua uusia asioita ja kokeeko hän niitä tärkeiksi. Myös ohjaajan motivaatiolla ja valmiuksilla tukea ohjattavan motivaatiota voidaan vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen. Ohjausmenetelmä tulee olla ohjattavan oppimistyyliinsä mukainen, muuten ohjaaminen on tehotonta. Kaikki ihmiset oppivat eri tavalla; kielellisesti, visuaalisesti, kuuntelemalla tai tekemällä. Ohjauksen alussa on siis hyvä ottaa tämä asia esille, jotta ohjaaminen on alusta alkaen tehokasta. Ohjaukseen vaikuttavat ohjaustilanne ja siinä mahdolliset esteet ja häiriötekijät. Ohjaustilanne tulisi tapahtua häiriöttömässä tilassa, missä on rauhallista ja voitaisiin keskittyä itse asiaan. Ohjaukseen liittyvää materiaalia pitää olla saatavilla. (Kyngäs & Kääriäinen 2006; Vehviläinen 2001.) Potilasturvallisuuskoulutuksessa käytettiin erilaisia menetelmiä ohjauksen tukena. Käsiteltävät aiheet esiteltiin Power-point -dioilla ja kirjallisten koulutusmateriaalien lisäksi potilasturvallisuus asioihin johdateltiin leikkien ja videoiden avulla.

Ohjausta tehdään pääasiassa keskustelemalla, olemalla vuorovaikutuksessa, mutta se ei rakennu ainoastaan keskustelun varaan. Ohjaukselle asetetut tavoitteet eivät kuitenkaan toteudu ilman vuorovaikutteista kohtaamista, jossa molemmat osapuolet voivat tuoda esille näkemyksiään ja kuulla myös toisen ajatuksia. Ohjauksessa kyseenalaistetaan se asia, että ohjaajalla on tietoa, jota ohjattavalla ei ole ja näin asiat ratkaistaisiin ohjaajan ongelmanratkaisukyvyllä. Ohjaaja on tietyllä tavalla ohjattavan suunnanantaja, jolloin ohjattava oppisi itse käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään resurssejaan, ratkaisemaan ongelmiaan ja suuntaamaan oppimistaan. Tärkeimpänä asiana ohjaajan ammattitaidossa on siis vuorovaikutustaidot

sekä kyky hallita erilaisia prosesseja. Ohjaukseen ei usein kuitenkaan liity jäsenyöneitä malleja tai tekniikoita eikä ohjaajilla ole yhteistä koulutustaustaa, josta tekniikat ja mallit välittyisivät. (Vehviläinen 2001.)

### 7.1.3 Potilasturvallisuuskoulutuksen resurssit, riskit ja oletukset

Kouluttajina potilasturvallisuuskoulutuksessa toimivat tämän opinnäytetyön tekijät Nina Kosonen, Petrus Lönnrot ja Pauliina Rautiainen. Ulkopuolisia kouluttajia ei käytetty, mutta koulutuksessa olivat mukana terveydenhuoltoalan asiantuntijoita; kaksi ensihoitajaa ja yksi sairaanhoitaja. Asiantuntijaluennointsijoille lähetettiin sähköpostitse etukäteen kysymyksiä, jotta he pystyivät valmistautumaan koulutuksessa esitettäviin kysymyksiin etukäteen.

Koulutuksen rytmitys kannattaa rakentaa riittävän vaihtelevaksi, mutta myös selkeäksi. Erityisesti kun kyseessä on pidempi koulutus, jossa opiskellaan useita eri aiheita, on esimerkiksi tauotuksella suuri merkitys. Luento ihmiset jaksavat kuunnella tutkitusti korkeintaan 45 minuuttia. Keskittymisaika pitenee jopa 1,5 tuntiin, jos luento tai koulutus sisältää aktiivista työskentelyä. Vireystila on parempi aamupäivällä, kuin iltapäivällä. Lounaan jälkeen vireystila on alhaisimmillaan. Lounaan jälkeen kannattaakin varautua aktiviteetteihin pelkän luennoinnin sijaan. (Koski & Kupias 2012, 53-59.) Koulutuksen riskeinä voitiin pitää sen ajankohtaa, joka ajoittui iltapäivään, koska pitkän päivän jälkeen kuulijan keskittyminen saattaa herpaantua ja mielenkiinto ohjautua toisaalle. Potilasturvallisuuskoulutus alkoi kello 12.45 ja kesti kello 18 asti, joka loi sen riskin, että perheellisten osallistujien ei ollut mahdollista osallistua loppuun saakka. Riskinä oli myös koulutuksen pitkä kesto. Potilasturvallisuuskoulutuksen aika-tila oli suunniteltu niin, että potilasturvallisuuskoulutuksen alku - ja keskiosassa keskityttiin teorian tiedon käsittelyyn, jolloin ennen koulutuksen päättymistä lähtevät opiskelijat eivät jäisi paitsi keskeisistä tiedoista. Potilasturvallisuuskoulutukseen osallistujilta kysyttiin mahdollisesta aikaisemmasta lähtemisestä, jotta aikaisin lähtijät voisivat täyttää arviointikaavakkeen ennen lähtemistään. Riskinä oli myös, että asiantuntijat olisivat estyneet tulemasta, eikä heidän tilalleen olisi saatu korvaavia asiantuntijoita.

### 7.1.4 Potilasturvallisuuskoulutuksen materiaalin tuottaminen

Koulutusmateriaali on suunniteltava kohderyhmän tarpeiden mukaiseksi. Koulutusmateriaalin tekstin ilmaisemisen tulee mukautua sisältöä, tavoitteita, vastaanottajaa, viestintätilannetta ja tekstilajia palvelevaksi. (Vilkkä & Airaksinen, 2003, 51.) Koulutusmateriaali pyrittiin kirjoittamaan sellaiseen muotoon, että tietoa olisi helppo sisäistää ja että materiaali sisältäisi käy-



tännönläheisiä esimerkkejä. Aiheet rajattiin potilasturvallisuuteen, suulliseen raportointiin sekä ISBAR-raportointimenetelmään.

Kouluttajan tulee välttää liiallista ammattisanaston tai vierasperäisten sanojen käyttöä, jos koulutukseen osallistujat ovat vielä aloittelijoita alallaan. (Peltonen 2004, 101.) Koulutusmateriaalin tuottamisessa on huomioitu koulutukseen osallistuvien opiskelijoiden vaihtelut pohjatiedoissa. Koulutusmateriaalin päätarkoitus on tukea oppimista ja sen tulee olla selkeää sekä sisällöllisesti että ulkoasultaan. Kouluttajan tulee miettiä osallistujan näkökulmasta materiaalin yksinkertaisuus ja monipuolisuus. Koulutusmateriaalia voi esitellä dioina, monisteina, tai taululle kirjoitettuna. Myös esittely- ja jakamisajankohta on tärkeää suunnitella jo etukäteen. (Kupias & Koski 2012, 74-76.)

Uudesta ja vieraasta aiheesta osallistujan on vaikea hahmottaa keskeisiä asioita pelkästään puheen avulla. (Peltonen 2004, 101.) Havainnollistamismateriaali on yleinen koulutuksissa käytetty menetelmä. Se tarkoittaa sitä, että koulutettavaa asiaa havainnollistetaan ja kouluttajan puhetta konkretisoidaan esimerkiksi näyttämällä taustalla diaesitys. Dioilla voi nostaa esiin tärkeitä asioita ja pitää koulutuksen runko yhtenäisenä ja johdonmukaisena. (Kupias & Koski 2012, 74-76.) Koulutusmateriaali esitettiin kolmena erillisenä diaesityksenä. Diaesitykseen sisällytettiin teoretietoa opetettavista aiheista, mutta myös kokemustietoa kurssiivitekstinä ajatusten herättelyyn. Koulutusmateriaali tehtiin Laurea-ammattikorkeakoulun PowerPoint-pohjan päälle, ja se esitettiin videotykin avulla valkokankaalle.

Ryhmätyöskentelyjä varten tuotettiin viisi kuvitteellista lääkärintekstiä päivystyspotilaista, joiden pohjalta kasattiin vuoronvaihdoissa käytettäviä raportteja. Myös nämä tekstit tuotettiin kokemuksiin perustuen fiktiivisiksi potilastapauksiksi. Tämän ryhmätyön tarkoituksena oli etsiä tekstistä asioita, joita tulisi ottaa huomioon raportoitaessa potilasta seuraavan vuoron hoitajalle. Tarkoituksena ei ollut oppia kliinistä hoitotyötä, ja sitä painotettiin tehtävänannossa.

#### 7.1.5 Potilasturvallisuuskoulutus ja sen eteneminen

Koulutuksen tärkein hetki on aloitus. Aloituksessa koulutukseen osallistuvat muodostavat kuvan koulutuksesta, kouluttajasta ja hänen ammattitaidostaan ja samalla orientoituvat koulutuksen sisältöön ja työskentelytapoihin. Koulutuksen voi aloittaa esimerkiksi keskustelemalla, osallistujien ongelmia ja toiveita voidaan kuunnella tai antaa ongelma ratkaistavaksi. Koulutuksen aloittamistapa saa olla millainen tahansa, kunhan siitä muodostuu osallistujille koulutuksen tavoitteet, kokonaiskuva ja mitä hyötyä siitä heille on, eli motivaation luominen. Niin sanotussa perusaloituksessa kouluttaja aloittaa kertomalla miksi kyseinen koulutus järjeste-

tään, millä tavalla osallistujat voivat koulutuksessa oppia ja mitä hyötyä koulutuksesta heille on. Tässä aloitustavassa myös koulutuksessa käsiteltävät teemat selvitetään kokonaiskuvan hahmottamiseksi. Koulutuksen sisältö on hyvä käydä läpi heti alussa, jotta osallistujille syntyy kokonaiskuva sisällöstä ja aiheisiin on helpompi tarttua valmistauduttua niihin etukäteen. Yksinkertainen tapa hahmottaa koulutuksen sisältöä on koulutusaikataulun avulla. Koulutusaikataulu sisältää koulutuksen teemat kellonaikoinen ja se on hyvä näyttää esimerkiksi Powerpoint-dialla. Rytmitys kannattaa rakentaa riittävän vaihtelevaksi, mutta myös selkeäksi. Eri-tyisesti kun kyseessä on pidempi koulutus, jossa opiskellaan useita eri aiheita, on esimerkiksi tauotuksella suuri merkitys. (Kupias & Koski 2012, 53-59,64-65.)

Potilasturvallisuuskoulutus aloitettiin toivottamalla osallistujat tervetulleiksi ja esittelemällä heille koulutusaikataulu. Avaus tapahtui aikataulun mukaisesti. (Liite 1) Potilasturvallisuuskoulutuksen tavoitteet ja aiheet esiteltiin. Aiheiden esittelyn jälkeen siirryttiin ensimmäiseen koulutuksen aiheeseen, potilasturvallisuuteen ja siihen liittyviin lakeihin ja asetuksiin Koulutettavan ryhmän koko vaikuttaa ryhmädynamiikkaan. Pienen ryhmän jäsenet ovat yleensä suuren ryhmän jäseniä enemmän läsnä, sitoutuvat paremmin ja osallistuvat enemmän päätöksentekoon. Pienryhmässä on siten helpompi saavuttaa keskinäinen yksimielisyys ja jokainen saa ja joutuu ottamaan eri tavalla vastuuta. Isossa ryhmässä on helpompi sulautua mukaan, jolloin saattaa yllättäen tuntea itsensä turhaksi ja tarpeettomaksi kokonaisuutta ajatellen. Kouluttajan onkin tärkeää ymmärtää ja seurata koko ryhmän toimintaa kuin myös yksilöiden toimintaa, sekä ryhmän ja yksilöiden välistä vuorovaikutusta. (Laine, Ruishalme, Salervo, Sivén & Välimäki 2005, 50-52.) Potilasturvallisuuskoulutukseen osallistui 38 hoitotyönopiskelijaa. Opiskelijoista puolet oli aikuiskoulutuksen koulutusohjelmasta ja puolet nuorten koulutusohjelmasta. Osallistujista kaikki eivät siis olleet aikaisemmin tuttuja toisilleen. Ryhmän suuresta koosta huolimatta potilasturvallisuuskoulutuksessa osallistujat olivat hyvin läsnä ja he kertoivat kokemuksiaan ja mielipiteitään rohkeasti. Kouluttajat pyrkivät osallistuttamaan osallistujia kyselemällä heidän kokemuksiaan käsiteltävistä aiheista.

Potilasturvallisuuskoulutuksessa sovellettiin ongelmaperustaista oppimismenetelmää parhaan mahdollisen oppimistuloksen saavuttamiseksi. Ongelmaperustaisen oppimisen, eli PBL:n (”problem based learning”) perusajatuksena on, että oppiminen tapahtuu ryhmässä käsiteltävien ongelmien ympärillä. (Rauste-Von Wright 2003, 207.) Ongelmat tuodaan yleensä suoraan työelämästä ja niiden tulee olla tarpeeksi haastavia, jotta oppiminen olisi syvällistä. Ongelmaperustainen oppiminen toimii parhaiten koulutuksissa, joiden tavoitteena on ammatillisten valmiuksien oppiminen. Yhteistoiminnallisuuden myötä hiljainenkin tieto saadaan hyötykäyttöön ja siirtyy yhteiseksi hyväksi. (Peltonen 2004, 50-51.) Ongelmaperustainen oppimismalli liittyy yhteen käytännön kokemuksen ja tiedon. Opiskelija oppii yhdistämään teorian käyttöön, jolloin asioiden käsittelystä ei muodostu rutiineja vaan uusi haaste. Oppija tulkitsee kokemuksiaan aikaisemmin hankkimansa teoretiedon avulla ja saa näin uudenlaisen näkökulman

käsiteltävään asiaan. (Ojanen 2006, 52-53.) Ongelmaperusteinen oppiminen perustuu ongelman ympärille. Ongelmaa ratkaistaessa oppija huomaa, että millaisia taitoja ja tietoja hän tulee tarvitsemaan, jotta ongelma saataisiin ratkaistua. (Poikela & Poikela 2005, 28-29.)

Ongelmaperustaista oppimista voidaan kuvata syklimallilla, joka perustuu Kolbin kokemusoppimismalliin. Syklin ensimmäisenä vaiheena kuvataan skenaario. Skenaario esittelee ongelmat ja teemat, joihin opetuksessa perehdytään. Skenaarion jälkeen aiheeseen pyritään synnyttämään kiinnostusta herätteen avulla. (Peltonen 2004, 50-51.) Skenaario vaihetta voidaan kutsua myös ongelman asettamiseksi ja herätteenä voi toimia faktatieto ongelmaan liittyvistä aiheista (Poikela & Poikela 2005, 37). Skenaariovaiheella pyritään saamaan opiskelijat ymmärtämään aiheeseen liittyvät näkökulmat ja käsitteet.

Ensimmäinen vaihe potilasturvallisuuskoulutuksesta on ongelmaperustaisen oppimisen Kolbin syklimallin skenaariovaihe (luento) sekä heräte (video ja leikki). Potilasturvallisuuskoulutuksen ensimmäisen osan tarkoituksena oli johdattaa opiskelijat potilasturvallisuusaiheeseen. Tässä vaiheessa käytiin lävitse potilasturvallisuutta edistäviä ja vaarantavia tekijöitä sekä sen vaikutusta käytännön työhön. Koulutuksen ilmapiiri pyrittiin luomaan vuorovaikutukselliseksi, jotta keskustelua syntyisi runsaasti.

Potilasturvallisuuskoulutuksessa YouTube-videopalvelun kautta esitettiin video, joka kuvaa ihmisten kykyä keskittyä moneen asiaan samaan aikaan sekä reagointikykyä. Tämän videon avulla haluttiin herättää ajatuksia siitä, kuinka helposti jokin asia voi jäädä huomaamatta, kun keskittyminen on kohdennettu tiiviisti toiseen tehtävään. Rikkinäinen puhelin - leikkiä käytettiin herätteenä, jonka tarkoituksena on herätellä puheviestinnän selkeyden merkitystä, ja sitä, kuinka puhuttu viesti muuttuu usean eri tahon käydessä sen läpi. Leikki suoritettiin kahdessa puolikaarissa samaan aikaan, ja molempien joukkueiden piti kertoa lause mahdollisimman nopeasti.

Aiheen herätettyä kiinnostusta, voidaan siirtyä aivoriivi-vaiheeseen. Aivoriivin avulla tuodaan asiaan liittyviä ideoita julki. Niitä pohditaan, ryhmitellään ja jäsennellään. (Peltonen 2004, 50-51.) Aivoriivin tarkoituksena on siis saada esiin opiskelijoiden aikaisempi tietämys aiheesta, sekä ideoita ongelman ratkaisemiseksi (Poikela & Poikela 2005, 37).

Toinen vaihe potilasturvallisuuskoulutuksesta tuki Kolbin syklimallin herätevaihetta (luento, keskustelu) sekä aivoriiviosiota (ryhmätyöskentely). Toisen osan aikana käytiin läpi suulliseen raportointiin liittyviä asioita sekä puheviestinnän ja katkeamattoman tiedonsiirron tärkeyttä. Tässä vaiheessa koulutukseen osallistujat tekivät ryhmätöitä potilastapausten parissa ja tekivät potilaasta kuvitteellisen potilasraportin. Tällä pyrittiin havainnollistamaan kuinka laaja tietomäärä saadaan jäsenneltyä ytimekkään ja laadukkaan raportin saavuttamiseksi.

Seuraavaksi valitaan ongelma-alueet ja määritellään oppimistarpeet. Tarpeiden perusteella määräytyvät oppimistavoitteet ja -tehtävät. Tämän jälkeen aloitetaan itsenäinen opiskelu, joka tapahtuu yksilönä, tai ryhmässä. Itsenäistä opiskelua seuraa käsitteellistäminen, eli uuden tiedon sisäistäminen. (Peltonen 2004, 50-51.) Tämä vaihe toimii Kolbin syklimallin mukaisesti uudelleen käsitteellistämisenä ja selventämisenä. Kolmannessa koulutuksen vaiheessa annettiin raportoinnin tueksi työkalu, ISBAR-raportointimenetelmä. Potilasturvallisuuskoulutuksessa käytiin läpi ISBAR-raportointimenetelmän keskeiset periaatteet ja osallistujille jaettiin Sairaanhoidajaliiton ISBAR-kortit. Opitun menetelmän jälkeen koulutukseen osallistujat tekivät uudestaan potilasraportin käyttäen ISBAR-raportointimenetelmää hyödyksi ja esittivät raporttinsa muille. Tässä vaiheessa arvioitiin sitä, kuinka hyvin oppija onnistuu käyttämään hankkimaansa tietoa ongelmanratkaisussa (Poikela & Poikela 2005, 37).

Lopuksi opitut asiat selvennetään ja niitä verrataan lähtötilanteeseen, jonka jälkeen tulkinan kautta syntyy syvälinen ymmärtäminen (Peltonen 2004, 50-51). Viimeisessä potilasturvallisuuskoulutuksen vaiheessa haastateltiin kahta ensihoitajaa ja yhtä päivystyspoliklinikan sairaanhoitajaa potilasturvallisuuteen ja raportointiin liittyen. Asiantuntijoiden tuomisella koulutukseen kertomaan omista kokemuksistaan pyrittiin motivoimaan opiskelijoita panostamaan raportointitaitoihin. Asiantuntijat saapuivat potilasturvallisuuskoulutukseen ja esittelivät itsensä. Asiantuntijat kertoivat paljon konkreettisia esimerkkejä työelämästä, ja myös koulutuksen osallistujilla oli mahdollisuus kysyä kysymyksiä halutessaan. Asiantuntijat kertoivat omia kokemuksiaan epäonnistuneisiin tiedonsiirtotilanteisiin liittyen sekä huomioita hyvän raportin saavuttamiseksi.

Koulutuksessa tulee ottaa huomioon istumajärjestys koulutuksen luonteen mukaan. Koulutus-tila sekä pöytien ja tuolien paikat viestivät opiskelijoille, millainen koulutus tulee olemaan. Luentomalli on perinteisin malli, jossa opiskelijat istuvat riveissä ja kasvot kouluttajaa päin, joka on luokkatilan etuosassa. Tämä malli ei kannusta keskustelemaan oppimiseen, vaan on enemmänkin esittävää luennoitsijan kannalta. Hevosenenkämalliin asetetut tuolit on asetettu puolikaaren muotoon, jolloin koko ryhmä näkee toisensa. Tämä helpottaa keskustelevaa otetta koulutukseen. Pöytien ja tuolien asettaminen ryhmiin helpottaa tehtävien tekoa tai nopeiden keskustelujen sujuvuutta (Kupias & Koski 2012, 70.) Oppimistila Porvoon Campuksella oli kooltaan kohtalaisen suuri, opiskelijoille entuudestaan tuttu tila. Tilassa olivat valmiina tietotekniikkavälineet, tussitaulu, pöydät ja tuolit. Potilasturvallisuuskoulutuksessa oppimistila järjesteltiin niin, että opiskelijat istuvat ensin hevosenenkämallissa. Ryhmätöitä varten opiskelijat muodostivat neljän hengen ryhmiä ja asettuivat pöytäryhmiin istumaan. Pöytäryhmät asetettiin viistosti toisiaan kohden, sillä tällainen järjestys luo yhteyttä ryhmän kesken.

### 7.1.6 Potilasturvallisuuskoulutuksen arviointi

Koulutus lopetetaan usein arviointiin. Arvioinnissa on tärkeää suunnata arvioinnin kohde. Sillä voidaan saada tietoa esimerkiksi osallistujien oppimisesta ja kouluttajille tietoa koulutuksen onnistumisesta. Arvioinnin voi tehdä suullisesti tai kirjallisesti, pienissä ryhmissä, tai erikseen. Koulutuksen tavoitteiden pitää ohjata arviointia, koska arviointi on välttämätön keino saada tietoa tavoitteiden toteutumisesta. Tällaista lopetusta Kupias ja Koski (2012) kutsuvat osuvasti arviointilopetukseksi. Sanotaan, että osallistujille jää usein parhaiten mieleen koulutuksen lopussa käsitellyt asiat. Osallistujat lähtevät koulutuksesta siinä tunnetilassa, minkä koulutuksen lopetus heille antaa. Tämä tunnetila saattaa kantaa pitkällekin, joten lopetus kannattaa miettiä hyvin tarkkaan. (Kupias & Koski 2012, 64-73.)

Arviointilomake voidaan muodostaa kyselylomakkeen tapaan. Kyselylomake tulee tehdä suunnitelmallisesti ja huolellisesti, sillä hyvä kyselylomake on kokonaisuus, jossa yhdistyvät sisällölliset ja tilastolliset näkökohdat. Sisällöllisesti oikeiden kysymysten kysyminen on ratkaisevaa myös tilastollisesti mielekkäällä tavalla. Kysymyksiä tai väitteitä kutsutaan osioiksi. Mittariksi taas kutsutaan osioista koostuvaa kokonaisuutta, joka mittaa toisiinsa liittyviä asioita. Osioiden sisältö ja niiden avulla mitattava aihe ovat tärkeimpiä asioita kokonaisuuden kannalta. Niiden on oltava ytimekkäitä sekä selkeitä ja helposti ymmärrettäviä. Monimutkaisia sanamuotoja ja käsitteitä on vältettävä, samoin sanoja ja, sekä, tai, eli ja sekä-että niiden monikäsitteisyyden vuoksi. On vaikeaa ottaa kysymykseen tai väitteeseen kantaa, jos se sisältää monia asioita samanaikaisesti. Sanamuotojen tulee olla selkeitä ja yksiselitteisiä. Sanamuotojen ja kysymystenasettelun lisäksi kyselylomakkeen ulkonäköön ja tekstinasetteluun kannattaa kiinnittää huomiota. Kysymysten sijoittelu kannattaa tehdä lomakkeeseen huolellisesti, sillä se voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. (Vehkalahti 2008, 20, 21-22.)

Kyselylomakkeen osiot voivat olla avoimia tai suljettuja. Avoimeen osioon vastaaminen tapahtuu vapaamuotoisesti, kun taas suljetussa osiossa vastausvaihtoehdot on annettu valmiiksi. Valmiiden vaihtoehtojen tulisi olla toisensa poissulkevia. Sekä avoimilla että suljetuilla osioilla on hyvät ja huonot puolensa. Vapaamuotoiset vastaukset ovat hankalasti purettavia, mutta ne antavat yleensä sellaista arvokasta tietoa tutkimukseen, jota ei voida saavuttaa suljetuilla kysymyksillä. Suljettujen kysymysten vastaukset on helppo analysoida tilastollisesti ja ne selkeyttävät kokonaisuutta. (Vehkalahti 2008, 23-24.) Arviointilomakkeet muodostettiin kyselylomakkeen tapaan. Arviointilomakkeeseen valittiin seitsemän oikein/väärin-väittämää, joissa jokaisessa oli kolme vaihtoehtoa (a, b ja c) ja yksi väittämistä oli oikea. Väittämät olivat suoraan koulutusmateriaalista. Tämän jälkeen arviointilomakkeeseen asetettiin kolme kysymystä kuvaamaan koulutuksen sisältö- ja toteutustavan onnistumista sekä ISBAR-raportointimenetelmän käytettävyyttä. Näillä pyrittiin arvioimaan koulutuksen onnistumista.

Arviointilomakkeet analysoitiin induktiivisena aineistolähtöisenä sisällönanalyysinä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus tutkimusaineiston pohjalta. Tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävien perusteella aineistosta valitaan analyysiyksiköt. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95.) Aineistolähtöinen analyysimalli voi olla esimerkiksi aineiston pelkistämistä, ryhmittelyä, ala- ja yläkategorioiden sekä yhdistävien kategorioiden muodostamista. Analyysi ensimmäinen vaihe lähtee aineiston alkuperäisten lauseiden pelkistämisestä eli redusoinnista. Ensin etsitään asiat, joista ollaan kiinnostuneita ja sen jälkeen lauseet pelkistetään. Pelkistuksen jälkeen tehdään ryhmiä eli klusteroidaan, toisin sanoen luodaan alakategorioita samaa tarkoittavista ilmaisuista ja kategorialle annetaan kuvaava nimi. Alakategorioiden luomisen jälkeen alakategoriat yhdistetään yläkategorioiksi, jotka myös nimetään kuvaavilla sanoilla. Yläkategoriat taas yhdistetään pääluokkaan, joka kuvaa tutkittavaa aihetta. Tätä kutsutaan abstrahoinniksi. Analyysissa pyritään tematisoimaan, käsitteellistämään ja narratiivisesti yleistämään kuvaukset, ja merkityskokonaisuudet tuodaan yhteen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 101-102.)

## 7.2 Avattu ISBAR-kortti Porvoon sairaalan yksiköille

ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönoton opettamiseksi ja vahvistamiseksi voi käyttää esimerkiksi laminoituja ISBAR-julisteita, ISBAR-tarroja puhelimiin, keskusteluita osastotunneilla käyttökokemuksista, harjoittelua simulaatiotilanteissa ja ISBAR-näytönsäästäjien asettamista tietokoneisiin. (Haig ym. 2006, 167) Porvoon sairaalan käyttöön suunniteltiin heidän tarpeidensa mukainen ISBAR-kortti, jonka tarkoituksena oli tukea ISBAR-raportointimenetelmän käytön jatkuvuutta Porvoon sairaalan päivystyspoliklinikalla ja vuodeosastoilla 2, 4, 5 ja 6.

Avattu versio ISBAR-kortista tehtiin Sairaanhoidajaliiton valmiin pohjan avulla. (Sairaanhoidajaliitto 2013) ISBAR-raportointimenetelmän I-, S-, B-, A- ja R-kohtien sisältöjä avattiin raportoinnin punaisen langan löytämiseksi. Apuna käytettiin myös Helsingin kaupungin ja Petra Kuparin kehittämää ISBAR-korttia (Liite 2). Kortti tehtiin käytettäväksi sekä vuodeosastoille että päivystyspoliklinikalle, ja sitä pystyy soveltamaan helposti eri yksiköissä. Korttia selkeytettiin käyttämällä yhdestä väristä erilaisia asteita, jotta raportoinnin systemaattisuus ja kronologinen järjestys tulisi esiin. Ulkoasua muokattiin selkeäksi ja miellyttäväksi. Avattu versio ISBAR-kortista päätettiin tehdä yksipuoliseksi, toisin kuin Sairaanhoidajaliiton kortti, jossa on toisella puolella kiireetön tilanne ja toisella puolella kiireellinen tilanne. Yksipuolisuuden toivottiin selkeyttävän raportointia. Kiireellisen tilanteen varalle kortin alareunaan laitettiin kiireellisessä tilanteessa raportoitavat asiat ABCDE eli *airways* - ilmatiet, *breathing* - hengitys, *circulation* - verenkierto, *disability* - tajunta ja *exposure* - ulkoiset muutokset (Alaspää & Holm-

ström 2009, 64-65). Näiden tarkoituksena oli ohjana Assessment eli nykytilanne-kohtaa kii-reellisessä tilanteessa.

Avatut ISBAR-kortit lähetettiin sähköpostilla Porvoon sairaalan vuodeosastojen 2, 4, 5, ja 6 sekä päivystyspoliklinikan osastonhoitajille helmikuussa. Sähköpostissa kerrottiin opinnäyte-työn tarkoituksesta ja tehtävistä, sekä pyydettiin tulostamaan avattu ISBAR-kortti osastoille niihin paikkoihin, joissa potilasraportointia tapahtuu. Tällä toivottiin saatavan tunnettavuutta ISBAR-raportointimenetelmälle sekä käytön lisääntymistä.

## 8 Pohdinta

Opinnäytetyötä arvioitiin sille asetettujen tavoitteiden pohjalta. Opinnäytetyön tavoitteet olivat tukea potilasturvallisuuskoulutukseen osallistuvien valmiuksia hyvän suullisen raportin antamiseen raportointitilanteissa, parantaa koulutukseen osallistuvien valmiuksia tunnistaa potilasturvallisuutta edistäviä ja vaarantavia tekijöitä ja tukea ISBAR-raportointimenetelmän käytön jatkuvuutta Porvoon sairaalassa päivystyspoliklinikalla sekä vuodeosastoilla 2, 4, 5 ja 6.

Potilasturvallisuuskoulutukseen osallistuneilta opiskelijoilta saadun palautteen perusteella voidaan todeta, että ISBAR-raportointimenetelmän tunnettavuus lisääntyi koulutuksen myötä. Suurin osa koulutukseen osallistuneista ilmaisi aikovansa käyttää ISBAR- raportointimenetelmää tulevaisuudessa työssään. Koulutusmateriaali ja koulutuksessa käyte-tyt opetusmenetelmät tukivat osallistujien oppimista. Potilasturvallisuusaihe herätti paljon keskustelua ja osallistujat kokivat aiheen ajankohtaiseksi ja tarpeelliseksi. Potilasturvallisuus- koulutus koettiin onnistuneeksi ja oppimista tukevaksi tilaisuudeksi. Koulutusmateriaali oli laajuudeltaan ja sisällöltään hyvä. Koulutukselle asetetut tavoitteet saavutettiin ja potilas- turvallisuuskoulutukseen osallistuneet saivat koulutuksesta uutta tietoa potilasturvallisuuteen ja ISBAR-raportointimenetelmään liittyen.

Porvoon sairaalan päivystyspoliklinikalle ja vuodeosastoille 2, 4, 5, ja 6 tehdyn avatun ISBAR- kortin myötä ISBAR-raportointimenetelmän tunnettavuus lisääntyi. Opinnäytetyön valmistumi- seen mennessä ISBAR-raportointimenetelmän käytön lisääntyvyyttä ei voitu arvioida, sillä ar- viointiin olisi tarvittu jatkotutkimuksia.

Opinnäytetyön teoreettisen tausta rajaus tehtiin keskeisten potilasturvallisuusasioiden perus- teella. Keskeiset potilasturvallisuutta koskevat tekijät määriteltiin suomalaisen potilasturval- lisuusstrategian antaman ohjeistuksen perusteella. Strategiassa nousi esille yhtenä potilastur- vallisuutta vaarantavana tekijänä kommunikaatio-ongelmat terveydenhuollon toiminnoissa.

Tämän takia kommunikaatio-ongelmat valittiin yhdeksi pääaiheeksi potilasturvallisuuden lisäksi, ja sitä jatkettiin suullisella raportoinnilla sekä ISBAR-raportointimenetelmällä.

### 8.1 Potilasturvallisuuskoulutuksen arviointi

Potilasturvallisuuskoulutuksen onnistumista mitattiin koulutuksen lopuksi arviointilomakkeella. Tällä pyrittiin saamaan selville, oliko koulutus ja sen materiaali oppimista tukevaa. Koulutuksessa tavoiteltiin runsasta keskustelua yhteistoiminnallisen oppimismenetelmän mukaisesti, joten laaja keskustelu kertoi myös koulutuksen tavoitteiden saavuttamisesta. Potilasturvallisuuskoulutuksen suunnitelmissa ja aikatauluissa pysyttiin melko hyvin suunnitelman mukaan. Runsaan keskustelun määrä aiheutti viivästyksiä, koska keskustelua syntyi enemmän kuin siihen oltiin etukäteen varauduttu. Taukojen jälkeen osallistujien saapuminen koulutukseen takaisin sujui hieman odotettua kauemmin, mutta se ei haitannut koulutuksen kulkua.

Koulutuksen 38 osallistujasta 34:ltä saatiin arviointilomake täytettynä. Ensimmäisen kuuden oikein/väärin-väittämän oikean vastauksen vastausprosentti oli 100 % ja viimeisen kysymyksen oikea vastausprosentti oli 88 %. Kaikki arviointilomakkeeseen vastanneista kokivat, että potilasturvallisuuskoulutus toi heille uutta tietoa.

Potilasturvallisuuskoulutuksen arviointilomakkeiden avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisena aineistolähtöisenä sisällönanalyysinä. (Liitteet 4, 5 ja 6) Vastaukset pelkistettiin ja jaoteltiin alakategorioihin. Tämän jälkeen alakategoriat yhdistettiin yläkategorioihin ja yläkategorioille luotiin pääluokat. Pääluokiksi päätyivät koulutukseen osallistujien kokemuksia potilasturvallisuuskoulutuksesta, potilasturvallisuuskoulutuksen kehittämistarpeet sekä ISBAR-raportointimenetelmään liittyvät asiat.

Potilasturvallisuuskoulutukseen osallistuneiden opiskelijoiden mukaan koulutus oli onnistunut. Aiheet koettiin ajankohtaisiksi ja tarpeellisiksi sekä koulutuksen koettiin sisältävän uutta asiaa. Toteutustapaa pidettiin hyvänä pitkälle koulutukselle, sillä siinä käytettiin erilaisia ope- tusmenetelmiä. Luentojen ja tehtävien koettiin olevan tasapainossa. Koulutuksen osallistujat arvioivat, että koulutuksen aiheet esitettiin helposti ymmärrettävässä muodossa. Erilaisesta istumajärjestyksestä pidettiin myös oppimista tukevana asiana. Koulutuksen luennoitsijoiden esiintyminen koettiin hyväksi ja opiskelijoiden kohtaaminen luontevaksi. Potilasturvallisuus- koulutus koettiin rennoksi tilaisuudeksi. Asiantuntijavierailijoiden vierailu koettiin mielek- kääksi ja rikastuttavaksi. Osa koulutuksen osallistujista mainitsi arviointilomakkeessa, että tämän kaltaiselle koulutukselle olisi tarvetta myös aikaisemmin sairaanhoitajakoulutuksen ai- kana. Potilasturvallisuusasioita olisi kaivattu käsiteltävän koulutusohjelman aikana enemmän.



Suullista raportointia ei oltu opetettu aikaisemmin missään, eikä harjoittelupaikoissakaan ollut valmista mallia suullisen raportoinnin antamiseen.

*”Esiintyminen luontevaa ja miellyttävää”*

*”Uutta tietoa tärkeästä aiheesta”*

*”Kiva kun oli käytetty erilaisia oppimismenetelmiä”*

Yhdeksi potilasturvallisuuskoulutuksen kehittämistarpeeksi koettiin ajankäytön tehostaminen. Koulutus koettiin osittain liian pitkäksi, tautusta olisi voinut myös muuttaa sujuvammaksi. Koulutusta olisi voitu tiivistää lyhemmäksi. Samojen asioiden liiallinen toistaminen ja päällekkäisyys koettiin myös ongelmaksi. Koulutuksen järjestäjien äänenkäyttöä toivottiin äänekäämmäksi. Koulutukseen olisi toivottu lisää sisältöä muun muassa HaiPro:sta, uhka- ja vaaratilanteista ja monipuolisemmasta hoitoympäristöstä.

*”...ehkä joissain asioissa saman toistaminen turhaa”*

*”...kestoltaan liian pitkä”*

ISBAR-raportointimenetelmä koettiin hyödylliseksi apuvälineeksi tiedonsiirron kannalta, koska se luo loogisen rungon suulliselle raportille. ISBAR-raportointimenetelmän koettiin helpottavan raportointia ja antavan itsevarmuutta varsinkin silloin, kun ei ole paljoa kokemusta raportin antajana. Menetelmä koettiin suullisen raportin laadun takaajana. Usea koulutukseen osallistujista ilmoitti aikomuksena käyttää ISBAR-raportointimenetelmää työelämässä.

*”Itselle raportointitilanteet ovat haastavia, uskon ISBAR:n olevan hyvä apuväline”*

*”Toivon että ISBAR olisi käytössä tulevassa työssäni ja yleistyisi hoitoalalla”*

## 8.2 Avattu ISBAR-kortti raportointimenetelmän tunnettavuuden tukena Porvoon sairaalassa

Porvoon sairaalan päivystyspoliklinikalle ja vuodeosastoille 2, 4, 5, ja 6 tehdyllä ISBAR-kortilla saatiin ISBAR-raportointimenetelmää näkyvämmäksi. Tunnettavuus lisääntyi, sillä ISBAR-kortteja tulostettiin ja laminoitiin Porvoon sairaalassa ja kortit asetettiin näkyville paikoille hoitohenkilökunnan tiloissa. ISBAR-kortti tehtiin yhteistyössä Porvoon sairaalan henkilökuntaan kuuluvien hoitajien kanssa, joten sen voidaan uskovin palvelevan työelämän todellisia tarpeita.

Porvoon sairaalan päivystyspoliklinikan henkilökunnan kertomat kommentit avatusta ISBAR-kortista ovat olleet myönteisiä. Hoitajat kommentoivat, että kortti toimii muistin tukena raporttia annettaessa. Joidenkin hoitajien mielestä ISBAR-raportointi menetelmä tuntuu turhal-

ta, eivätkä he koe kortista olevan heille hyötyä. Opinnäytetyön valmistumiseen mennessä ei pystytty arvioimaan ISBAR-raportointimenetelmän tunnettavuuden lisääntymistä, sillä sen arvioimiseksi olisi tarvittu laajamittaisen kyselytutkimuksen tekemistä.

### 8.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Potilasturvallisuuskoulutukseen osallistuneiden mielestä potilasturvallisuutta käsittelevä koulutus tulisi järjestää jo aikaisemmassa vaiheessa hoitotyön koulutusohjelmassa. Suullista raportointia tulisi voida harjoitella koko hoitotyön koulutusohjelman aikana myös oppilaitoksen toimesta. Suullisen raportoinnin osaamisen edistämistä ei pitäisi jättää ainoastaan työharjoittelujen varaan sillä opiskelijat kokivat tarvitsevänsä harjoitusta jo ennen työharjoitteluja. Kommunikaation ja tiedonsiirron tärkeyttä potilasturvallisuuden osana tulisi korostaa hoitotyön koulutusohjelman opintosuunnitelmassa. Potilasturvallisuuskoulutuksen arviointilomakkeiden vastausten pohjalta voidaan päätellä, että potilasturvallisuusasioiden käsitteleminen koetaan mielekkääksi ja tarpeelliseksi. Opiskelijoiden kokemuksen mukaan on tarpeellista harjoitella raportointia työharjoitteluiden ulkopuolella, koska suullisen raportin antaminen voi olla kokemattomalle hoitajalle vaikeasti hahmotettavaa ja jopa pelottavaa. Hoitotyön opiskelijat kertoivat kokevänsä itsensä epävarmoiksi suullista raporttia antaessaan, koska eivät aina olleet varmoja siitä missä järjestyksessä tiedot potilaasta olisi hyvä kertoa. Epävarmuutta koettiin myös siitä millaiset asiat raporttiin kuuluu.

Opiskelijat kertoivat palautelomakkeissa, että potilasturvallisuuskoulutuksen sisältö vastasi tarvetta ja käsitteli aihetta tarpeeksi laajasti. Toteutustapa koettiin mielekkääksi ja oppimismenetelmät erityyppiset oppijat huomioonottaviksi. Potilasturvallisuuskoulutuksen eteneminen arvioitiin pääosin hyväksi, mutta jotkut osallistujat kokivat, että joistain aiheista puhuttiin liikaa. Kommenteissa tuli ilmi, että koulutusta voitaisiin jatkossa tiivistää, mutta toisaalta arveltiin myös, että tiivistäminen vähentäisi koulutuksen vuorovaikutuksellisuutta.

Porvoon sairaalan päivystyspoliklinikalle ja vuodeosastoille 2, 4, 5 ja 6 tehdyt avatut ISBAR-kortit koettiin hyödyllisiksi ja hyväksi muistutukseksi kevään 2013 koulutuksesta. Eri yksiköiden osastonhoitajat tulostivat ja laminoivat kustomoituja ISBAR-kortteja tiloihin, joissa potilasraportointia tapahtuu. Päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnalta saadun palautteen mukaan ISBAR-raportointimenetelmä on hyödyllinen apuväline suulliseen raportointiin. ISBAR-korttien lähettämisen myötä Porvoon sairaalaan menetelmän tunnettuus lisääntyi. Lopullinen arvio ISBAR-raportointimenetelmän tunnettavuudesta on kuitenkin mahdotonta tässä vaiheessa toteuttaa. Potilasturvallisuuskoulutukseen osallistuvien opiskelijoiden työllistymisen myötä ISBAR-raportointimenetelmän tunnettavuus saattaa lisääntyä, sillä monet potilasturvallisuus-

koulutukseen osallistuneista kertoivat aikovansa käyttää ISBAR-raportointimenetelmää tulevassa työssään.

## Lähteet

### Kirjalliset lähteet

- Alaspää, A., Holmström, P. 2009. Potilaan tutkiminen. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Porthan, K. (toim.) Ensihoito. Jyväskylä: Tammi.
- Ardoin K, Broussard, L. 2011. Implementing handoff communication. Journal of nurses in staff development.
- Haig K, Sutton S, Whittington J. 2006. SBAR: A shared mental model improving communication between clinicians. Joint commission on accreditation of healthcare organizations.
- Helovuola A., Kinnunen M., Peltomaa K., Pennanen P., 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Muronen, I. 2005. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY.
- Kinnunen M., Peltomaa K., 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Sairaanhoidajaliitto. Sipoo.
- Koski, M. & Kupias, P. 2012. Hyvä kouluttaja. Sanoma Pro Oy.
- Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. IS-BAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. Sairaanhoidaja 3/2012.
- Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Siven, T. & Välimäki, P. 2005. Opi ammattiin. Porvoo: WSOY.
- Leonard, M., Graham, S., Bonacum, D. 2004. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual Saf Health Care 13/2004.
- Markkanen S., Kohonen S., Nieminen A., 2007. Ohjatusti työhön -oppiminen, motivointi ja sosiaalinen yrittäjäyys Tampere: Juvenes Print Oy.
- Mikkola, J., Toim. Sundman E. 2000. Potilaan asema ja oikeudet. Helsinki: Tammi.
- Mustajoki, P. 2009. Kun jotain kuitenkin tapahtuu. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto.
- Mäntylä R., toim. Saari S., Varis T., 2007. Ammatillinen kasvu. Keuruu: Otava.
- Niermeyer R., Seyffert M. 2002. Motivaatio. Helsinki: Oy Rastor Ab.
- Paasivaara L., Suhonen M., Nikkilä J., 2008. Innostavat Projektit. Sairaanhoidajaliitto. Sipoo.
- Peltonen H. 2004. Kasvattajana sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisissa. Tammi.
- Poikela, E., Poikela, S. 2005. Ongelmista oppimisen iloa. Ongelmaperustaisen pedagogiikan kokeiluja ja kehittämistä. Tampereen yliopisto. Tampere university press.
- Pope, B., Rodzen, L., Pross, G. 2007. Raising the SBAR. Nursing 2007.
- Rauste-Von Wright, M., Von Wright, J., Soini, T. 2003. Oppiminen ja koulutus. Juva: WSOY.

Rodgers, K. 2007. Using the SBAR communication technique to improve nurse-physician phone communication: a pilot story. 3/2007. Continuing Nurse Education.

Ruuhilehto, K. 2009. Virheistä ja vaaratilanteista oppiminen terveydenhuollon organisaatiossa. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Sairaanhoidajaliitto. Sipoo.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2003. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia.

Takala, E. & Gerlander, M. 1995. Polkuja puheviestintään: oppimateriaalia Puhuri-ohjelmaan. Jyväskylän yliopisto. Tampereen yliopistopaino oy. Tampere.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja strategian toimeenpanon tueksi.

Thompson, J., Collet, L., Langbart, M., Purcell, N., Boyd, S., Yuminaga, Y., Ossolinski, G., Susanto, C., McCormack, A. 2011. Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. Postgrad Med.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.

Tynjälä, P. 2003. Oppiminen koulutuksen ja työelämän vuorovaikutuksessa. Ammattikasvatuksen aikakauskirja 5 (3).

Vardaman, J., Cornell, P., Gondo, M., Amis J., Townsend-Gervis, M., Thetford, C. 2012. Beyond communication: the role of standardized protocols in a changing health care environment.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. 2008. Vammala: Tammi.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Gummerruksen kirjapaino Oy.

Wentworth, L., Diggins, J., Bartel, D., Johnson, M., Hale, J., Gaines, K. 2012. SBAR: electronic handoff tool for noncomplicated procedural patients. Journal of nursing care quality /4-6 2012.

#### Sähköiset lähteet

Brennan, T., Leape, L., Laird, N., Hebert, L., Localio, R., Lawthers, A., Newhouse, J., Weiler, P. & Hiatt, H. 1991. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients - results of the Harvard medical practice study 1. The New England Journal of Medicine. //1991. Viitattu 10.2.2014.

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604#t=articleTop>

Finlex. 1989. Potilasvahinkolaki. Viitattu 11.2.2014.  
http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585

Finlex. 2010 Terveydenhuoltolaki, 8 §. Viitattu 10.11.2013  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8>

HaiPro. 2007. Ohjeita toimenpiteiden valintaan. Viitattu 10.2.2014.  
http://haipro.vtt.fi/ohjeet/haipro\_ohjeita\_toimenpiteiden\_valintaan.pdf

HaiPro. 2009. Millaisia tapahtumia ilmoitetaan? Viitattu 6.2.2014.  
[http://www.haipro.fi/ohjeet/Millaisia\\_tapahtumia\\_ilmoitetaan\\_30122009.pdf](http://www.haipro.fi/ohjeet/Millaisia_tapahtumia_ilmoitetaan_30122009.pdf)

- HaiPro. 2012. Haipro - ilmoittajan ohje. Viitattu 7.2.2014.  
[http://www.haiopro.fi/ohjeet/haiopro\\_ilmoittajan\\_ohje.pdf](http://www.haiopro.fi/ohjeet/haiopro_ilmoittajan_ohje.pdf)
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin potilasturvallisuussuunnitelma 2012. Viitattu 8.10.2013. <http://hus01.tjhosting.com/kokous/20121502-4-72739.PDF> Viitattu 30.1.2013.
- Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat terveydenhuollossa. Vaasan yliopisto. Viitattu 3.2.2014. [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-323-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-323-3.pdf)
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Lipponen, K. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu. Viitattu 12.12.2013  
[http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf)
- Mikkonen, Sami. 2011. Luovutusprosessin haasteet ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Systole - ensihoidon erikoislehti. Viitattu 13.4.2013 <http://www.ensihoidontiedotus.fi/index.php/95-sami-mikkonen>
- Ortega, L. & Parsh, B. 2013. Improving change-of-shift report. Nursing 2013/2. Viitattu 2.1.2014.  
[http://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2013/02000/Improving\\_change\\_of\\_shift\\_report.20.aspx](http://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2013/02000/Improving_change_of_shift_report.20.aspx)
- Pekurinen M., Räikkönen O. & Leinonen T., 2008. Stakesin raportteja 38/2008. Tilanne katsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Viitattu 13.12.2013.  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76850/R38-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>
- Reason, J. 2000. Human error: models and management. British Medical Journal 3/2000. Viitattu 13.4.2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf>
- Reiman T., Pietikäinen E. & Oedewald P. 2008. Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja Arviointi. VTT. Espoo. Viitattu 31.1.2013  
[http://www.vtt.fi/files/sites/potilasturva/nakokulmia\\_potilasturvallisuuteen.pdf](http://www.vtt.fi/files/sites/potilasturva/nakokulmia_potilasturvallisuuteen.pdf).
- Sairaanhoitajaliitto. 2013. Potilasturvallisuus. Viitattu 20.2.2013.  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/hoitotyon\\_kehittaminen/potilasturvallisuus/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/hoitotyon_kehittaminen/potilasturvallisuus/)
- Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009a. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia. Viitattu 10.9.2013.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009b. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:38. Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmä ja työvaliokunnat edistävät potilasturvallisuutta. Ohjausryhmän raportti. Viitattu 20.22.2013.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-10213.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10213.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveyden huollossa. Viitattu 5.1.2014.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen\\_laakehoito\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf)
- Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto. Potilas- ja lääkehoidon turvallisuussanasto. 2006. Stakesin työpapereita 28/2006. Viitattu 6.2.2014. <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf>
- Kääriäinen M. & Kyngäs H., 2014. Ohjaus- tuttu mutta, epäselvä käsite. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 7.1.2014.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10\\_2006/muut\\_artikkelit/ohjaus-tuttu\\_mutta\\_epaselva\\_ka/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/)

Salminen, L. & Suhonen, R. 2008. Oppiminen ja oppimismenetelmät ja niiden hyödyntäminen ammatillisen kehittymisen tukena - raportti täydennyskoulutuksesta ja sen mahdollisuuksista. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos ja Hämeen ammattikorkeakoulu.

[http://portal.hamk.fi/portal/page/portal/HAMKJulkisetDokumentit/Yleisopalvelut/Julkaisupalvelut/Kirjat/kielet\\_kulttuuri\\_hyvinvointi/OppiminenJaOppimismenetelmatJaNiiden.pdf](http://portal.hamk.fi/portal/page/portal/HAMKJulkisetDokumentit/Yleisopalvelut/Julkaisupalvelut/Kirjat/kielet_kulttuuri_hyvinvointi/OppiminenJaOppimismenetelmatJaNiiden.pdf) Viitattu 9.1.2014

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Potilasturvallisuutta taidolla ohjelma. 2011. Viitattu 9.2.2014. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e28ead9c-eab6-4d67-b5e3-b12b1a9b0adf>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin tulevaisuuksia 2012. Viitattu 14.12.2013 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/230514f2-fc31-4bbf-839d-df1173333d22>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. HaiPro: Terveidenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Viitattu 6.2.2 [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/haipro014](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/haipro014).

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Potilasturvallisuustieto rekistereissä ja tietojärjestelmissä. Viitattu 7.2.2014. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/rekisterit-ja-tietojarjestelmat](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/rekisterit-ja-tietojarjestelmat)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Potilasturvallisuutta koskevaa sanastoa. Viitattu 10.2.2014. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/sanasto](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/sanasto)

Tolonen, J., Sandström, T., Mattila, J., Huttunen, K. & Harjola, V-P. 2013. Hand-off in ER - moment of risk for medical errors - A myth or a fact. Viitattu 18.4.2013.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a28462c3-3041-4075-b558-d6966349a9ce>

Virta, K-L. 2010. Opi ja ohjaa työpaikalla. Hyvinkää: Hyria. Viitattu 8.1.2014.

[http://www.hyria.fi/files/4093/Opi\\_ja\\_ohjaa\\_tyopaikalla\\_230910.pdf](http://www.hyria.fi/files/4093/Opi_ja_ohjaa_tyopaikalla_230910.pdf)

Ylitalo, J. 106/2012. Ohjauksellisen johtajuuskoulutuksen vaikuttavuuden rakentuminen. Aalto-yliopisto. Viitattu 10.10.2013.

<http://lib.tkk.fi/Diss/2012/isbn9789526047409/isbn9789526047409.pdf>

World health Organization. 2005. World Alliance for patient safety. Viitattu 10.2.2014

[http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf?ua=1)

World health Organization. 2008. Collaborating Center for Patient safety. Nine patient safety solutions. Viitattu 10.2.2014.

<http://www.jointcommissioninternational.org/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>

## Liitteet

Liite 1 Potilasturvallisuuskoulutuksen aikataulu.....	49
Liite 2 ISBAR-kortti Porvoon sairaalaan .....	50
Liite 3 Arviointilomake koulutukseen osallistujille.....	51
Liite 4 Sisällönanalyysi, opiskelijoiden kokemuksia potilasturvallisuuskoulutuksesta	53
Liite 5 Sisällönanalyysi, potilasturvallisuuskoulutuksen kehittämistarpeita .....	54
Liite 6 Sisällönanalyysi, ISBAR-raportointimenetelmään liittyvät asiat .....	55



Liite 1 Potilasturvallisuuskoulutuksen aikataulu



## Potilasturvallisuuskoulutuksen aikataulu

- ▶ 12.45 Asiaa potilasturvallisuudesta
- ▶ 14.30 TAUKO
- ▶ 14.45 Suullisen raportoinnin perusteet
- ▶ 15.30 TAUKO
- ▶ 15.45 ISBAR-raportointimenetelmä
- ▶ 16.45 TAUKO
- ▶ 17.00 Työelämän edustajat

## Liite 2 ISBAR-kortti Porvoon sairaalaan

## ISBAR-raportointimenetelmä

<b>1. Identify, Tunnista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· oma nimi, ammattinimike, yksikkö/osasto</li> <li>· potilaan nimi, ikä, henkilöturvätunnus</li> </ul>
<b>2. Situation, Tilanne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· konsultaatio, hoito-ohjeytyntö, raportti toiseen yksikköön?</li> <li>· <u>hoidossaolon syy</u></li> </ul>
<b>3. Background, Tausta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· lyhyesti perussairaudet</li> <li>· tilanteen kehittyminen</li> <li>· allergiat</li> <li>· eristystarve</li> <li>· toimintakyky</li> <li>· hoidon linjaus, esim. DNR</li> </ul>
<b>4. Assessment, Nykytilanne</b>  Kiireellisessä tilanteessa tämä kohta korostuu!	<ul style="list-style-type: none"> <li>· potilaan tämänhetkinen vointi</li> <li>· vitaalielintoiminnot</li> <li>· olennaiset laboratoriovastaukset</li> <li>· tehdyt toimenpiteet</li> <li>· katetri, NML</li> <li>· nykylääkitys, nestehoito</li> </ul>
<b>5. Recommendation, Toimintaehdotus (Konsultoitaessa)</b> Ehdota <ul style="list-style-type: none"> <li>· tarkkailun lisäämistä</li> <li>· toimenpidettä</li> <li>· siirtoa toiseen yksikköön</li> <li>· hoitosuunnitelman muutosta</li> </ul> Varmista <ul style="list-style-type: none"> <li>· kuinka kauan...?</li> <li>· kuinka usein..?</li> <li>· koska otan uudelleen yhteyttä?</li> <li>· onko vielä kysyttävää?</li> <li>· olemmeko samaa mieltä?</li> </ul>	<b>(Raportoitaessa vuoronvaihdoissa, siirtyessä toiseen yksikköön)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <u>jatkoahoito-ohjeet</u></li> <li>· suunnitellut tutkimukset, toimenpiteet, yleensäkin suunnitelmat potilaan kohdalla</li> <li>· omaiset, kotihoito</li> <li>· kotiin/terveyskeskukseen jatkossa</li> <li>· muut asiat, kysymykset</li> </ul>

**HÄTÄTILANTEESSA RAPORTOI VAIN OLEELLISET ASIAT JA ABCDE!****A=airway – ilmatiet****B=breathing – hengitys:** SpO<sub>2</sub>, hengitysfrekvenssi, apulihakset, jaksako puhua**C=circulation – verenkierto:** verenpaine, syketaajuus, EKG, lämpörajat, vuodot**D=disability – tajunta:** GCS, kipu, orientoituminen**E=exposure – ulkoiset muutokset**

Tekijät: Laurea ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat: Nina Kosonen, Petrus Lönnrot, Pauliina Rautiainen

### Liite 3 Arviointilomake koulutukseen osallistujille

Potilasturvallisuuskoulutus 20.1.2014 / Nina Kosonen, Petrus Lönnrot, Pauliina Rautiainen

Ympyröi oikea väittämä. Jokaisessa kohdassa on vain yksi oikea väittämä.

1. väittämä

- a) Kaikkien sairaalassa työskentelevien henkilöiden ei tarvitse kiinnittää huomiota potilasturvallisuuteen.
- b) Potilasturvallisuuden toteutumisesta vastaa osastonhoitaja.
- c) Potilasturvallisuuden tehokas toteutuminen vaatii avointa ilmapiiriä.

2. väittämä

- a) Jokainen sosiaali- ja terveydenhuollon yksikkö saa toteuttaa potilasturvallisuutta parhaaksi kokemallaan tavalla.
- b) Potilasturvallisuusstrategian tavoite on taata turvallinen ja vaikuttava hoito kaikille.
- c) Potilasturvallisuutta ei tarvitse huomioida toimintayksikön taloussuunnitelmassa.

3. väittämä

- a) Kokenut hoitaja tekee vähemmän virheitä kuin kokematon.
- b) Yhteiset ennalta sovitut toimintatavat tukevat potilasturvallisuuden toteutumista.
- c) Stressi ei vaikuta keskittymiskykyysi työpaikalla

4. väittämä

- a) Suullisen raportin aikana nonverbaalisilla viesteillä ei ole merkitystä
- b) Raportin vastaanottaja ei ole vastuussa riittävän informaation saamisesta raportilla
- c) Suurin osa terveydenhuollon haittatapahtumista johtuu kommunikaatio ongelmista

5. väittämä

- a) Ennalta sovittu raportointimalli vähentää tiedonsiirtoon liittyviä riskejä
- b) Raportin pituus kertoo sen laadusta
- c) Raportin voi antaa missä tilanteessa ja paikassa tahansa

6. väittämä

- a) ISBAR-raportointimenetelmä hidastaa raportin antamista
- b) ISBAR ei sovellu kaikkiin tiedonsiirtotilanteisiin
- c) ISBAR-raportointimenetelmää käytettäessä virheiden todennäköisyys pienenee

7. väittämä

- a) ISBAR-raportointimenetelmää ei ole välttämätöntä käyttää tietyssä järjestyksessä
- b) ISBAR-raportointimenetelmä ei luo aukotonta turvallisuutta potilaille tiedonsiirrossa
- c) ISBAR-raportointimenetelmä on alun perin suunniteltu terveydenhuollon käytettäväksi

Opitko jotain uutta koulutuksessa?

- a) Kyllä
- b) En

1. Mitä mieltä olet ISBAR- raportointimenetelmästä ja sen käytöstä tulevassa työssäsi?

2. Mitä koulutuksessa olisi voitu tehdä toisin?
  
3. Millaiseksi koit koulutuksen sisällön ja toteutuksen?
  
4. Mitä olisit toivonut koulutukseen lisää, entä mitä vähemmän?

## Liite 4 Sisällönanalyysi, opiskelijoiden kokemuksia potilasturvallisuuskoulutuksesta

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selkeä esitys</li> <li>- Miellyttävä, opiskelijoiden kohtaaminen</li> <li>- Esiintyminen luontevaa ja miellyttävää</li> <li>- Hyvät opet</li> <li>- Ninasta tulisi hyvä opettaja</li> </ul>	Koulutuksen järjestäjien esiintymistaidot hyviä	Kouluttajien esiintyminen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mielenkiintoinen, paljon esimerkkejä, ei pelkkää luennointia</li> <li>- Todella kattava kokonaisuus</li> <li>- Asiat esitetty helposti ymmärrettävässä muodossa</li> <li>- Ajankohtainen sisältö</li> <li>- Johdonmukainen kokonaisuus</li> <li>- Uutta tietoa tärkeästä aiheesta</li> <li>- Asiantuntijoiden näkökulma erittäin mielenkiintoinen ja rikastuttava</li> <li>- Hyödyllinen</li> <li>- Luennot ja tehtävät tasapainossa</li> <li>- Tarpeellinen</li> </ul>	Koulutuksen sisältö hyödyllinen ja ajankohtainen	Koulutuksen toteutus ja sisältö
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyvä, toimiva toteutus</li> <li>- Hyvä aikataulutus</li> <li>- Hyvin suunniteltu</li> <li>- Monipuolinen toteutus</li> <li>- Osallistava toteutus</li> <li>- Kiva kun oli käytetty erilaisia oppimismenetelmiä</li> </ul>	Koulutus toteutettu hyvin ja monipuolisesti	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kahvitarjoilu oli mukava lisä</li> <li>- Mukava ja rento ilmapiiri</li> <li>- Rento päivä</li> </ul>	Koulutuksen ilmapiiri rento ja mukava	

## Liite 5 Sisällönanalyysi, potilasturvallisuuskoulutuksen kehittämistarpeita

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajankäyttö tehokkaammaksi</li> <li>- Tiedon tiivistäminen</li> <li>- koulutuksen tauottaminen</li> <li>- koulutuksen rytmitys huono, ensin oli 2h opetusta ja sitten tauko</li> <li>- kestoiltaan liian pitkä</li> </ul>	Ajankäyttö olisi voinut olla tehokkaampaa	Ajankäytön tehostaminen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- toistoa alussa</li> <li>- ehkä joissain asioissa saman toistaminen turhaa</li> <li>- ISBAR:sta puhuttiin ehkä liikaa ja jaaritellen</li> <li>- potilasturvallisuusosiota olisi voitu tiivistää</li> </ul>	Samojen asioiden liiallinen toistamista vähennettävä ja sisältö tiivistettävä	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- kuuluvampi äänenkäyttö</li> <li>- osa luennoitsijoista olisi voinut puhua äänekkäämmin</li> <li>- kovempaa äänenkäyttöä</li> </ul>	Äänenkäyttö olisi voinut olla kuuluvampaa	Kouluttajien esiintyminen
<ul style="list-style-type: none"> <li>- HaiPro:sta tietoa enemmän uhka- ja vaaratilanteista tietoa</li> <li>- aggressiivisen potilaan kohtaaminen</li> <li>- enemmän esimerkkejä monipuolisesta hoitoympäristöstä</li> </ul>	Koulutuksessa olisi voinut olla laajemmin tietoa myös muista potilasturvallisuuden osa-alueista	Koulutuksen sisältö

## Liite 6 Sisällönanalyysi, ISBAR-raportointimenetelmään liittyvät asiat

Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoriat	Yläkategoriat
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyvä, tarvittava työkalu</li> <li>- Kuulostaa hyvältä rungolta</li> <li>- Valmis runko helpottaa raportin jäsentämistä</li> <li>- Oikein hyödyllinen apuväline</li> <li>- On looginen tapa raportoida</li> <li>- Selkeä, johdonmukainen ja helppo käyttää</li> <li>- Helpottaa raportointia, selkeyttää</li> <li>- Selkeä rakenne raportteihin</li> <li>- Järkevän oloinen</li> </ul>	Luo loogisen rungon raportille	Hyödyllinen apuväline tiedonsiirron kannalta
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selkeyttää raportointia, turha jää pois</li> <li>- Parantaa raportin laatua</li> <li>- Vähentää toistoa ja rönsyilyä</li> <li>- Antaa varmasti hyvän pohjan toimivalle raportoinnille</li> <li>- Tärkeä ja hyödyllinen</li> <li>- Selkeyttää raportointia, hyvä pohja järjestelmälliselle raportoinnille</li> </ul>	Parantaa raportin laatua	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pysin opettelemaan sen käytön ja soveltaa sitä käytännössä</li> <li>- Tulee varmasti käyttöön</li> <li>- Tulen hyödyntämään omassa työssäni</li> <li>- Tulen käyttämään</li> <li>- Aion käyttää ISBAR:a tulevaisuudessa raportoinnin tukena</li> <li>- Toivon että ISBAR olisi käytössä tulevassa työssäni ja yleistyisi hoitoalalla</li> <li>- Voisin käyttää raportoidessa ja kirjaimien hahmottamisessa</li> <li>- Helpottaa raportin käyttöä ja vastaanottamista</li> <li>- Menetelmästä hyötyä raportin molemmille osapuolille</li> <li>- Kaikissa paikoissa voisi olla sama menetelmä, oli raportointi sitten suullista tai kirjallista</li> </ul>	Ajatuksia ISBAR:sta ja sen käyttämisestä tulevaisuudessa	Positiivinen suhtautuminen ISBAR-raportointimenetelmään
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saattaisi auttaa kaikkien tärkeiden asioiden muistamisessa erityisesti kun ei ole vielä kokenut hoitajana</li> <li>- Itselle raportointitilanteet ovat haastavia, uskon ISBAR:n olevan hyvä apuväline</li> <li>- Hyvä menetelmä, joka auttaa raportoinnissa, olen kokematon raportin antaja</li> <li>- Oppii mahdollisesti oleellisimmat asiat, mihin kiinnittää huomiota</li> </ul>	Hyöty kokemattomalle hoitajalle ja ammatillisen kehittyminen	Hyödyllinen apuväline raportin antajalle
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tuo itsevarmuutta</li> <li>- Auttaa raportioijaa</li> <li>- Luo turvaa ja varmuutta raportointitilanteisiin</li> </ul>	Lisää itsevarmuutta	