



**SAVONIA**

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# RAPORTOINTIMALLI ISBAR-MENETELMÄÄ HYÖDYNTÄEN LAPINLAHDEN TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLE

TEKIJÄT: Hanna Kiviharju  
Mirka Mönttinen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma			
Työn tekijä(t) Hanna Kiviharju ja Mirka Mönttinen			
Työn nimi Raportointimalli ISBAR-menetelmää hyödyntäen Lapinlahden terveyskeskuksen vuodeosastolle			
Päiväys	11.4.2019	Sivumäärä/Liitteet	36/2
Ohjaaja(t) Susanne Hämäläinen			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Lapinlahden terveyskeskus / Merja Virkkunen, johtava hoitaja			
<p>Tiivistelmä</p> <p>ISBAR-menetelmää käytetään raportoinnin ja kommunikaation tukena vuoronvaihtotilanteissa sekä muussa tiedonvaihdossa. Suuri osa potilasturvallisuutta vaarantavista haittatapahtumista liittyy kommunikaatio-ongelmiin ja ISBAR-menetelmän hyödyntäminen raportoidessa vahvistaa potilasturvallisuutta sekä yhtenäistää kommunikaatiota eri osapuolten välillä. Opinnäytetyössä tarkoituksena oli kartoittaa raportointiin liittyviä haasteita sekä selvittää siihen kuluva aika kehittämistutkimuksen avulla. Tavoitteena opinnäytetyössä oli kehittää ja yhtenäistää raportointia osastolla vuoronvaihtotilanteissa. Tavoitteena oli myös tehostaa raportointia vähentämällä siihen kuluva aikaa. Tutkimustulosten pohjalta luotiin posteriksi ISBAR-menetelmää hyödyntäen toimeksiantajallemme, Lapinlahden terveyskeskuksen vuodeosastolle. Posterin tarkoitus toimia tarkistuslistana tukemaan raportointia.</p> <p>Tutkimus raportoinnista tehtiin kehittämistutkimuksena, jossa käytettiin laadullisen tutkimuksen menetelmiä aineiston keruussa ja analysoinnissa. Tutkimukseen osallistui kahdeksan hoitajaa. Aineistonkeruu toteutettiin havainnoimalla simuloitua tilannetta, jossa osallistujat raportoivat kuvitteellisista potilaista toiselle tutkimukseen osallistujalle. Havainnoissa otettiin huomioon ISBAR-menetelmän toteutuminen, raportointiin käytetty aika sekä muut huomiot raportointiin liittyen.</p> <p>Tutkimuksen tulokset osoittivat, että suullinen raportointi osastolla vie liikaa aikaa ja on sisällöltään joltain osin puutteellista. Osa osallistujista käytti ISBAR-menetelmää raportoidessa, mutta epäolennaisia asioita tuli silti esiin raportilla ja tämä pitkitti raportin kestoja. Kyselytutkimuksen vastaukset taas osoittivat, että vastaajat kokivat vuoronvaihtotilanteissa tapahtuvat raportointitilanteet rauhattomiksi ja raportoinnin kerrottiin olevan kerronnallista. Vastuksissa tuotiin esille, että raportointia toivottiin kehitettävän niin, että siihen olisi tietyntyylinen malli, jonka mukaan edetä. Opinnäytetyössä tuotettiin tutkimustulosten pohjalta raportointimalli käytettäväksi osastolla raportointitilanteissa. Posterissa otettiin huomioon havainnoissa esille tulleet haasteet ja pyrittiin luomaan selkeä ja yksinkertainen malli raportointiin vuoronvaihtotilanteissa sekä raportoidessa toiseen yksikköön tai lääkärille.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten perusteella Lapinlahden terveyskeskuksen vuodeosasto saa tietoa haasteista, jotka liittyvät suulliseen raportointiin osastolla. Osastolla voidaan myös jatkossa hyödyntää opinnäytetyössä tuotoksena tulutta raportointimallia ja selkeyttää raportointia. Tutkimusta on myös mahdollista jatkaa tulevaisuudessa tutkimalla, onko raportointi osastolla kehittynyt parempaan suuntaan ISBAR-menetelmän hyödyntämisen ja raportointimallin myötä.</p>			
Avainsanat ISBAR, raportointi, potilasturvallisuus, terveyskeskus, vuodeosasto			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Hanna Kiviharju and Mirka Mönttinen			
Title of Thesis Reporting model for Lapinlahti health care centre's inpatient ward using ISBAR method			
Date	11.4.2019	Pages/Appendices	36/2
Supervisor(s) Susanne Hämäläinen			
Client Organisation /Partners Lapinlahti health care centre/ Merja Virkkunen, chief of nurses			
<p>Abstract</p> <p>The ISBAR method is used to support reporting and communication in shift change reporting and other information exchange. Most of the situations endangering patient safety are connected with communication issues, and by using the ISBAR method when reporting patient safety is improved and the method also standardises the communication between the parties. This thesis was carried out as a development work the aim of which was to chart the issues of reporting and to find out the time used on reporting. The purpose of the thesis was to develop and standardise reporting during shift change in the ward. The aim was also to improve reporting by reducing the time used on reporting. Based on the study results, a poster was made using the ISBAR method for the inpatient ward of the health care centre of Lapinlahti. The poster is meant to be used as a checklist for reporting.</p> <p>The research on reporting was conducted as a development study, using qualitative study methods in the collection and analysis of data. Eight nurses participated in the research. Data was collected by observing a simulated situation, where the participants gave a report on fictional patients to the other participants. In the observation usage of the ISBAR method, the time used to reporting and other points were taken into account.</p> <p>The research results showed that giving verbal report takes too much time in the ward and its content is partly defective. Some of the participants used the ISBAR method when giving a report, but non-essential information came up and this prolonged the report. The research results revealed that the respondents felt that in a change of shift the reporting situation is unsettled and reporting is narrative. It was brought up in the answers that the respondents wished reporting to be developed in a way that gives a certain pattern how to give a report. Based on the research results of this thesis, a printed reporting model was made to be used in the reporting situation of the ward. In this reporting model the observed challenges were taken into account and the model was striven to be explicit and simple to be used in a shift change report and also when reporting to another nursing unit or to a doctor.</p> <p>The outcome of this thesis provides the inpatient ward of Lapinlahti Health care centre information on the challenges of the ward regarding verbal reporting. In the future the ward can use the reporting model which was a product of this thesis and thus standardise reporting. A topic for further study could be doing research on whether reporting in this specific ward has gone into a better direction by using the ISBAR method and the reporting model.</p>			
Keywords ISBAR, reporting, patient safety, health care centre, inpatient ward			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	5
2	POTILASTURVALLISUUS HOITOTYÖSSÄ.....	6
3	TIEDONKULKU HOITOTYÖSSÄ .....	8
3.1	Rakenteinen hoitotyön kirjaaminen hoitotyön prosessin mukaan .....	8
3.2	Suullinen raportointi .....	9
3.3	Vuoteenvierusraportointi .....	9
3.4	Tarkistuslistan käyttö hoitotyössä.....	10
3.5	ISBAR-menetelmän mukainen raportointi .....	11
4	TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	14
5	TYÖN TOTEUTUS .....	15
5.1	Kehittämistutkimus .....	15
5.2	Laadullinen tutkimus .....	16
5.3	Aineistonkeruu.....	16
5.4	Aineiston analysointi .....	18
5.5	Posterit .....	18
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	20
6.1	Havainnoinnin purku .....	20
6.2	Kyselyn tulokset ja analysointi .....	24
7	POHDINTA.....	27
7.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	28
7.2	Ammatillinen kasvu .....	32
7.3	Opinnäytetyön merkitys.....	33
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT .....	34
	LIITE 1: KYSELYLOMAKE.....	37
	LIITE 2: POSTERI .....	38

## 1 JOHDANTO

Noin 70 prosenttiin terveydenhuollon haittatapahtumista osatekijöinä on ollut erilaiset informaatio-ongelmat (Sairaanhoitajaliitto 2014). Yksi näistä riskitekijöistä on standardisoitujen toimintatapojen puute raporttia antaessa terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä esimerkiksi, kun vuoro vaihtuu tai potilas siirtyy toiseen hoitoyksikköön. Hoitajilla raportinanto potilaasta on usein kerronnallista ja kuvailevaa. (Achrekar ym. 2016, 46.) Suomessa käytetty ISBAR-raportointimenetelmä on mukautettu Yhdysvalloissa kehitetystä SBAR-menetelmästä. ISBAR muodostuu englanninkielisistä sanoista *Identify, Situation, Background, Assessment ja Recommendation*, jotka kääntyvät suomeksi Tunnistaminen, Tilanne, Tausta, Nykytilanne, Toimintaehdotus. (Kupari ym. 29–30.) SBAR-menetelmän on todettu olevan tarkka ja tehokas ja on tätä kautta parantanut potilaiden parantumismahdollisuuksia. SBAR-menetelmä yhdistettynä hyvään kliiniseen arviointikykyyn sekä kriittiseen ajattelutapaan parantaa kommunikaatiota eri hoitotahojen välillä. Hoitajien kirjaukset potilaasta tulevat olla hänen sen hetkistä tilannettaan kuvaavia jokaisen vuoron aikana ja kirjausten tulee pitää sisällään kaikki hoitotoimenpiteet. (Achrekar ym. 2016, 46.)

Raportointia ja kirjaamista on tutkittu paljon ja se kehittyy jatkuvasti. Esimerkiksi HUS:in osasto K10 on osallistunut vuosina 2001-2002 osaston sisäiseen kehittämishankkeeseen raportoinnin muuttamiseksi yhdessä muiden osastojen kanssa. Kehittämishankkeen tuloksia mitattiin arvioimalla hoitajien käyttämää työaika raportointiin ennen ja jälkeen raportointikäytännön muutoksen. Tiedottamiseen tutkittiin kuluneen ennen muutosta keskimäärin 17 tuntia vuorokaudesta, ja tästä 7 tuntia raportointiin. Käytännön toiminnan muutos vähensi raportteihin kulunutta työaika keskimäärin 3,5 tuntia vuorokaudessa. Kirjaamiseen ja sairaskertomuksiin tutustumiseen meni enemmän aikaa muutoksen tuloksena. Hoitajat itse kokivat muutoksen seurauksena kirjaamisen parantuneen, välittömän potilastyön lisääntyneen, työn muuttuneen mielekkäämmäksi sekä potilaan näkökulman hoidon suunnittelussa tulevan paremmin esiin. (Turtiainen 2005, 127–128.)

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Lapinlahden terveyskeskuksen vuodeosasto. Osastolla on 30 potilaspaiikkaa, joissa hoidetaan päiväpotilaita, lyhyt- ja pitkäaikaispotilaita sekä saattohoitopotilaita. Vuodeosastolla on käytössä arkisin omat lääkärit, muina aikoina yhteys otetaan päivystävään lääkäriin. Käytettävissä on myös muun muassa fysioterapeutti, puheterapeutti sekä ravitsemusterapeutti tarpeen mukaan. Lapinlahden vuodeosastolla työskentelee osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, puolipäiväisiä lääkäreitä, sairaanhoitajia, perus- ja lähihoitajia sekä laitosapulaisia ja osastonsihteereitä. Hoitotyötä tehdään kahteen moduuliin jaettuna, joista vastaavat kyseisellä alueella työvuorossa olevat hoitajat. (Lapinlahden kunta s.a.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Lapinlahden vuodeosaston raportointiin käytettävää aikaa ja siihen liittyviä haasteita sekä luoda osastolle posterityylinen ohjeistus raportoinnin selkeyttämiseksi ISBAR- menetelmää hyödyntäen. Osaston toiveena on selkeyttää raportointia niin, että suullisessa raportissa tulisi esille vain oleelliset potilaan hoitoon liittyvät asiat. Lähtötilanteessa raportointiin kuluva aika on ollut keskimäärin 1–2 tuntia. Opinnäytetyön tavoitteena on yhtenäistää suullista raporttia ja siten myös lisätä potilasturvallisuutta.

## 2 POTILASTURVALLISUUS HOITOTYÖSSÄ

Potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että potilas saa tarvitsemansa oikean hoidon turvallisesti. Käytännössä tämä tarkoittaa, että terveydenhuollossa toimivat ammattihenkilöt, toimintayksiköt sekä organisaatiot noudattavat sovittuja periaatteita ja toimintamalleja, joilla potilasturvallisuus varmistetaan. Terveydenhuoltolaki käsittelee potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon toimintaa ja määrittää sen, miten tulisi toimia, jotta toiminta olisi potilasturvallista. (THL 2011.) Potilasturvallisuustyötä on tehty ympäri maailman jo vuosien ajan. Tanska on Pohjoismaiden edelläkävijä, mutta myös Ruotsissa on aktivoitunut potilasturvallisuuden edistämiseen hyvin. WHO:lla on oma organisaatio, jonka tavoitteena on tukea jäsenvaltioiden potilasturvallisuuden kehittymistä ja potilasturvallisuutta edistävien menetelmien käyttöä. (Peltomaa 2009, 17–22.)

Terveydenhuoltolaki määrittää laadun ja potilasturvallisuuden näin:

*Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.*

*Kunnan perusterveydenhuollon on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, jollei siitä muutoin erikseen sovita.*

*Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa.*

*Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään asioista, joista on suunnitelmassa sovittava. (Terveydenhuoltolaki 2010, § 8.)*

Potilasturvallisuus on jokaisen työntekijän vastuulla. Potilasturvallisuuden kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi on olemassa erilaisia työkaluja, kuten tarkistuslistoja. Jokaisella näistä työkaluista on potilasturvallisuuden lisäksi jokin erityinen käyttöalue, kuten toiminnan tarkistus. (Aaltonen ja Rosenberg 2013, 16.)

Potilasturvallisuuden takaamiseksi on hoito standardisoitava nykyaikaisten ja näyttöön perustuvien suositusten mukaan. Selkeät toimintaohjeet yksikkökohtaisesti erilaisiin hoitotilanteisiin ovat osa potilasturvallisuuden ylläpitoa. Kun hoito on näyttöön perustuvaa ja sitä mitataan ja analysoidaan, voidaan potilaalle taata mahdollisimman hyvä ja laadukas hoito. (Aaltonen ja Rosenberg 2013, 17.)

Viestintään liittyvät ongelmat myötävaikuttavat noin 65 prosentissa tapahtuneista haittatapahtumista. Tiedottamisen aktiivisella hyödyntämisellä voidaan parantaa hoidon turvallisuutta, laatua sekä kustannustehokkuutta. Kommunikointia ja tiedonkulkua on pyritty parantamaan erilaisten työkalujen avulla, kuten ISBAR-menetelmällä ja MEWS-pisteytysjärjestelmällä. (Kinnunen ja Peltomaa 2009, 86–88.)

Suomessa MEWSin sijaan laajimmin käytössä on NEWS, Aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä. Lyhenne NEWS tulee sanoista *National Early Warning Score*. NEWS on alun perin kehitetty tunnistamaan vuodeosastopotilaan voinnin heikkeneminen, sittemmin sen on todettu olevan luotettava mittari myös muissa hoitoympäristöissä, kuten päivystyksessä. NEWS pisteytysjärjestelmässä potilaan

vitaalielintoiminnot eli hengitystaajuus, happisaturaatio, lisähapen käyttö, systolinen verenpaine, syketaajuus, tajunnan taso ja lämpötila mitataan ja taulukon mukaisesti näistä annetaan pisteet, jotka määrittelevät sen onko potilaan tila heikentynyt. (Sairaanhoitajaliitto 2018.)

Haittatapahtuma tarkoittaa tilannetta, jossa potilaalle tapahtuu vaaratapahtuma, joka aiheuttaa potilaalle haittaa (Knuutila, Ruuhilehto ja Wallenius 2007). Potilasturvallisuuteen liittyy sekä läheltä piti-tapahtumia, joissa tilanne olisi voinut aiheuttaa potilaalle haittaa sekä haittatapahtumia, joissa tilanne on päässyt aiheuttamaan potilaalle jonkinlaisen haitan. Potilasturvallisuus koostuu hoitoturvallisuudesta (hoitomenetelmien turvallisuus ja hoitamisen turvallisuus), laiteturvallisuudesta (laitteiden turvallisuus ja käyttöturvallisuus) sekä lääketurvallisuudesta (lääkkeen haittavaikutus tai lääkityspoikkeaman tai virheen seuraus). (Rohto 2007, 7.)

Suomessa on käytössä HaiPro-järjestelmä, jonka avulla työntekijät ilmoittavat vaara- ja haittatapahtumista eteenpäin ja näin ne menevät johdon tietoon ja käsiteltäväksi. Haittatapahtumia voi syntyä useiden eritekiöiden vuoksi, ja yksi näistä tekijöistä voi olla suulliseen tiedonkulkuun ja viestintään liittyvä tapahtuma kuten, että välitetty tieto on ollut puutteellinen, väärä tai epätarkka. (HaiPro 2009, 2–5.)

### 3 TIEDONKULKU HOITOTYÖSSÄ

Potilaskertomukseen kirjataan keskeiset tiedot potilaan hoitoon liittyen jokaisesta palvelutapahtumasta. Sairauteen ja hoitoon liittyvistä merkinnöistä on tultava ilmi tarkasti diagnoosi sekä valitun hoidon ja tehtyjen hoitoratkaisuiden perusteet. Lisäksi kirjataan hoidon toteutus, hoidon aikana ilmenneet erityishuomiot ja ratkaisut. Myös kaikki annetut lääkemääräykset, lääkärinlausunnot, sairaustodistukset, työkyvyttömyystodistukset ja muut todistukset sekä kuntoutussuunnitelma tulee kirjata potilaskertomukseen niiden antamisajankohdan mukaan. Potilaan itsemääräämisoikeuden rajoittamistilanteissa mielenterveyslain (1990), päihdehuoltolain (1986) sekä tartuntatautilain (1986) tai muun lain nojalla tulee potilastietoihin kirjata tästä merkintä, jossa ilmenee toimenpiteen syy, luonne ja kesto, arvio vaikutuksesta sekä toimenpiteen määränneen lääkärin ja suorittajien nimet. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala ja Vuorinen 2012, 43.)

Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi hoitotyön keino on raportointi. Raportointia toteutetaan sekä suullisesti että kirjallisesti. Näin turvataan hoidon jatkuvuus työvuorojen vaihtuessa sekä potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen. Raportoinnissa käytetään pohjana potilasasiakirjoja sekä hoitosuunnitelmaa. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52.) Pelkkä suullinen raportointi muistinvaraiseen tietoon perustuen vaarantaa potilasturvallisuuden ja hoitohenkilökunnan oma oikeusturva heikkenee (Salo 2005, 125).

#### 3.1 Rakenteinen hoitotyön kirjaaminen hoitotyön prosessin mukaan

Hoitotyön ja sen kirjaamisen tulisi perustua näyttöön. Näyttöön perustuvan kirjaamisen tavoitteena on, että

- potilaat itse saavat asiakirjoistaan luotettavaa tietoa hoidostaan ja terveyttään koskevista asioista,
- hoitotyössä ei käytetä tehottomia tai ilman tieteellistä näyttöä olevia auttamiskeinoja,
- voimavarat kohdistetaan oikein ja taloudellisesti ja
- suullisesta ja epävarmasta muistinvaraisesta raportoinnista voidaan luopua. (Hallila 2005, 13.)

WHO on tehnyt päätöksenteon prosessimallin sähköisestä ja rakenteisesta kirjaamisesta. Rakenteisessa kirjaamisessa pohjana käytetään FinCC (*Finnish Care Classification*), joka pohjautuu Virginia Saban kehittämään kirjaamismallin. FinCC muodostuu suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta, suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta sekä suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta. Näistä tarve ja toimintoluokituksissa on kolme tasoa: komponentti, pääluokka ja alaluokka. Tulosluokitus on jaettu kolmeen eri tulokseen: parantunut, ennallaan tai huonontunut. Näiden luokitusten lisäksi potilaasta kirjataan vapaata kuvailevaa tekstiä, jolla kirjaamisesta tulee yksilöllistä ja potilaslähtöistä. Hoitotyön prosessissa on viisi eri vaihetta, jotka ovat hoidon tarve, hoidon tavoitteet, suunnitellut toiminnot, hoitotyön toiminnot ja toteutus sekä hoidon tulokset. Koko hoitotyön prosessin ajan toteutetaan arviointia potilaan tilasta. Hoitojakson päätyttyä tehdään arvioiva hoitotyön yhteenveto. (Iivanainen ja Syväoja 2012, 15.)

Kirjallinen eli hiljainen raportointi tarkoittaa käytännössä sitä, että kun työntekijät tulevat työvuoroon, he tutustuvat heidän vastuullaan olevien potilaiden tietoihin sähköisestä potilaskertomuksesta. Hiljaisessa raportoinnissa tärkeää on tarkka, huolellinen ja vastuullinen kirjaaminen. Tarvittaessa kirjallista raporttia voidaan täydentää suullisella raportoinnilla. Hoitajalla on myös velvollisuus täsmentää ja täydentää kirjallisesta raportista saatuja tietoja, jos tähän on tarvetta. Kirjallisen raportoinnin on todettu säästävän aikaa ja tehostavan laadukasta kirjaamista. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52.)

Hiljaiseen raporttiin siirtymistä on tutkittu kyselyn muodossa neljän sairaanhoitopiirin vuodeosastojen henkilökunnalta vuonna 2014. Tutkimuksen tuloksena selvisi, että hiljaiseen raportointiin siirtyessä henkilöstöltä vaaditaan motivoituneisuutta muutokseen, henkilökunnan kuulemista sekä koulutusta aiheeseen liittyen. Hoitohenkilökuntaa koettiin tarvitsevan enemmän siirtymässä hiljaiseen raportointiin, jotta potilasmäärä hoitajaa kohden olisi riittävä. Myös toimivia työtiloja ja riittäviä työvälineitä katsottiin tarvittavan enemmän hiljaisella raportilla. Hiljaisen raportoinnin myös koettiin vievän enemmän aikaa kuin suullisen raportin, joten siihen varatun ajan lisääminen oli tarpeen. Myös potilastietojärjestelmät ja kirjaamisen laatu koettiin ongelmaksi, johon tulisi saada lisää koulutusta ja kehitystä. (Immonen, Laitila, Leikkola ja Pitkänen 2016, 33–37.)

### 3.2 Suullinen raportointi

Suullisia raportteja käytetään muun muassa vuoronvaihtojen yhteydessä sekä lääkärinkierroilla. Vuoronvaihtojen yhteydessä pidettävissä raporteissa vuorossa ollut hoitaja antaa suullisen raportin vuoroon tulevalle hoitohenkilökunnalle. Raportissa kerrotaan potilaiden hoitoon ja vointiin liittyviä asioita. Raporttia vastaanottavat hoitajan tekevät muistiinpanoja, jotta potilaan hoidon jatkuvuus turvataan. Muistiinmerkittäviä tietoja ovat esimerkiksi huoneen numero ja vuodepaikka, nimi, ikä, diagnoosi, perussairaudet, mahdolliset allergiat, lääkärin määräykset, tehdyt ja suunnitellut toimenpiteet, potilaan nykyinen vointi sekä muut huomioitavat asiat ja lääkehoito. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52.)

Suullinen raportointi vie aikaa, mutta antaa mahdollisuuden hoitohenkilökunnalle keskustella potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Suullisen raportoinnin etuna on myös, että siinä hoitajat pääsevät tuomaan omia näkökulmiaan esiin ja kokonaisuuden hahmottaminen ja hoito paranevat. Raportointitilaisuuksissa voidaan myös tiedottaa muista tärkeistä asioista koko vuorossa olevalle työryhmälle. Suullisen raportoinnin yhteydessä kokenut ammattilainen pystyy myös siirtämään tietoaan uudelle työntekijälle helpommin. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52.)

### 3.3 Vuoteenvierusraportointi

Vuoteenvierusraportoinnissa raportointi tapahtuu potilaan vuoteen vierellä. Tällöin raportin vastaanottaja saa välittömän kuvan potilaan voinnista. Tässä raportointimenetelmässä pystytään ottamaan potilas hyvin mukaan raportointiin. Potilaalta on kysyttävä lupa raporttiin ja käytettävän kielen tulee

olla ymmärrettävää. Vuoteenvierusraportointi mahdollistaa potilaan osallistumisen hoitoon ja raportin yhteydessä hänelle voidaan antaa ohjausta ja neuvontaa. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 52–53.)

Vuoteenvierusraportointia on tutkittu muun muassa Kurikan terveyskeskuksen vuodeosastolla vuonna 1993. Tutkimuksessa vuoteenvierusraporttia käytettiin päiväraportin yhteydessä, tämän jälkeen hoitohenkilökuntaa pyydettiin vastaamaan kyselyyn vuoteenvierusraportoinnin hyödyistä ja haitoista. Kyselylomakkeen täytti 21 osaston hoitajaa. Myönteiseksi nähtiin se, että työvuoroon tuleva hoitaja näkee heti raportoinnin yhteydessä potilaan voinnin ja tämänhetkisen kunnon, välitön viestintä paranee potilaan kanssa sekä myös yhteydenpito omaisiin koettiin helpottuvan. Haitoiksi koettiin, että osan hoitajien mielestä raportti jäi vajaaksi tällä tavoin, koska joistakin potilaan hoitoon liittyvistä asioista oli hankala puhua potilaan läsnä ollessa. Seisominen, seisten kirjoittaminen ja potilasasiakirjojen käsittely koettiin myös hankalaksi. Raportointitilanteen rauhattomuus potilashuoneessa koettiin ongelmaksi, potilaan vieraiden läsnäolo sekä potilaan intimitteettisuojaan liittyvät ongelmat koettiin haitaksi. Hoitajat myös kokivat, että levottomat potilaat häiriintyivät siitä, kun tultiin isolla joukolla huoneeseen raportoimaan. Vastaaajista 86 % halusi kyselyn mukaan palata kokeilun jälkeen takaisin kansliaraporttiin. (Kuuppelomäki 1994, 172–175.)

### 3.4 Tarkistuslistan käyttö hoitotyössä

Erilaisia tarkistuslistoja käytetään muun muassa diagnostiikassa, lääkkeiden sivuvaikutusten arvioinnissa sekä tehohoidossa. Potilasturvallisuuden kannalta merkittävin yksittäinen tarkistuslistan käyttöindikaatio löytyy kirurgiasta. (Pesonen 2011, 1.) Kirurgian tarkistuslistan käyttö toteutuu käytännössä niin, että kolmivaiheisen listan kohdat todetaan ääneen ennen anestesian alkua, ennen ensimmäistä viiltoa sekä ennen potilaan siirtoa heräämööseen leikkauksen päätyttyä. Salissa valvova sairaanhoitaja lukee listan kohtakohtalta ja kussakin kohdassa hänelle vastaa kyseisestä asiasta vastuussa oleva henkilö lyhyesti ja yksiselitteisesti. Tarkistuslistassa ennen anestesian alkua varmistetaan, että kyseessä on oikea potilas ja leikkaus sekä että leikkausalue on merkitty oikein. Tässä vaiheessa varmistetaan myös, että potilas tietää millainen leikkaus on kyseessä, leikkauspäätös on tehty potilaan kanssa yhdessä sekä että leikkauspäätös on kirjattu potilaskertomukseen. Varmistetaan pulssioksimetrin toimivuus, arvioidaan potilaan vuotoriski, mahdolliset hengitystieongelmat, allergiat ja anestesiariskit sekä varmistetaan että potilaalle on laitettu laskimokanyyli ja että suunniteltu suonensisäinen nesteytys on aloitettu. Suomalaisessa versiossa usein tässä kohtaa varmistetaan myös se, että anestesiavälineistön toimivuus on testattu, potilaan ASA-luokitus, pituus ja paino on tiedossa sekä että potilas on esilääkitty ja tromboosiprofylaksia, potilaan vuotovaara sekä muut lääkkeet on huomioitu, laboratorio vastaukset on tarkistettu, potilaan perussairaudet ovat tiedossa sekä tiedetään, onko potilaalla implantteja tai proteeseja. (Karma, Kinnunen, Palovaara ja Perttunen 2016, 20–21.)

Seuraava leikkaussalissa käytettävän tarkistuslistan osa käydään läpi ennen ensimmäistä viiltoa, tällöin varmistetaan, että salissa oleva henkilöstö on esittäytynyt toisilleen ja kertoneet tehtävänsä toimenpiteen aikana. Tällöin varmistetaan toistamiseen, että potilas ja leikkauskohta ovat oikeat. Tä-

män jälkeen tarkistuslistan mukaan tiimi käy yhdessä läpi kriittiset vaiheet toimenpiteessä ja varmistetaan että tarvittaessa antibioottiprofylaksia on annettu sekä että radiologiset kuvat ovat näkyvillä. Tarkistus listan viimeisessä vaiheessa, mikä toteutetaan ennen potilaan siirtoa heräämöhön, varmistetaan että diagnoosi sekä operaatio on kirjattu, toimenpiteessä käytetyt instrumentit, taitokset ja neulat on laskettu ja ne täsmäävät, mahdolliset näytteet on käsitelty oikein, todetaan, onko laitteistossa tai välineistössä ilmennyt jotain korjattavaa, sekä käydään läpi pääpiirteittäin potilaan postoperatiivinen hoito. (Karma, Kinnunen, Palovaara ja Perttunen 2016, 20–21.)

Tutkimus tarkistuslistan toimivuudesta leikkaussalissa julkaistiin vuonna 2010. Tähän tutkimukseen otti osaa kahdeksan sairaalaa eripuolilta maailmaa, Jordaniasta, Intiasta, Yhdysvalloista, Tansaniasta, Filippiineiltä, Kanadasta, Iso-Britanniasta sekä Uudesta Seelannista. Tutkimuksessa olevat potilaat olivat yli 16-vuotiaita ja vaatimuksena oli, ettei heille tehty sydänleikkausta. Kahdeksan sairaalan leikkaustuloksia tarkasteltiin ensin niin, ettei heillä ollut tarkistuslistaa käytössä. Tarkastelujakson jälkeen sairaaloille esiteltiin WHO:n luoma 19-kohtainen kirurgian tarkistuslista ja tutkijat. Leikkaustulemia vertailtiin ennen ja jälkeen tarkistuslistan käyttöön oton ja tulokset olivat huomattavat. Leikkausten komplikaatiot vähenivät 18,4 prosentista 11,7 prosenttiin ja kuolemat 3,7 prosentista 1,4 prosenttiin. (Weiser ym. 2010.) Perioperatiivisessa toimintaympäristössä tarkistuslistaa käytetään potilasturvallisuuden lisäämiseksi sekä yhteistyön ja tiedonvälityksen parantamiseksi (Karma ym. 2016, 20–21).

### 3.5 ISBAR-menetelmän mukainen raportointi

Potilas- ja työturvallisuuden kannalta sekä suullinen että kirjallinen kommunikaatio ovat erittäin tärkeitä ja noin 70 % terveydenhuollon haittatapahtumiin vaikuttavat tiedonkulun katkeaminen sekä väärinkäsitykset. (Sairaanhoitajaliitto 2014.) Yhdysvaltojen merivoimista peräisin oleva SBAR-menetelmä (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*) luotiin suullisen tiedonkulun yhdenmukaistamiseksi tehtävän jaossa sukellusveneissä. Terveydenhuoltoon otettiin käyttöön SBAR-menetelmä, kun Kaiser Permanente-organisaatio esitteli sen vuonna 2003 kommunikaatioviitekehystenä lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä. Alun perin SBAR-menetelmän käyttö kaavailtiin akuuttitilanteisiin, mutta sen on myös huomattu lisäävän terveydenhuollon työntekijöiden tyytyväisyyttä kommunikaatioon sekä lisännyt kommunikaation täsmällisyyttä. (Shahid ja Thomas 2018, 2.) Hoitajilla potilaan tilanteesta kertominen on usein kuvailevaa ja kerronnallista, kun taas lääkärit haluavat kuulla vain pääkohdat potilaan tilanteesta. Kommunikaatiotyötylien välistä rakoa sulkee SBAR-menetelmä edesauttaen osapuolia ymmärtämään toisiaan paremmin. Menetelmää käytetään eritoten lääkärin ja hoitajan välillä sairaanhoitajan konsultoidessa potilaan muuttunutta tilannetta ja hoitajien välillä vuorovaihdossa sekä potilaan siirtyessä toiseen hoitoyksikköön. (Achrekar ym. 2016, 46.) Suomalaisessa terveydenhuollossa SBAR-menetelmä on mukautettu ISBAR-menetelmäksi (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation) (Sairaanhoitajaliitto 2014).

ISBAR-menetelmä on strukturoitu informaation selkeyttämisen- ja tiivistämismenetelmä, joka mahdollistaa järjestelmällisen kommunikaation eri hoitotahojen ja ammattiryhmien välillä raportoidessa tai

konsultoidessa potilaan tilanteesta. ISBAR-menetelmää käytetään niin, että ennen raporttia selvitetään sen hetkiset potilaan peruselintoiminnot. Kiireettömässä tilanteessa kerrotaan myös potilaan päädiagnoosi, lääkitys, allergiat, nestetasapaino, olennaiset tehdyt tutkimukset esimerkiksi laboratorio- ja kuvantamistutkimukset ja hoitolinjaukset sekä mahdollinen eristystarve. Kiireettömässä tilanteessa raportin saajalle kerrotaan myös tuoreimmat sairauskertomusmerkinnät. Raporttia antaessa on käytettävä selkeitä, yksiselitteisiä ilmauksia ja varmistettava että annettu raportti on ymmärretty virheettömästi. (Kupari ym. 2012, 29.) Raportointi tilanne etenee seuraavanlaisesti.

**I (identify) eli tunnista.** Raportin antaja tunnistaa raportin vastaanottajan. Raportin antaja esittelee itsensä, eli kertoo nimensä, ammattinsa ja yksikön missä työskentelee. Lisäksi kerrotaan potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus. (Kupari ym. 2012, 29-30.)

**S (situation) eli tilanne.** Raportin antaja kertoo syyn raportointiin. Tässä kohdassa määritellään ongelma ja arvioidaan tilanteen kiireellisyys. (Kupari ym. 2012, 29–30.) Potilaan nykytilanne kerrotaan tiiviisti ja lyhyesti. (Kupari ja Rantanen 2012, 22.)

**B (background) eli tausta.** Kerrotaan potilaan hoitoon liittyvät taustatiedot, olennaiset perussairaudet sekä niihin liittyneet hoidot ja ongelmat. Kerrotaan myös olennaiset aikaisemmat sairaudet. Raportin antaja kertoo kyseisen hoitojakson aikana tehdyt keskeiset tutkimukset, toimenpiteet sekä hoitolinjauksen. Mikäli potilaalla on allergioita tai potilaan tila vaatii eristystoimenpiteitä, nämä kerrotaan tässä vaiheessa. (Kupari ym. 2012, 29–30.)

**A (assessment) eli nykytilanne.** Tässä kohdassa raportin antaja kertoo potilaan viimeisimmät, ennen raportin antoa mitatut ja havainnoidut peruselintoiminnot. Raportin antaja selittää lyhyesti potilaan nykytilan sekä potilaan voinnin muutokset hoidossa olon ajalta. Raportin antaja voi kertoa oman näkemyksen potilaan voinnista ja mahdollisesti pyytää raportin vastaanottajalta arviota tilanteesta. (Kupari ym. 2012, 29–30.)

**R (recommendation) eli toimintaehdotus.** Raportin antaja tekee toimintaehdotuksen, varmistaa yksimielisyyden hoidon jatkosta ja aikataulusta. Toimintaehdotus voi olla esimerkiksi tarkkailun lisääminen, tietty toimenpide, potilaan siirto toiseen hoitoyksikköön tai muutos potilaan hoitosuunnitelmaan. Mikäli tilanne on kiireellinen, raportin antajan tulee vaatia ripeää toimintaa. Saatuaan ohjeet ja määräykset raportin antaja toistaa ja kirjaa ne. (Kupari ym. 2012, 29–30.)

Lopuksi, raportin tai konsultoinnin päätyttyä, kummallakin osapuolella tulee olla mahdollisuus kysymyksiin. Potilaan turvallisuuden takaamiseksi raportointitilanne vaatii tarkkaa kuuntelemista ja aktiivista vuorovaikutusta. Lisäksi raportoinnin tulee tapahtua mahdollisimman rauhallisessa ympäristössä. ISBAR-menetelmä vaatii toimiakseen ammattiryhmien sitoutumista sen toteuttamiseen ja kouluttautumista, jotta se saadaan vakiintuneeksi toimintamenetelmäksi työyhteisössä. Koulutus ISBAR-menetelmän käyttöön vaatii esimiehen tukea ja menetelmän käyttöönottoa edesauttavat työtovereiden tuki, esimerkin näyttäminen sekä menetelmän harjoittelu esimerkiksi simuloituissa tilanteissa. (Kupari ja Rantanen 2012, 22.)

ISBAR-menetelmän käyttöä raportoinnissa on opinnäytetyönä tutkittu Kainuun sosiaali- ja kuntayhtymän viiden erikoissairaanhoidon yksikön välisessä raportoinnissa. Tutkimustulosten mukaan vertaillaessa eri vuodeosastojen hoitajien ISBAR-menetelmän käyttöä oli osastojen välissä eroja käyttöasteessa. Raportoinnin koettiin kehittyneen ISBAR-menetelmän käyttöön oton jälkeen ja etuna pidettiin sen loogisuutta ja järjestelmällisyyttä. Useat kyselyyn vastanneet kokivat raportoinnin selkeytyneen. Myös osastolla esillä olleiden tukimateriaalien koettiin edistävän ISBAR-menetelmän käyttöä. (Heiskanen 2016, 30–34.)

#### 4 TYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Lapinlahden vuodeosaston raportointiin käytettävää aikaa ja liittyviä haasteita ja luoda osastolle posterityylinen ohjeistus raportoinnin selkeyttämiseksi ISBAR-menetelmää hyödyntäen. Koska terveydenhuollossa useat haitta- ja vaaratapahtumat johtuvat joko kokonaan tai osittain raportointiin liittyvistä ongelmista, oli opinnäytetyömme tarkoituksena edistää myös osaston potilasturvallisuutta. Simulaatiotilannetta varten tarkoituksena meillä oli luoda mahdollisimman todenmukaiset potilaan, jotka olisivat samankaltaisia kuin osaston oikeasti hoidossa olevat potilaat.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää ja yhtenäistää osaston raportointia vuoron vaihtojen yhteydessä, lyhentäen siihen käytettyä aikaa ja varmistuen, että hoitajat kertovat raportilla kaiken oleellisen potilaista. Tähän tavoitteeseen päästiin analysoimalla kerätyt havainnointi- ja kyselyaineistot ja luoden sen pohjalta posterityylinen tarkistuslistan, jota raportin annossa voidaan käyttää. Tarkistuslistan runkoon hyödynnettiin ISBAR-menetelmää. Koska opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa raportin täsmällisyyttä, tutkimusmenetelmänä käytettiin kehittämistutkimusta sekä tutkimusaineiston keruussa ja analysoinnissa laadullisen tutkimuksen metodeja.

## 5 TYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyömme oli kehittämistutkimus, jossa käytimme laadullista tutkimusotetta selvittääksemme raportointiin liittyvät ongelmakohdat. Aluksi keräsimme teorian tietoa potilasturvallisuudesta sekä ISBAR-menetelmästä, jonka jälkeen havainnoimme Lapinlahden terveystieteiden osaston hoitajien suullista raporttia. Teimme kuvitteellisia potilastapauksia, joista hoitajat antoivat meille raportin. Potilastapauksia teimme yhteensä neljä, joista saimme hoitajilta kahdeksan suullista raporttia, tutkimukseen tuli osallistua kahdeksan osastolla hoitotyössä toimivaa työntekijää. Varmistaaksemme, että kuvitteelliset potilaat olivat hoitotarpeiltaan samankaltaisia kuin osastolla hoidettavat varsinaiset potilaat, lähetimme ennen havainnointivaihetta potilastapaukset vuodeosaston osastonhoitajan luettavaksi ja tarkistettavaksi. Potilastapauksissa oli niin olennaisia kuin epäolennaisia tietoja ja tarkoituksena oli selvittää näkevätkö hoitajat mitkä tiedot ovat olennaisia raportilla. Havainnoimme samalla raportin kuuntelutaitoja, kun tilassa on kaksi hoitajaa, joista toinen antaa raporttia ja toinen kuuntelee sitä muistiinpanoja ottaen. Havainnointitilanteen jälkeen tutkittavilla henkilöillä oli mahdollisuus tuoda ilmi nimettömästi omia tuntemuksiaan vuoronvaihtoraportin ongelmista kirjallisesti.

Kävimme marraskuussa 2018 Lapinlahdella yhdessä vuodeosaston osastonhoitajan kanssa ideapalaverin, jossa sovimme opinnäytetyön toteutuksesta sekä aikataulusta. Palaverissa kävimme läpi erilaisia vaihtoehtoja työn toteutukseen. Päädyimme siihen, että teemme tutkimuksen osastolla selvittääksemme mikä vuoronvaihtoraportissa on ongelmana. Tämän jälkeen teemme raportointiohjauksen osastolle käyttäen ISBAR-menetelmää. Pohdimme yhdessä osastonhoitajan kanssa tutkimusmenetelmää ja päätimme, että käytämme laadullista tutkimusta osana kehittämistutkimusta. Sovimme osastonhoitajan kanssa, että käytämme kuvitteellisia potilastapauksia oikeiden potilaiden sijaan, sillä näin tiedämme kaiken tarpeellisen raportoitavista potilaista ja näin havainnoimme raportointitilanteessa on luotettavampaa. Pohdimme palaverissa alustavasti sitä, että raportoinnin keston syynä voi olla se, että potilaat ovat hoitajille jo ennestään tuttuja, jonka vuoksi keskustelu voi siirtyä epäolennaisiin asioihin ja tätä emme voi havainnoida kuvitteellisten potilaiden kanssa. Tämän vuoksi päätimme käyttää myös kyselytutkimusta, jolloin tutkimukseen osallistuvat hoitajat voivat jättää kirjallisesti ja nimettömästi omia mietteitään siitä, miksi raportointi ei ole osastolla onnistunut.

### 5.1 Kehittämistutkimus

Kehittämistutkimus ei ole itsessään erillinen tutkimusmenetelmä, vaan se on yhdistelmä eri tutkimusmenetelmiä, jotka valitaan kehityskohteen, tilanteen ja tutkimusongelman mukaan (Kananen 2015, 33). Kehittämistutkimuksen tavoitteena on muutos, jolla pyritään yleensä joko ilmiön poistamiseen tai tilanteen parantamiseen. Työ toteutetaan yleensä organisaatiolle tai yritykselle. Kohdeilmiötä on mahdollista lähestyä useasta eri näkökulmasta, sillä yksittäinen ilmiö on osa isompaa kokonaisuutta. Tutkimusongelma muutetaan tutkimuskysymykseksi, johon vastataan aineistojen avulla käyttäen aineistojen analyysimenetelmiä. Aineistot kerätään käyttäen joko laadullisen tai määrällisen

tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä. Saatujen tulosten tulee olla oikeita, luotettavia ja uskottavia. Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa tulee valita asetelmat ja menetelmät, jotka takaavat luotettavat tulokset. Tutkimustulosten hyvyydet mitataan käyttäen reliabiliteettia ja validiteettia. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten pysyvyyttä, eli mikäli tutkimus tehdään uudelleen tulokset ovat samat. Tutkimustulokset eivät tällöin voi johtua sattumasta. Validiteetilla tarkoitetaan oikeiden asioiden tutkimista. (Kananen 2015, 11–13, 112.)

## 5.2 Laadullinen tutkimus

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohta on todellisen elämän kuvaus ja tutkittava ilmiö kuvataan niin kokonaisvaltaisesti kuin on mahdollista. Aineiston keruun kannalta tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksen aineistonkeruu tapahtuu aidoissa tilanteissa ja suositetaan ihmiseltä saatua tai havainnoitua informaatiota. Vaikka saatua tietoa voidaan täydentää erilaisten lomakkeiden ja testien avulla saadulla tiedolla, laadullisessa tutkimuksessa luotetaan enemmän tutkijan havaintoihin sekä tutkittavien henkilöiden kanssa keskusteluun ja näiden tuomaan informaatioon. Tutkittava kohdejoukko valitaan tarkoituksen mukaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa on hyvä käyttää aineistonkeruutapoja, joissa tutkittavien omat näkökulmat tulee esille. Näitä tapoja ovat esimerkiksi teemahaastattelu, ryhmähaastattelu ja osallistuva havainnointi sekä erilaisten aineistojen, kuten dokumenttien ja tekstien diskursiivinen analyysi. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 161–164.)

Arvolähtökohdat muovaavat tutkijan ymmärrystapaa ilmiöstä, eikä tutkija voi olla täysin objektiivinen tutkimuksessaan, sillä tutkijan tieto aiheesta sekä selvitetty tieto liittyvät olennaisesti toisiinsa. Laadullisen tutkimuksen tulokset selittävät ilmiötä vain tietyssä paikassa ja ajassa. Tutkimuksen tavoite on löytää faktoja enemmän kuin vahvistaa jo olemassa olevia totuuksia. (Hirsjärvi ym. 2009, 161–164.)

## 5.3 Aineistonkeruu

Aineistoa kerätään työssämme kahdella tavalla. Aineistonkeruu menetelminä käytetään havainnointia sekä pienimuotoista kyselyä (liite 1), jolla kartoitamme hoitajien omia kokemuksia raportoinnista. Kyselyssä on kolme kysymystä, johon hoitajat saavat vastata niin halutessaan.

Yksi laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmistä on havainnointi. Havainnointia käytetään aineistonkeruumenetelmänä silloin, kun tutkittavasta ilmiöstä oleva tieto on vähäistä tai sitä ei ole ollenkaan. (Kananen 2017, 83.) Opinnäytetyössämme havainnoimme Lapinlahden terveyskeskuksen vuodeosaston hoitajia heidän antaessa meille raporttia kuvitteellisista potilaista, jotka luomme itse. Näin ollen raportinantotilanne toimii simulaationa. Simulaatiossa jäljitellään oikean elämän tilannetta sille oikeassa ympäristössä. Simulaatio on hyvä tapa opetella esimerkiksi viestintää tai muita asiakastai hoitotilanteita. Simulaatiot suunnitellaan vastaamaan henkilöstön tarpeita. (Turun ammattikorkeakoulu s.a.)

Havainnoimme tässä simuloidussa tilanteessa etukäteen määriteltyjä tekijöitä, kuten jättävätkö hoitajat raportista oleellisia asioita pois ja kertovatko he asioita, jotka vuoronvaihtoraporttiin ei oleellisesti kuulu. Laadullisessa tutkimuksessa havainnointimuodon valinta riippuu tutkittavasta ilmiöstä sekä siitä millä havainnointimuodolla saadaan aineistoa kerättyä tehokkaimmin. (Kananen 2017, 83.) Havainnointimuotoja ovat piilohavainnointi, suora havainnointi, osallistuva havainnointi (*shadowing*), osallistava havainnointi sekä toteutuksen mukaan tekninen havainnointi (videomateriaali, internet), havainnointi kasvotusten ja online-havainnointi, jossa havainnointi tapahtuu verkon välityksellä. (Kananen 2015, 78–79.)

Piilohavainnoinnissa tutkittava henkilö ei tiedä tutkijasta, tätä menetelmää ei usein käytetä, sillä tähän liittyy eettisiä hankaluuksia. Suorassa havainnoinnissa tutkittavat henkilöt tietävät tutkijan läsnäolosta, mutta huomioitavaa on, ettei tutkija ole itse toimijana yhteisössä. Suorassa havainnoinnissa ongelmana voi olla se, että tutkittavat henkilöt voivat muuttaa käyttäytymistään tiedostettuaan, että heitä tutkitaan ja näin mahdollisesti muuntaa tutkimustuloksia. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija on osa tutkittavaa yhteisöä, tämä vaatii yhteisön hyväksyntää tutkijan jäsenyyteen. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija työskentelee hyvin lähellä tutkittavaa ilmiötä samalla sitä havainnoiden. Osallistavassa havainnoinnissa tutkija yrittää saada yhteisössä aikaan pitkäkestoisen muutoksen. Kun käytetään aineistonkeruumenetelmänä havainnointia, todisteena aineistokeruusta tulee käyttää havainnointipäiväkirjaa. Kun tiedetään mitä havainnoidaan, havainnoitavat asiat määritellään etukäteen ja tutkija käyttää havainnoinnin apuvälineenä lomaketta, josta muodostuu havainnointipäiväkirja. Havainnointitilanne voidaan myös videoida, jolloin tutkija voi palata oikeaan tilanteeseen tarvittaessa. Materiaalia voi kuitenkin tällöin tulla hyvin paljon, jolloin sen käsittely voi olla haastavaa. Havainnointi ei ole vain tarkkailua, vaan tutkijan tulisi huomioida myös tutkittavan ilmiön kokonaisuutta. (Kananen 2017, 84–86.) Käytämme opinnäytetyössämme aineistonkeruumenetelmänä suoraa havainnointia, sillä koemme sen olevan työmme luonteeseen sopivin vaihtoehto.

Lisäksi käytämme tutkimuksessa kyselytutkimusta. Kyselymenetelmä on tehokas tapa hankkia tietoa isommalta joukolta tutkittavia ja sen analysointi on helppoa valmiiden analysointitapojen ansiosta. Kyselytutkimuksessa on myös heikkouksia. Aineistoa pidetään usein pinnallisena ja tutkimuksia teoreettisesti vaatimattomina. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Avoimen kyselylomakkeen avulla voi osallistuja itse päättää sen mitä kyselyyn vastaa. Avoimet kysymykset sallivat vastaajien vastaamisen omin sanoin, antaa mahdollisuuden tunnistaa motivaatioon liittyviä seikkoja sekä se ei ehdota vastaajalle valmiita vastausvaihtoehtoja. Lomake tulee testata etukäteen, jotta voidaan arvioida kyselyn tarkoituksenmukaisuutta ja soveltuvuutta tutkimukseen (Hirsjärvi ym. 2009, 204.) Kyselylomaketta on hyvä käyttää silloin, kun tavoitteena on saada tietää mitä ihmiset ajattelevat, kokevat, tuntevat tai uskovat. Kysymyksiä laatiessa kannattaa olla tarkkana, koska ne tekevät perustan tutkimuksen onnistumiselle. Kysymykset tulee olla samanlaisia kaikille vastaajille. Myös kyselyn ulkoasuun kannattaa kiinnittää huomiota. Suunnitelmallisesti ja tarkasti tehty kysymysaineisto on helposti analysoitavissa. Kysely tulisi laatia niin, että väärinvastaamisen mahdollisuus on mahdollisimman pieni. (Hiltunen, s.a.) Opinnäytetyössämme käytettävä kysely on

informoitu kysely, koska jaamme kyselyt henkilökohtaisesti osallistujille ja kerromme samalla tutkimuksen tarkoituksesta.

#### 5.4 Aineiston analysointi

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysi tehdään usein induktiivisesti tai deduktiivisesti. Näiden analyysitapojen erottelu perustuu niissä käytettävään logiikkaan, induktiivisessa analyysissä yksittäistapaus rinnastetaan yleiseen käsitykseen ja deduktiivisessa analyysissä yleinen ymmärrys rinnastetaan yksittäiseen tapaukseen. Muita analyysimuotoja laadullisessa tutkimuksessa ovat muun muassa aineistolähtöinen analyysi, teoriaohjaava analyysi ja teorialähtöinen analyysi. Aineistolähtöisessä analyysissä kerätystä aineistosta tehdään teorettinen kokonaisuus. Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävän asettelu määrittelevät aineistosta valikoitavat analyysiyksiköt, kuitenkin niitä etukäteen päättämättä. Koska analyysimuoto on aineistolähtöinen, tutkittavasta ilmiöstä jo aiemmin olemassa olevilla tiedoilla, teorioilla tai havainnoilla ei tulisi olla vaikutusta analyysiin tai sen lopputulemaan. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 107–111.)

Aineistolähtöisen analyysin päättelyn logiikka on varauksella induktiivista päättelyä, kuitenkin tätä ei voi tarkkarajaisesti määritellä. Teoriaohjaavassa analyysissä analyysin pääpaino ei ole teoriassa, mutta teoria voi tukea analyysin tekoa. Myös tässä analyysimuodossa analyysiyksiköt valikoituvat suoraan aineistosta, mutta aikaisempi olemassa oleva informaatio ilmiöstä voi olla mukana analyysin teossa, toisin kuin aineistolähtöisessä analyysissä. Teoriaohjaavassa analyysissä huomataan aikaisemman informaatio, mutta se ei ole teoriaa tukevaa vaan enemmänkin se suuntaa uudelle näkökulmalle informaatiosta. Teoriaohjaavan analyysin logiikka on usein abduktiivista päättelyä, jonka mukaan muodostettavan teorian mahdollistaa havaintojen tekoon liittyvä johtoajatus tai johtolanka. Teorialähtöinen analyysi tukeutuu yksittäiseen teoriaan, malliin tai auktoriteetin ajattelutapaan. Tutkittava ilmiö selitetään jo olemassa olevan informaation mukaisesti, sillä analyysissä avataan ensin malli, johon tukeudutaan ja tämän mukaan määräytyy tutkimuksen käsiteltävät käsitteet. Tässä analyysimuodossa on usein tarkoituksena tuoda jo olemassa oleva informaatio uuteen ympäristöön. Teorialähtöisen analyysin päättelyn logiikka mukailee deduktiivista päättelyä, sillä aineisto tukeutuu ennalta määritettyihin kategorioihin. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 108–111.)

Aineistonkeruun jälkeen analysoimme keräämämme aineiston käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tällöin analyysivaiheessa emme huomioi jo aiempaa olemassa olevaa tietoa, vaan koostamme teorettisen kuvauksen keräämämme aineiston, eli havainnoinnin sekä kolmen avoimen kysymyksen perusteella. Analysoinnin ja koosteen teon jälkeen luomme posterityylinen raportin tarkistuslistan sen pohjalta, mitä ongelmia vuodeosaston raportoinnissa on ilmennyt. Tarkistuslistan runkona käytämme ISBAR-menetelmää.

#### 5.5 Posterit

Opinnäytetyömme tuotoksena on posterit (liite 2), jonka toteutamme tarkistuslistatyypillisesti. Posterin julkaisuun opinnäytetyössä olemme pyytäneet luvan toimeksiantajalta. Posterit on epävirallisempi

tapa levittää tietoa. Tieteellisen informaation ilmaisemisen lisäksi posterit ovat hyödyllisiä opetusvälineenä, markkinoinnissa, tutkimusten raportoinnissa sekä tiedon levittämiseen tuotteista. Posteria suunniteltaessa tulee muistaa, että sen otsikon tulisi olla siisti ja selkeä sekä sen tulisi olla luettavissa 1–2 metrin etäisyydeltä. Posterin ulkoasun tulisi herättää uteliaisuutta katsojassa. (Bushy 1999, 11–15.) Posterin on oltava selkeä, tällöin sen tekstin tulee olla tarpeeksi suurta eikä tekstiä saa olla liikaa. Asia tulee esittää tiivistetysti, selkeästi ja niin, että katsoja sen ymmärtää. (Tepponen, Välimäki ja Suominen 1998, 312–313.) Muistettava on myös se, että väreillä saadaan katsojan huomio posteriin. Väreissä on kolme aspektia: sävy, kylläisyys ja valoisuusarvo. Mikäli kahden värin välillä on epäsointuisuus, johtuu se siitä, että joku värin kolmesta aspektista on liian lähellä toisiaan ja tämä hämmentää henkilön silmiä, jolloin väriyhdistelmä nähdään epämiellyttävänä. Esimerkiksi tumman sininen ja musta ovat liian samankaltaisia valoisuudeltaan, kun taas punainen ja oranssi ovat sävyiltään saman kaltaiset. Miellyttävänä nähdään esimerkiksi tumman sininen yhdistettynä vaalean pastellin sävyyn, kuten vaaleanpunaiseen, sillä ne ovat väriasteikolla kaukana toisistaan. Väriyhdistelmien miellyttävyys eri henkilöille nähdään kulttuurisena, sillä jo lapsuudessa opitaan mitkä yhdistelmät ovat räikeitä ja epämiellyttäviä. Posterissa on hyvä ottaa huomioon myös värialueiden mittasuhteet, esimerkiksi kahta väriä ei tulisi käyttää saman kokoisella alueella posterissa. (Bushy 1999, 13–14.)

Posterimme tulee olemaan hoitajien kansliassa, teemme siitä mahdollisimman värikkään, jotta se erottuisi muista mahdollisista postereista kansliassa. Posterin värimaailmaa valitessamme huomioimme sen, että posterit olisi ulkomuodoltaan esteettinen, sillä tämä lisää sen käyttömukavuutta ja posterit pysyisi hoitajilla käytössä raportoinnissa. Hyödynnämme posterissa ISBAR-menetelmää eritellen jokaiseen menetelmän kohtaan sen, mitä siinä vaiheessa hoitajan tulisi sanoa potilaasta. Tarkoituksenamme on, että posterit toimii raportoinnin tarkistuslistana. Tavoitteena on, että posteria käyttämällä hoitajat kertovat raportin ISBAR-menetelmän mukaisesti, kertoen kaiken oleellisen mutta jättäen potilaan hoidon kannalta epäoleelliset asiat pois raportista. Teemme posterin PDF-muotoon, jotta hoitajat voivat tarvittaessa tulostaa postereita lisää. Vuodeosaston pyynnöstä teemme myös pienemmän version posteristamme, joka mahtuu hoitajan takin taskuun.

Aluksi suunnittelimme kilpailuttavamme eri yrityksiä posterin valmistuksessa, mutta päätimme kuitenkin, että haluamme suunnitella posterin itse. Teimme posterin käyttäen Word-ohjelmaa. Loimme ohjelmalla taulukon, johon lisäimme tarvittavat tekstit käyttäen opinnäytetyön teoriaosuudessa esitettyjä tietoja sovellettuna vuodeosaston tarpeisiin. Teimme posterin Bushyn (1999, 13–14) ohjeiden mukaisesti ja pyrimme luomaan posterista katsojan silmään miellyttävän näköisen. Teimme eri värisistä laatikoista taulukossa erikokoisia ja valitsimme posterin värit hyödyntäen teoriassa mainittuja ohjeita.

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimukseen osallistui kahdeksan hoitajaa, joista neljä oli lähi- tai perushoitajia ja neljä sairaanhoitajia. Simuloituja raportointitilanteita oli yhteensä neljä, yhteen osallistui aina kaksi hoitajaa, joista toinen oli sairaanhoitaja ja toinen lähi- tai perushoitaja. Ennen raportointia ja sen havainnointia esittelimme itsemme ja kerroimme tekevämme opinnäytetyötä osastolle raportointiin liittyen. Tämän jälkeen annoimme hoitajille toiminta ohjeet. Korostimme heille sitä, ettei meillä ole tarkoituksena arvioida yksilösuorituksia, vaan saada käsitys osaston raportointikäytännöistä. Kerroimme hoitajille, että heillä oli 10 minuuttia aikaa tutustua omiin kuvitteellisiin potilaisiinsa, joista he antoivat raportit vuorotellen. Pyysimme hoitajia ottamaan myös raporttia saadessaan muistiinpanoja, mikäli he tekisivät niin myös oikeassa raporttitilanteessa osastolla. Kerroimme myös, että nämä muistiinpanot jäisivät meille havainnointimateriaaliksi. Tämän jälkeen kerroimme antavamme hoitajille kyselylomakkeet, joihin he pystyivät halutessaan vastata. Ohjeistimme hoitajia itse taittamaan täyttämisen jälkeen kahtia lomakkeen ja laittamaan ne pöydälle jättämäämme kirjekuoreen. Tällöin meillä ei ollut mahdollisuutta ollenkaan nähdä yksittäisen hoitajan vastauksia, jolloin kysely pysyi täysin nimettömänä.

### 6.1 Havainnoinnin purku

Havainnoimme hoitajien antamia raportteja kuvitteellisista potilaista aiemmin tekemämme havainnointi päiväkirjan avulla. Meistä molemmat täyttivät omat havainnointipäiväkirjat, jotka lopuksi yhdistimme yhdeksi kokonaisuudeksi. Havainnoimme ISBAR-menetelmän toteutumista raportin antossa, raporttiin käytettyä aikaa ja teimme näiden lisäksi muita havainnoiteja raportista. Muihin havaintoihin kirjasimme lisätietoja, jos hoitajat mainitsivat epäolennaisia asioita raportilla ja jos hoitajilta jäi potilaan tilasta olennaisia asioita sanomatta sekä positiiviset huomiot raportista. Raportin jälkeen keräsimme kuvitteellisten potilaiden paperit hoitajilta, joista näimme hoitajien tekemät muistiinpanot raportilta. Ennen havainnointia Lapinlahden terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla olimme merkinneet omiin kopiaihimme kuvitteellisten potilaiden tiedoista raportilla mainittavat asiat erivärein ISBAR-menetelmää käyttäen, jotta pystyimme tehokkaasti huomioimaan, onko hoitajien antama raportti ISBAR-menetelmän mukainen. Testasimme etukäteen myös jokaisen kuvitteellisen potilaan kohdalla raporttiin kuluvan ajan, joka oli noin kaksi minuuttia. Laskimme, että jos osastolla on hoidettavana 20 potilasta ja vuoronvaihto raporttiin aikaa on varattu tunti, kunkin potilaan raporttiin aikaa voi käyttää kolme minuuttia.

Otimme aikaa puhelimen sekuntikellolla, kuinka kauan yhden kuvitteellisen potilaan raportti kestää. Tätä emme suoraan kertoneet tutkimukseen osallistujille, jottei se vaikuttaisi raportointiin. Laskimme kaikkien raporttien kestoista keskiarvon, mikä oli 3 minuuttia 53 sekuntia. Raporttiin kulunut aika oli havainnointitilanteessa melkein kaksinkertainen verraten testituloksiin. Seuraavana eriteltynä tiedot jokaisesta kuvitteellisesta potilaasta. Jokaisen potilaan kohdalla esitämme myös koosteet havainnoinnistamme hoitajien antamista raporteista. Emme kerro havainnoitamme raporteista kronologisessa järjestyksessä, vaan sekoittaen yhden potilaan molempien raporttien tietoja, jotta varmistamme tutkimukseen osallistujien anonymiteetin myös osaston henkilökunnan keskuudessa.

**POTILAS 1.** Ensimmäinen potilas oli Matti Meikäläinen, 62-vuotias omatoiminen mies, joka asuu omakotitalossa vaimonsa kanssa. Potilas oli tullut kolme päivää sitten akuuttivastaanoton kautta osastolle hengenahdistuksen ja turvotusten vuoksi. Perussairauksina potilaalla oli verenpainetauti, hyperkolesterolemia sekä sydämenvajaatoiminta. Kirjoitimme potilaan tietoihin paljon tietoa potilaan omaisista ja heidän taustoistaan, jotka olivat hoidon kannalta epäolennaisia. Luettelimme potilaan kotilääkityksen (bisoprololi 2,5 mg x 2, furosemiidi 20 mg x 1, digoksiini 0,25 mg x ½ sekä atorvas-tatin 10 mg x 1. Tämän lisäksi potilas käytti reseptivapaita monivitamiinivalmistetta ja omega-3-ras-vahappokapseleita). Kerroimme potilaantiedoissa akuuttivastaanoton tapahtumat ja potilaan siellä saamat lääkkeet. Lisäksi kerroimme potilaalle suunnitellut jatkotoimenpiteet ja seurannan, joihin sisältyi verenpaineseuranta sekä nesterajoitus, potilas oli kotiutumassa seuraavana päivänä, mikäli vointi pysyi ennallaan. Kuvailimme tarinan omaisesti potilaan päivittäisiä kirjauksia osastolla oloai-kana sekä kerroimme osaston lääkärin tekemistä lääkemuutoksista.

ISBAR-menetelmän toinen kohta on syy raportointiin (Situation) ja koska kyseessä oli vuoronvaihdossa tehtävä raportti, pidimme potilaan osastolle tulosyytä tänä kohtana. Hoitajat mainitsivat potilaan perussairaudet ennen osastolle tulosyytä, ISBAR-menetelmässä potilaan perussairaudet mainitaan kolmannessa kohdassa (Background). Raporttia antaessaan hoitajilla ISBAR-menetelmän toiseksi viimeinen (Assessment) ja viimeinen kohta (Recommendation) sekoittuivat keskenään. Huomasimme myös havainnoinnissamme hoitajien lukevan potilaan kertomuksen suoraan paperista, mikä saattoi olla syynä epäolennaisuuksiin raportoinnissa. Tosin huomasimme myös sen, vaikka hoitajat kertoivatkin potilaan tilanteesta omin sanoin, hoitajat mainitsivat raportissa epäolennaisuuksia esimerkiksi potilaan vaimosta sekä toisessa hoitoyksikössä tehdyistä mittauksista. Kuitenkin hoitajien raportissa tuli sanottua kaikki oleellinen. Tämän osoittaa myös se, että raportin vastaanottaja oli kummallakin raportilla poiminut oleelliset asiat muistiinpanoihinsa. Aikaa raportin antoon toisella raportilla meni 3 minuuttia 15 sekuntia ja toisella 6 minuuttia 18 sekuntia, eli molemmat ylittivät määrittelemämme kolmen minuutin tavoiteajan. Kuten aiemmin on mainittu, emme kertoneet hoitajille ottavamme aikaa raporista ja näin ollen he eivät myöskään olleet tietoisia tavoiteajasta, sillä emme halunneet tämän vaikuttavan heidän antamaansa raporttiin. Havainnoinnissa keräämämme huomiot koostettu alla olevaan taulukkoon (taulukko1).

TAULUKKO 1. Kooste raporttien havainnoinnista ensimmäisestä potilaasta.

Havainnoitava asia	Havainnoin kooste kahdesta raportista
ISBAR-menetelmän toteutuminen raportin annossa	Perussairaudet mainitaan ennen tulosyytä, loppuraportissa ISBAR-menetelmä ei toteudu.
Raporttiin käytetty aika	Raportti 1: 3 minuuttia 15 sekuntia Raportti 2: 6 minuuttia 18 sekuntia
Muut havainnot	Raportti sisältää epäolennaisuuksia ja raportti annetaan osittain lukien suoraan potilastapauksen paperista. Raportin vastaanottaja poiminut ylös olennaiset asiat.

**POTILAS 2.** Toinen potilas oli 28-vuotias Kalle Kananen. Potilaalla perussairauksina tyyppin 1 diabetes, skitsofrenia sekä hepatiitti C. Potilas oli tullut osastolle diabeteksen huonon hoitotasapainon vuoksi. Kerroimme potilaan tiedoissa laajasti potilaan kahdeksan vuoden takaisista osastojaksoista skitsofrenian hoitoon liittyen ja että potilaan skitsofrenia oli ollut hyvässä hoitotasapainossa jo seitsemän vuotta, eikä potilaalla ollut tuona aikana ollut ollenkaan harhaisuutta. Lääkityksenä skitsofrenian hoitoon potilaalla oli klotsapiini 150 mg. Kerroimme potilaan tiedoissa myös potilaan päihdetäustasta mikä oli johtanut hepatiitti C-tartuntaan. Potilas oli tullut kaksi päivää sitten akuuttivastaanotolle alhaisen verensokerin vuoksi ja potilaan huonokuntoisuuden vuoksi potilas oli tullut osastolle hoitoon. Potilaalla oli mitattu osastolla oloaikana korkeita verensokeriarvoja, jotka luettelimme potilaan tiedoissa. Kerroimme myös potilaan tyttöystävän antamia tietoja potilaan diabeteksen kotihoitosta. Toimme esille tiedoissa, että potilaan pistopaikat olivat toispuolisesti kovettuneet ja että potilas oli osastolla ollessa pistänyt insuliiniin (Novorapid 100 U/ml ja Lantus 100 U/ml) itse erillisen ohjeen mukaan, mutta ei halunnut tehdä tätä valvotusti. Lopuksi kerroimme myös sen, että juuri ennen raportointitilannetta osastolla harjoittelussa oleva sairaanhoitajaopiskelija on kertonut, että hän oli huomannut ihorikon potilaan kantapäässä.

Simuloidussa raportointitilanteessa toisella hoitajista ISBAR-menetelmä toteutui oikeassa järjestyksessä, mutta toisella menetelmän järjestys sekoittui. Tämän potilaan kohdalla hoitajien raportissa oli epäolennaisuuksia potilaan aiemmista kahdeksan vuoden takaisista hoitajaksoista. Potilaan kohdalla korostettiin päihdetäustaa sekä vuosia sitten olleita tahdosta riippumattomia psykiatrisia sairaalahoitajaksoja. Raportilla hoitajilla jäi mainitsematta oleellisia asioita potilaan tämän hetkisestä tilanteesta, kuten pistopaikkojen tarkistaminen potilaan kanssa, kantapään ihorikko sekä skitsofrenian hyvä hoitotasapaino. Toisella raporteista ehdotettiin insuliinin piston valvontaa sekä kerrattiin vastaanottajalle potilaan hoitotoimenpiteiden ohjeistus. Toisella raportilla aikaa raportin antoon meni 4 minuuttia 28 sekuntia ja toisella 2 minuuttia 44 sekuntia, eli toinen ylitti tavoiteajan ja toinen pysyi siinä. Havainnoinnin huomioidut koostimme alla olevaan taulukkoon (taulukko2).

TAULUKKO 2. Kooste raporttien havainnoinnista toisesta potilaasta

Havainnoitava asia	Havainnoin kooste kahdesta raportista
ISBAR-menetelmän toteutuminen raportin annossa	Toisessa mainitaan perussairaudet ennen tuloa, loppuraportissa ISBAR-menetelmän järjestys sekoittuu. Toisessa ISBAR toteutuu.
Raporttiin käytetty aika	Raportti 1: 4 minuuttia 28 sekuntia Raportti 2: 2 minuuttia 44 sekuntia
Muut havainnot	Raportti sisältää epäolennaisuuksia ja olennaisia asioita jää mainitsematta. Asioiden toistoa runsaasti. Toisella raportilla ehdotuksia potilaan hoitoon mainitaan ja hoito-ohjeet kerrataan. Vastaanottavan hoitajan muistiinpanoista toisella jää puuttumaan olennaisia asioita ja toisella kattavat muistiinpanot.

**POTILAS 3.** Kolmas potilas oli Martta Lipponen, 87-vuotias rollaattorin avulla liikkuva rouva. Potilas asuu yksin kotihoidon tuen turvin. Potilas tullut osastolle tulehtuneen säären haavan sekä edenneen Alzheimerin taudin vuoksi samana päivänä, jolloin raportin anto tapahtui. Alzheimerin taudin diagnoosin potilas oli saanut vuosi sitten. Potilas ollut viimeisen puolen vuoden aikana osastohoidossa useita kertoja ja osaston henkilökunta kokenut potilaan omaiset hankalaksi hoitojaksojen aikana. Lääkäri osastolle tulovaiheessa muuttanut potilaan lääkitystä, aloittanut rivastigmin muistilaastarin. Osastolle suunniteltu haavanhoitoa, lääkityksen seuranta sekä palvelutarpeen arviointia. Potilaan tiedoissa kerroimme kotihoidossa toteutuneen haavanhoidon sekä erittelimme tarkasti osastolla tapahtuvan haavan hoidon. Lisäksi tekstissä toimme esille paljon epäolennaisia asioita potilaaseen liittyen, kuten ruokamieltymykset ja potilaalle mieluisat tekemiset, kuten ruoan laiton. Lisäksi potilaan tietoihin oli liitetty viimeisempiä laboratoriokokeiden tulokset, joita lääkäri ei vielä ollut katsonut.

Kolmannen potilaan raporteista toisessa mainittiin perussairaudet sekä potilaan Alzheimerin taudinkulku ja kotitilanne ennen osastolle tulossyytä. Toisella raportilla ISBAR-menetelmä ei toteutunut lainkaan, tulosyys jää raportilla mainitsematta. Osa potilaan oleellisista laboratoriokokeiden tuloksista jää mainitsematta, raportilla oli omaa pohdintaa siitä, onko potilaalla kuumetta, sillä tätä ei tekstissä mainittu. Toisella raporteista oleelliset laboratoriokokeiden tulokset tulee mainittua. Se, että lääkäri ei ole ottanut kantaa laboratoriokokeiden tuloksiin jää toisella raporteista mainitsematta. Molemmilla raporteilla luetellaan sekä kotihoidon että osaston haavanhoito-ohjeet. Aikaa raportin antoon toisella hoitajalla meni 3 minuuttia 23 sekuntia ja toisella 6 minuuttia 19 sekuntia, näin ollen molemmat ylittivät kolmen minuutin tavoiteajan. Alla on kuvattuna havainnoinnin kooste molemmista raporteista (taulukko3).

TAULUKKO 3. Kooste raporttien havainnoinnista kolmannesta potilaasta.

Havainnoitava asia	Havainnoin kooste kahdesta raportista
ISBAR-menetelmän toteutuminen raportin annossa	Toisella raportilla ISBAR-menetelmä ei toteudu ja tulosyys jää mainitsematta, toisella kerrotaan perussairaudet sekä sairaushistoria ennen tulossyytä.
Raporttiin käytetty aika	Raportti 1: 3 minuuttia 23 sekuntia Raportti 2: 6 minuuttia 19 sekuntia
Muut havainnot	Raportilla mainitaan epäolennaisuuksia ja olennaisia asioita jää sanomatta. Hoito-ohjeet kerrataan ja kysytään vastaanottajalta, onko hänellä kysyttävää potilaasta. Vastaanottavan hoitajan muistiinpanot ovat toisella perusteelliset ja toisella vajavaiset.

**POTILAS 4.** Neljäs potilas oli Kaisa Kukkanen, 47 vuotias perusterve nainen, jolla on penisilliiniallergia. Potilas oli tullut osastolle edellisenä iltana. Potilaalla oli diagnosoitu työterveydessä vasemman säären ruusuinfektio. Hänelle oli piirretty infektiorajat akuuttivastaanotolla ja ennen osastolle tuloa potilas oli käynyt laboratoriotutkimuksissa, joiden tulokset kirjoitimme potilaan tietoihin. Osastolle tullessa päivystävä lääkäri oli määrännyt suonensisäisen antibiootihoidon infektion hoitoon (kefuroksiimi 1,5 g x 3 i.v.) ja pyynnöt uusille laboratoriotutkimuksille oli jo tehty kahden päivän päähän. Tekstissä kerroimme myös potilaan perhetaustoista sekä yksityiselämään liittyvistä asioista, jotka eivät olleet hoidon kannalta merkityksellisiä. Lisäksi mukana ollut omaisuus oli mainittu tekstissä. Osaston lääkärin ei ollut vielä tavannut potilasta.

Neljännän potilaan raporteissa toisessa toteutui ISBAR-menetelmän mukainen järjestys, toisessa jäi mainitsematta potilaan osastolle tulosyy. Molemmista raporteista hoitajat luettelivat potilaan mukana olleen omaisuuden. Toisella raporteista hoitaja kertoi oleelliset laboratoriotutkimusten tulokset, toisella jäi osa sanomatta, molemmat hoitajat kertoivat raporteissaan tulevista laboratoriotutkimuksista. Toisella raporteista hoitajalla jäi sanomatta oleellisia asioita, kuten esimerkiksi potilaan penisilliiniallergia. Toisen hoitajan raportilla vastaanottava hoitaja kysyi lisäkysymyksiä raporttiin liittyen. Molempien raporttien vastaanottavilla hoitajilla muistiinpanosta löytyi olennaiset asiat, toisella hoitajalla niissä määrin mitä tietoja oli saanut. Aikaa hoitajilla meni raportin antoon 2 minuuttia 28 sekuntia ja 2 minuuttia 24 sekuntia, eli molemmat alittivat kolmen minuutin tavoiteajan. Seuraavassa taulukossa kuvaamme havainnoinnin koosteen molemmista raporteista (taulukko4).

TAULUKKO 4. Kooste raporttien havainnoinnista neljännestä potilaasta.

Havainnoitava asia	Havainnoin kooste kahdesta raportista
ISBAR-menetelmän toteutuminen raportin annossa	Toisella raporteista ISBAR toteutuu, toisella jää osastolle tulosyy mainitsematta.
Raporttiin käytetty aika	Raportti 1: 2 minuuttia 28 sekuntia Raportti 2: 2 minuuttia 24 sekuntia
Muut havainnot	Olennaisia asioita jää sanomatta. Toisella raportilla vastaanottavan hoitajan muistiinpanosta löytyy olennaiset asiat, kuten myös toisella niiltä osin mitä tietoja on saanut.

## 6.2 Kyselyn tulokset ja analysointi

Havainnointitilanteen jälkeen osallistujat saivat osallistua vapaaehtoiseen kyselyyn, jossa selvitimme avoimien kysymysten avulla osallistujien omaa kokemusta raportoinnin sujuvuudesta. Lomakkeessa oli kolme avointa kysymystä raportointiin liittyen.

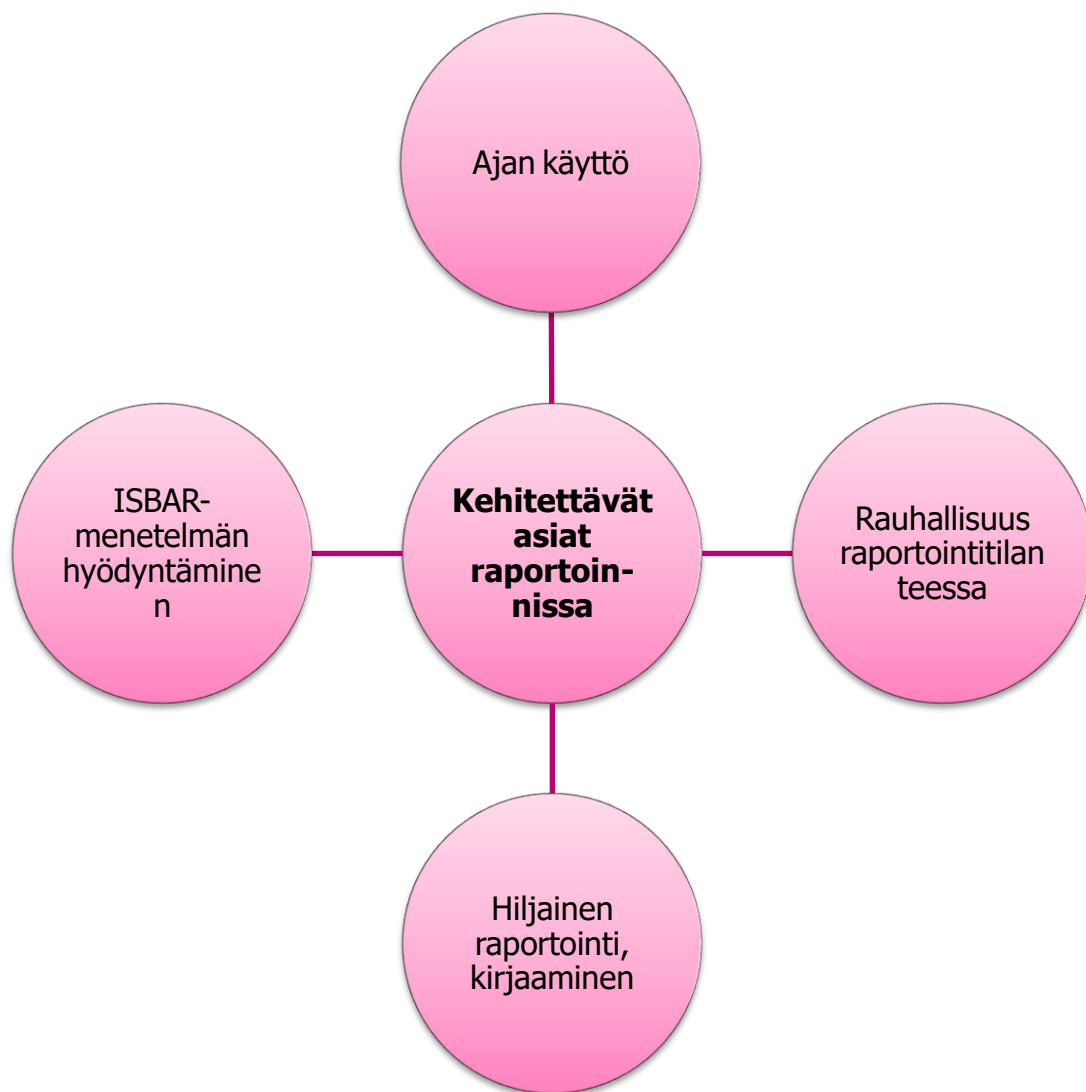
- Mitä kehitettävää osaston suullisessa raportoinnissa on sinun mielestäsi?
- Millä keinoilla kehittäisit itse raportointia?
- Kauanko vuoronvaihtoraportti pääsääntöisesti osastolla kestää?

Kyselyyn vastasi 8 hoitajaa. Kyselyyn vastaajista puolet oli sairaanhoitajia ja puolet lähihoitajia. Aikaa vastaajat saivat käyttää kyselylomakkeen täyttämiseen noin 10 minuuttia.

Analysoimme kyselyn tuloksia aineistolähtöisellä sisällönanalyysilla, vertailemalla vastauksia ja poimimalla niistä yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Vastaukset olivat melko samankaltaisia ja näin ollen niistä oli helppo koota yksi kokonaisuus. Tulosten analysointi tapahtui pelkästään kyselystä saamamme tiedon perusteella eikä sitä verrattu aiempaan tietoperustaan. Koostimme hoitajien vastauksista raportin kehitettävät asiat (kuvio1).

Vastauksista tuli ilmi, että raportointiin kuluu vastaajien mielestä liikaa aikaa. Raportoinnin koetaan myös olevan puutteellista ja olennaisia asioita jää usein sanomatta. Vastauksissa oli kerrottu, että raportin pitäisi olla lyhyempi ja ytimekkäämpi. Myöskin potilaan asioissa/ aiheessa pysyminen tuottaa vaikeuksia. Potilaan osastolle tulosityy jää usein sanomatta tai ei tule ainakaan esille heti raportin alussa. ISBAR-menetelmää toivottiin hyödynnettävän enemmän. Useissa vastauksissa tuli ilmi, että raportointitilasta ja tilanteesta haluttaisiin saada rauhallisempi, keskeytykset häiritsevät raporttia usein. Vastauksissa kerrottiin myös, että raportin aikana on turhaa puhetta muusta kuin potilaisiin liittyvistä asioista. Myös hiljaisen raportoinnin etuja oli pohdittu vastauksissa.

Vastauksista tuli esille, että ISBAR-menetelmän paremman hyödyntämisen koettaisiin kehittävän raportointia. Omien muistiinpanojen tekemiseen toivottiin vastauksissa myöskin selkeyttä, jotta hoitajat osaisivat poimia oikeat asiat ylös itselleen. Myös kirjaamiseen toivottiin osaamista ja panostamista. Rauhallisen tilan järjestäminen tuli myös vastauksissa esille. Vastauksissa raportin kerrottiin kestävän 10 minuutista 90 minuuttiin. Vastauksissa oli kerrottu, että joidenkin vastaajien mielestä suulliseen raportointiin kuluva aika on liian pitkä. Iltapäivällä annettavaan raporttiin kerrottiin kuluvan eniten aikaa.



KUVIO 1. Kehitettävät asiat raportoinnissa

## 7 POHDINTA

Huomasimme melkein jokaisella havainnoidulla raportilla hoitajien mainitsevan epäolennaisia asioita potilaan hoitoon liittyen. Hoitajien kertoessa kuvitteellisen potilaan taustatietoja, huomasimme että hoitajat kävivät tarpeettoman perusteellisesti läpi potilaiden epäolennaisia edellisiä hoitajaksoja sekä toisissa hoitoyksiköissä tehtyjä osaksi epäolennaisia mittaustuloksia käytiin läpi perusteellisesti, vaikka potilas oli osastolla ollut jo muutaman päivän. Kuvitteellisten potilaiden papereissa oli myös tietoja omaisista, huomasimme havainnoinnissamme, että osa hoitajista käytti aikaa omaisten epäolennaisten tietojen kertomiseen. Joitain raportteja lukuun ottamatta hoitajat mainitsivat kaiken oleellisen, joissain raporteissa jäi oleellisia asioita puuttumaan enemmän tai vähemmän. Kahdella kuvitteellisella potilaalla oli verikokeiden arvot mukana tiedoissaan, joista toisen potilaan arvoja ei lääkäri ollut vielä nähnyt. Suurimmaksi osaksi verikokeiden tulosten oleellisten arvojen poiminta onnistui hyvin, joissain tapauksissa jäi sanomatta oleelliset arvot. Positiivinen huomio oli, että osa hoitajista teki omia suosituksiaan esimerkiksi potilaan seurannasta raportin loppuksi, hoitajat tekivät tarkentavia kysymyksiä ja raportin vastaanottajalta kysyttiin raportin päätteeksi, onko hänellä kysyttävää potilaasta. Sillä, oliko raportin antaja sairaanhoitaja vai lähi- tai perushoitaja, ei ollut havainnoinnin perusteella merkitystä epäolennaisten asioiden mainintaan, oleellisten asioiden löytymiseen raportista tai niiden puuttumiseen. Ammattinimikkeellä ei ollut myöskään merkitystä ISBAR-menettelyn toteutumiseen tai raporttiin käytettyyn aikaan.

Havainnoinnissamme huomasimme, että ISBAR-menettelyn mukainen raportointi toteutui osastolla jotenkuten, ISBAR-menettelmä toteutui täysin oikeassa järjestyksessä kahdella hoitajalla kahdeksasta. Suurin osa hoitajista mainitsi potilaan perussairaudet ennen potilaan osastolle tulossyytä ja usein raportin loppuosat (Assessment ja Recommendation) sekoittuivat keskenään. Pääsääntöisesti vastaanottavien hoitajien muistiinpanoista löytyivät oleelliset asiat potilaan hoitoon liittyen. Ajallisesti hoitajien raportit vaihtelivat 2 minuutista 24 sekunnista 6 minuuttiin 19 sekuntiin, keskiarvo näistä ajoista oli 3 minuuttia 53 sekuntia. Raportteihin kuluvan ajan testauksessa potilaiden raportin antoon kului noin kaksi minuuttia kunkin potilaan kohdalla ja ottaen huomioon osaston potilasmäärän yhden potilaan raportti tulisi pystyä antaa kolmessa minuutissa. Näin ollen hoitajien keskiarvoaika raportin annossa oli melkein tuplaantunut verraten testiaikaan ja tavoiteaikaan nähden raportin antoaika ylittyi hieman alle minuutilla. Huomasimme havainnoinnissamme sen, että hoitajilla, jotka kertoivat raportin käyttäen ISBAR-menettelmää, aikaa kului alle kolme minuuttia. Havainnoinnissa huomasimme hoitajien tyylin raportoida olevan usein kerronnallinen. Tämä on yleisesti hoitajille tyyppillistä ja raportin kerronnallisuutta voidaan vähentää käyttäen ISBAR-menettelmää raportoidessa (Achrekar ym. 2016, 46). Havainnoitimme perusteella uskomme ISBAR-menettelyn käyttöön oton raportoinnissa lisäävän raportin tehokkuutta lyhentämällä sitä ajallisesti, samalla varmistuen oleellisten asioiden maininnan ja jättämällä raportista pois epäolennaiset asiat potilaan hoidon kannalta.

Mielestämme ISBAR-menettelyn hyödyntäminen suullisessa raportoinnissa vähentäisi raportointiin kuluvaa aikaa huomattavasti, koska silloin raportin antajalla olisi ohje siitä mitä tulee kertoa, eikä epäolennaisia asioita tulisi esille ainakaan niin paljoa. Raporttiin kuluva ajan väheneminen ISBAR-

menetelmää käyttämällä osoittaa myös se, että havainnoinnissamme huomasimme ISBAR-menetelmää käyttävät hoitajat alittavat ennalta määritellyn tavoiteajan raporttia kertoessaan. Hoitajien tulisi saada lisää ohjeistusta ISBAR-menetelmän käytöstä ja toivomme, että opinnäytetyömme antaa hoitajille tähän lisää valmiuksia. ISBAR-menetelmän muokkaaminen omaan yksikköön sovellettavaksi, hoitajien perehdyttäminen sen käyttöön ja sen käytön perusteleva ovat edellytyksiä ISBAR-työkalun käytön onnistumiselle. Menetelmän käyttö vaatii myöskin vaikuttavuuden jatkuvaa seuranta. (Kupari 2019-03-22.)

Kyselytutkimuksen tulosten yhteenvetona voimme todeta, että hoitajat kokevat kehittämiskohteita olevan usealla eri osa-alueella suullisten raporttien yhteydessä. Eniten esille tuli kehittämiskohteet raportin selkeyttämiseksi ja asiassa pysymiseksi. Useissa vastauksissa tuli ilmi, että raportointiin toivottaisiin jonkinlaista ohjetta sen etenemiseen, jotta jokaiselle olisi selkeää se mitä raportilla tulee kertoa. Raportin kesto tuli myös esille useissa vastauksissa, raportin koetaan kestävän liian pitkään. Myös rauhallisen tilan järjestämiseen ja rauhallisuuteen raportointitilanteessa toivottiin vastauksissa muutosta.

Kyselytutkimuksen vastaukset olivat melko samanlaisia kuin havainnointimme tulokset. Kyselytutkimuksen tuloksissa tuli ilmi, että vastaajat toivoivat suulliseen raportointiin selkeyttä ja tietynlaista mallia, jonka mukaan se tulee tehdä. Havainnointimme taas osoittivat, ettei useilla tutkimukseen osallistuneilla ollut selkeää järjestystä ja ymmärrystä siitä missä järjestyksessä ja mitkä asiat raportilla on tärkeää kertoa. Myös havainnointitilanteessa raportointiin kulunut aika vastasi kyselyyn vastanneiden ilmoittavaa raporttiin kuluvaan aikaan. Mielestämme kyselytutkimus täydensi hyvin havainnoinnista saamiamme tuloksia ja saimme näitä kahta aineistonkeruumenetelmää yhdistämällä laajemman käsityksen tutkittavasta aiheesta.

## 7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Robert Merton on määritellyt neljä tieteen eettisten arvojen perusnormia, jotka ovat *Universalism* (universalismi), *Communism* ("kommunismi"), *Disinterestedness* (puolueettomuus) sekä *Organized scepticism* (järjestelmällinen kritiikki). Universalismi on väitteiden perustelua havainnoinnin ja aiemman oikeaksi todetun tiedon avulla käyttäen epäpersoonallisia kriteerejä. Epäpersoonallisilla kriteereillä tarkoitetaan sitä, että se onko kunkin esittämä tietoväittäjä hyväksytty tieteen nimissä vai ei, ei tule olla riippuvainen esittäjän henkilökohtaisista tai sosiaalisista ominaisuuksista. Epämuodollisena ja laajana käsitteenä hyödykkeiden yhteysomistamisesta "kommunismi" on toinen neljästä perusnormista, jolla tarkoitetaan tieteen löydösten ns. yhteisomistusta tiedeyhteisön keskuudessa. Tutkijat rakentavat yhteistä perintöä yhteiskunnalle ja yksityisomistus tieteellisistä löydöksistä on hyvin minimaalista. Puolueettomuus on institutionaalinen peruselementti ja kolmas perusnormi. Viimeinen perusnormeista on järjestelmällinen kritiikki, joka yhdistetään usein toisiin perusnormeihin. Järjestelmällinen kritiikki on sekä menetelmällinen että institutionaalinen vaatimus. Tiede, esimerkiksi liittyen luontoon ja yhteiskuntaan eri näkökulmista voi tulla ristiriitaan toisten instituutioiden suhtautumisen kanssa, joissa tieto on usein sokeroitu ja rituaalisoitu. Tutkijan ei tule varjella erimielisyyksiä pyhite-

tyn ja maallisen välillä, eli sen mikä vaatii kritiikkittömän kunnioituksen ja mitä voidaan puolueettomasti tarkastella. Tämä on usein syynä muiden alojen kapinaan tieteellisiä instituutioita vastaan. Uskonnollisten järjestöjen vastustus ei ole enää niin voimakasta verraten poliittisiin ja taloudellisiin järjestöihin. Konflikti korostuu, kun tiede tutkii uusia alueita, joihin liittyy institutionaalisia suhtautumisia. Modernissa, totalitaarisessa yhteiskunnassa epärationaalisuus ja institutionaalisen kontrollin keskitymä tarjoavat tietyn rajan tieteellisen toiminnan laajuudelle. (Merton 1968, 592-600.) Tarkastelimme tutkimustamme pitäen mielessä Mertonin määrittelemät eettisten arvojen neljä perusnormia ja tutkimuksemme on näiden arvojen mukainen meidän näkökulmastamme. Tietoa, mitä olemme keränneet eri lähteistä teoriaosuutta varten, käsitelimme epäpersoonallisilla kriteereillä, tutkimuksemme on puolueeton ja tutkimuksemme julkaistaan kokonaisuudessaan muiden siitä kiinnostuneiden nähtäväksi, jolloin tekemämme tutkimus ei ole meidän yksityisomistuksessa. Viimeinen perusnormi, järjestelmällinen kritiikki, toteutuu myös sillä emme koe rikkoneemme institutionaalisia rajoja työskennellessämme tutkimuksen parissa.

Tieteellinen tutkimus on suoritettava hyvän tieteellisen käytännön mukaan ja tällöin sen tulokset ovat uskottavia sekä tutkimus on reliabeeli ja eettisesti pätevä. Hyvän tieteellisen käytännön kulmakiviä ovat tiedeyhteisön asettamien toiminta tapojen noudattaminen, eli rehellisyyden, huolellisuuden, tarkkuuden sekä tulosten tallentaminen ja niiden esittely itse tutkimuksessa ja sen arvioinnissa. Tutkimus-, aineistonkeruu- ja arviointimenetelmät tulevat olla ennalta määritettyjen kriteerien mukaisia sekä niiden tulee suoriutua hyväksytysti eettisestä tarkastelusta. Tutkimuksen tulee olla avointa ja vastuullista. Myös muita tutkijoita tulee kunnioittaa viittaamalla heidän työhönsä ja saavutuksiinsa, mikäli näitä tutkimuksen osana käytetään. Tutkimusta suunnitellessa, toteuttaessa ja raportoinnissa tulee käyttää tieteellisen tiedon vaatimuksen velvoittamia toimintatapoja. (TENK 2012, 6.)

Kaikki tutkimusluvut, mitä tutkimuksen tekemiseen tarvitaan, tulee hankkia ja joillain tieteenaloilla on tehtävä myös eettinen ennakoarviointi. Ennen tutkimuksen toimeenpanoa tulee kaikkien mukana olevien asianosaisten oikeudet, periaatteet koskien tutkimuksen tekemistä, vastuut, velvollisuudet sekä aineiston säilyttämiseen ja käyttöoikeuksiin liittyvät asiat käydä läpi ja sopia. Kuitenkin edellä mainittuja asioita voidaan tarkentaa tutkimuksen edistyessä. Hyvän tieteellisen käytännön mukaan myös rahoituslähteet sekä muut tutkimukseen sidonnaiset osapuolet tulee ilmoittaa tutkimuksen osapuolille sekä osallistujille ja nämä tiedot on julkaistava myös tutkimuksen tulosten raportissa. Mikäli tutkijoiden esteellisyttä epäillään, on heidän jättäytyttävä kaikista tieteeseen tai tutkimukseen liittyvästä päätöksenteosta ja arvioinnista. Hyvä tieteellinen käytäntö pitää sisällään myös tietosuojaan huomioimisen tutkimusta tehdessä sekä tutkimusorganisaation henkilöstö- ja taloushallintoon liittyvän laadun. (TENK 2012, 6.) Olemme tarkastelleet tutkimustamme sen jokaisessa vaiheessa pohtien kysymyksiä kuten ”onko näin hyväksyttävää tehdä” ja olemme todenneet, että tutkimuksemme noudattaa kokonaisuudessaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan määrittelemiä hyvän tieteellisen käytännön kriteereitä.

Eettisenä ongelmana työssämme voinee pitää sitä, etteivät tutkimukseen osallistujat olleet tietoisia simuloitun havainnointitilanteen luonteesta ennen kuin tulivat itse tilanteeseen. Osallistujilla oli tiedossa se, että teemme heidän osastolleen opinnäytetyötä liittyen raportointiin. Tutkimukseen osallistuvilla hoitajilla oli tiedossa minä päivänä olimme osastolla keräämässä tietoa opinnäytetyöhömmme liittyen, sekä sen päivän aikataulu. Heillä oli myös tiedossa se, että he antavat meille pareittain raportin ja että tutkimukseen liittyy myös muutama avoin kysymys. He eivät kuitenkaan tienneet kyseessä olevan simuloitu raportointitilanne, jossa raportoitavat potilaan olivat kuvitteellisia. Hoitajat eivät myöskään tienneet tarkkaan mitä asioita raportoinnista havainnoimme.

Tuomi ja Sarajärvi mainitsevat teoksessaan Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi, että ”kuitenkin yleisten eettisten ohjeiden mukaan erittäin tarkkaan harkituissa välttämättömissä tapauksissa osallistujien harhaanjohtaminen on hyväksyttävää, mutta tällöin on ryhdyttävä erityisiin varotoimiin osallistujien oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaamiseksi”. (Tuomi ja Sarajärvi 2018, 156). Emme koe johtaneemme tutkimukseen osallistujia suoranaisesti harhaan, sillä missään vaiheessa emme heille ole valehdelleet ja he ovat tietäneet, että he tulisivat meille raportin antamaan. Syy, ettemme kertoneet osallistujille etukäteen, että yksi havainnointikohta raporteissa oli ISBAR-menetelmän toteutuminen, on se, että halusimme saada tietoa todellisesta raportoinnista. Mikäli hoitajat olisivat tienneet kyseisen havainnointikohtamme, olisivat he tietämättään voineet vääristää tuloksia harjoittelemalla etukäteen ISBAR-menetelmän käyttöä ja käyttäneet sitä havainnointitilanteessa, vaikka oikealla raportilla he sitä eivät käyttäisikään.

Emme myöskään kertoneet etukäteen ottavamme aikaa raportinkestoista, sillä se olisi voinut vaikuttaa heidän antamaansa raporttiin. Näin ollen sillä, ettemme kertoneet tutkimukseen osallistujille kaikkea mitä tilanne piti sisällään, pyrimme lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Koska kellekään osallistujalle ei tästä ollut henkilökohtaista haittaa, heidän oikeuksiaan tai hyvinvointiaan ei ole tällä kohdeltu kaltoin, koemme että havainnoitavien asioiden salaaminen itse tilanteessa sekä kertominen raportin annon olevan simuloitu tilanne vasta itse havainnointitilanteen alussa on tutkimuksessamme hyväksyttävää. Tutkimukseen liittyvät kyselylomakkeet on säilytetty asianmukaisesti ja ne tuhoetaan opinnäytetyön julkaisemisen jälkeen.

Potilaiden oikeudet otettiin huomioon niin, ettemme olleet kuulemassa virallista raporttia, vaan kehittimme kuvitteellisia potilaita, joista Lapinlahden vuodeosaston hoitajat antoivat meille suullisen raportin. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sanoo, että ”potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassapidettäviä” (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1995, § 13). Tästä syystä emme käyttäneet tutkimuksessa vuodeosaston oikeita potilaita. Myös kehittämistutkimuksen luotettavuus kasvaa käytäessämme keksittyjä potilastapauksia, koska näin ollen me tiedämme itse raportoitavista potilasta tärkeimmät hoitoon liittyvät asiat, joita hoitohenkilökunnan tulisi osata raportissa toiselle työntekijälle kertoa.

Havainnoinnin lisäksi pyysimme tutkittavia henkilöitä vastaamaan kyselyyn siitä, mikä heidän mielestään vuoronvaihtoraportissa on ongelmallista, kuinka he itse kehittäisivät raportointia ja kuinka

kauan raportointi osastolla pääsääntöisesti kestää. Tämä tapahtui nimettömästi. Näin uskoimme saavamme paremman käsityksen ilmiön kokonaiskuvasta.

Kyselylomakkeen vastauksista huomasimme, että useat vastaajat toivat esiin vastauksissaan raporttiin kuluvan ajan sekä sen ytimekkyyden. Vastauksissa oli raportin kestoksi laitettu 10-90 minuuttiin, mutta vastaukset kuitenkin vaihtelivat niin, että joidenkin vastausten perusteella raportti kestäisi enintään 45 minuuttia, mikä poikkeaa ajallisesti jo paljon 90 minuutista. Mietimme vastauksia lukiessa, että vaikuttaa jokin seikka vastaajan antamaan vastauksiin, pohtiiko hän esimerkiksi sitä menevätkö vastaukset muiden kuin tutkijoiden luettavaksi. Kyselytutkimuksen luotettavuutta horjuttaa myös se, että ei ole varmuutta vastaajan suhtautumisesta tutkimukseen, ovatko vastaajat vastanneet huolellisesti ja rehellisesti. Väärinymmärryksiä on myös vaikea kyselytutkimuksessa kontrolloida. Tutkijoilla ei ole varmuutta siitä, miten selvillä vastaajat ovat aiheesta, josta kysymyksiä esitetään. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Joidenkin havainnointitilanteeseen osallistuneiden hoitajien kohdalla huomasi, että heitä tilanne jännitti tai ei välttämättä ollut muuten mieluisa ja uskomme tämän vaikuttaneen jonkin verran tuloksiin. Osallistujista moni kuitenkin tuli tilanteeseen ennakkoluulottomasti ja tilanteen jälkeen kertoi olevansa tyytyväinen opinnäytetyömme aiheeseen ja koki siitä olevan hyötyä osastolle. Havainnointi tilanne toteutettiin osastolla potilaiden omaisille tarkoitetussa tilassa. Tilaa eristettiin osaston käytävästä vain verhon avulla, mikä aiheutti sen, että osastolta kantautuvat äänet kuuluivat selkeästi tilaan, jossa havainnointitutkimus suoritettiin. Tämä on mahdollisesti voinut vaikuttaa joidenkin tutkimukseen osallistuvien suorittamiseen simulaatiotilanteessa.

Havainnointimenetelmässä häiriötekijänä voi olla havainnoijan läsnäolo tilanteessa. Tämä voi pahimmillaan muuttaa tilanteen kulkua. (Hirsjärvi ym. 2009, 213.) Meidän toteuttamassa havainnointitilanteessa tämä on asia, joka mahdollisesti voi vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen, sillä läsnäolomme on voinut vaikuttaa osallistujien käytökseen. Havainnoijan läsnäolo tilanteessa kuitenkin mahdollisti osallistujien esittää tarkentavia kysymyksiä tilanteeseen ja materiaalin liittyen, tämän koemme kuitenkin luotettavuutta lisäävänä tekijänä. Havainnointitilanteessa tiedon välitön tallentaminen voi olla hankalaa (Hirsjärvi ym. 2009, 213). Havainnointitilanteessamme tämä ei kuitenkaan ollut ongelma, sillä saimme tehtyä havainnot havainnointipäiväkirjaan välittömästi tilanteessa ja näin ollen se lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheitä, mutta koska luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat silti, tulee tutkimuksen luotettavuutta pystyä arvioimaan. Luotettavuuden arviointiin voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta ja pysyvyyttä. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Tutkimuksen reliabiliteetin arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota tutkimuksen yhdenmukaisuuteen, tarkkuuteen ja tutkimuksen jatkuvuuteen. Jos reliabiliteetti on alhainen, se voi kertoa siitä, että tutkimuksessa käytetty menetelmä on sopimaton tai tuloksia on tullut väärin. (Hiltunen 2009.) Tutkimuksessamme luotettavuutta arvioimme niin, että havainnoimme molemmat samoja asioita, jotta pystyimme arvioimaan, olivatko havaintomme samanlaisia. Havain-

tomme tulokset poikkesivat toisistaan melko vähän, joten voimme todeta, että tuloksemme havainnointitilanteesta olivat melko reliabiliteetteja. Kyselytutkimuksesta saamamme tulokset olivat myös melko samankaltaisia ja niistä voi päätellä, että kysymykset olivat selkeitä ja helposti ymmärrettäviä.

Tutkimuksen validius eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. Joskus tutkimukseen osallistuja voi tulkita kysymyksen tai tutkimuksen tarkoituksen eri tavalla, kuin mitä tutkija on sen ajatellut. Tällöin tutkijan käsitellessä saatuja tuloksia oman ajatuksena mukaan, ei tuloksia voida pitää luotettavina. (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232.) Tutkimuksesamme käytimme kahta erilaista tutkimusmenetelmää, havainnointia sekä kyselytutkimusta. Näin tarkensimme tutkimuksen validiutta (Hirsjärvi ym. 2009, 233). Jotta tutkimus olisi validi, tulee tutkimusotteen olla sopiva ilmiön olemukseen ja kysymystenasetteluun nähden (Hiltunen 2009). Luotettavuutta tutkimuksesamme on kuitenkin voinut heikentää se, että tutkimukseen osallistuvien määrä oli melko pieni. Osa vastaajista oli myöskin vastannut kyselytutkimuksen avoimiin kysymyksiin melko suppeasti, mikä heikentää tutkimuksen pätevyyttä.

## 7.2 Ammatillinen kasvu

Tavoitteenamme oli saada opinnäytetyö valmiiksi kevätlukukauden 2019 loppuun mennessä. Pysyimme hyvin aikataulussa, sillä tavoitteenamme oli saada työsuunnitelma valmiiksi tammikuussa 2019 sekä opinnäytetyön tutkimusosa toteutettua helmikuussa 2019 ja pysyimme tässä aikataulussa. Opinnäytetyön tekeminen on opettanut meitä ajan käytön suunnittelussa sekä joustavuudessa. Alun perin meillä oli täysin erilainen opinnäytetyö aluillaan, mutta meistä riippumattomista syistä jouduimme vaihtamaan aihetta. Koemme tämän vahvistaneen meidän stressinsietokykyä ja kärsivällisyyttä. Tämän takaiskun vuoksi emme kuitenkaan jääneet paikalleen vaan etsimme heti aktiivisesti uuden toimeksiantajan ohjaavan opettajan avustuksella. Uusi aihe olikin molempia enemmän motivoiva ja kiinnostava ja koimme tämän tehneen työn tekemisestä paljon mielekkäämpää. Suurin haaste opinnäytetyön tekemisen aikana on ollut havainnoinnin käyttö simuloitussa tilanteessa aineistonkeruumenetelmänä, koska tällaisella aineistonkeruumenetelmällä ei löytynyt aiempia tehtyjä tutkimuksia. Tästä syystä olemme itse soveltaneet aineistonkeruumenetelmää opinnäytetyöhömme sopivaksi. Tästä olemme oppineet soveltamaan ja yhdistelemään jo ennalta määritellyjä tutkimusmalleja.

Teimme opinnäytetyöprosessistamme SWOT-analyysin riskien arvioimiseksi. SWOT-analyysia käytetään oppimisen ja sen ympäristötekijöiden analysointiin. Analyysista muodostuvien tulosten avulla oppimisprosessia voidaan ohjata sekä tunnistaa prosessin riskikohtia. SWOT-analyysi jaetaan sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Vahvuudet ja heikkoudet ovat sisäisiä tekijöitä, mahdollisuudet ja uhat ovat ulkoisia tekijöitä. (Opetushallitus s.a.). Vahvuuksiksemme nimesimme kiinnostuksemme aiheeseen. Motivaatiotamme opinnäytetyötä kohtaan lisäsi tieto siitä, että työemme tulee tarpeeseen sekä yhteistyön sujuvuus toimeksiantajan kanssa. Heikkouksiimme listasimme kireän aikataulun sekä yhteisen ajan puutteen. Teemme molemmat koulun ohella sijaisuuksia ja toisella meistä on pieni lapsi, joten yhteistä aikaa oli ajoittain haastavaa löytää. Mahdollisuuksiin listasimme mahdollisuuden vaikuttaa raportointiin sekä omaan ammatilliseen kehitykseen. Uhkana näimme sen, että emme löytäisi

tarpeeksi käyttökelpoisia lähteitä. SWOT-analyysia tehdessä opimme arvioimaan ennakoivasti mahdollisia riskejä opinnäytetyönprosessiin liittyen.

Yhteistyötaitomme ovat kehittyneet prosessin aikana, sillä olemme tehneet yhteistyötä paitsi toistemme kanssa myös toimeksiantajana toimivan organisaation kanssa. Olemme jakaneet työtehtävät tasaisesti keskenämme sekä lisäksi olemme järjestäneet yhteistä aikaa opinnäytetyön tekemiseen. Olemme myös aktiivisesti olleet yhteydessä niin toimeksiantajaan kuin ohjaavaan opettajaan työn tekemisen eri vaiheissa. Olemme myös tehneet työhömmä muutoksia toimeksiantajan ja ohjaavan opettajan toiveiden ja ohjeiden mukaisesti.

Ammatillinen osaamisemme on kehittynyt raportoinnin osalta paljon. Olemme tutustuneet ISBAR-menetelmän käyttöön perusteellisesti sekä lisäksi olemme huomanneet kirjaamisen tärkeyden hoitotyössä. Raportoinnin merkitys hoitotyössä ja potilasturvallisuudessa on selkiytynyt meille opinnäytetyötä tehdessä. Opinnäytetyön tekemisen jälkeen pystymme myös itse huomioimaan kommunikaatioon liittyviä ongelmia ja puuttumaan niihin tutkittuun tietoon nojaten. Samalla opimme muista raportointimenetelmistä, kuten kirjallinen raportointi sekä vuoteenvierusraportointi. Lisäksi olemme oppineet tekemään ja soveltamaan sekä kehittämistyötä että laadullista tutkimusta opinnäytetyötä tehdessä.

Olemme oppineet prosessin aikana lähdekriittisyyttä. Olemme hankkineet tietoa erilaisista tietokannoista ja pyrkineet löytämään ajan tasaista ja tutkittua tietoa työhömmä. Olemme myös käyttäneet kansainvälisiä lähteitä ja kielitaitomme on vahvistunut.

### 7.3 Opinnäytetyön merkitys

Opinnäytetyön merkitys tilaajalle Lapinlahden vuodeosastolle on suuri, sillä heidän kokemuksensa mukaan osaston raportointikäytänteissä on puutteita ja se vie liikaa aikaa. Opinnäytetyön tarkoituksena on selkeyttää raportointikäytäntöä ja antaa henkilöstölle ohjeistusta siihen, miten raportointi toteutetaan potilasturvallisesti ISBAR-menetelmää käyttäen. Opinnäytetyön yhteydessä tehtävä tutkimus kuvitteellisia potilastapauksia hyödyntämällä, antaa sekä meille että osaston henkilökunnalle tietoa siitä mihin tulee raportoinnin kehittämiseksi kiinnittää huomiota. Tutkimuksen jatkokehitysmahdollisuudet ovat hyvät, sillä tämän kehittämistyön tuloksia voi tulevaisuudessa tutkia ja selvittää onko osaston raportointi käytänteet kehittyneet opinnäytetyön tuloksena sekä onko ISBAR-menetelmää opittu hyödyntämään raportoidessa.

Hoitotyön näkökulmasta opinnäytetyössä luotu raportointimalli voi vähentää terveydenhuoltoon liittyviä haittatapahtumia, sillä useisiin niistä syynä on informaatioon liittyvät ongelmat. Kyselytutkimuksen tuloksissa kävi ilmi, että hoitohenkilökunta toivoo jonkinlaista mallia raportointiin osastolla. Kommunikaatiota on hyvä tukea erilaisilla työkaluilla ja pitää huolta henkilöstön riittävästä koulutuksesta siihen. Käyttämäämmä menetelmää, jossa ensin tutkitaan suullista raportointia ja sen jälkeen luodaan malli siihen, voitaisiin käyttää myös muissa samankaltaisissa yksiköissä, joissa raportointiin liittyviä ongelmia esiintyy.

## LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- AALTONEN, Leena-Maija ja ROSENBERG, Per 2013. Primum est non nocere. Julkaisussa: AALTONEN, Leena-Maija ja ROSENBERG, Per (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 8–20.
- ACHREKAR, Meera S, MURTHY, Vedang, KANAN, Sadhana, SHETTY, Rani, NAIR, Mini ja KHATTRY, Navin 2016. Introduction of Situation, Background, Assessment, Recommendation into Nursing Practice: A Prospective Study. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing 1/2016. Mumbai: Wolters Kluwer - Medknow Publications, 45–50.
- BUSHY, Angeline 1991. A Rating scale to evaluate research posters. Nurse Educator Vol.16, 1/1991. Philadelphia: NAW Specialty Journal Publishing, 11–15.
- HAIPRO 2009. Millaisia tapahtumia ilmoitetaan [verkkajulkaisu]. Haipro. [Viitattu 2019-01-08.] Saatavissa: [http://www.haipro.fi/ohjeet/Millaisia\\_tapahtumia\\_ilmoitetaan\\_30122009.pdf](http://www.haipro.fi/ohjeet/Millaisia_tapahtumia_ilmoitetaan_30122009.pdf)
- HALLILA, Liisa 2005. Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Julkaisussa: HALLILA, Liisa (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 13–15.
- HEISKANEN, Virve 2016. ISBAR- MENETELMÄ RAPORTOINNIN TYÖKALUNA - Osaaminen sairaanhoidajien kokemana, käytön yleisyys ja käyttämiseen vaikuttaneet tekijät. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. [Viitattu 2019-01-08.] Saatavissa: [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/121665/heiskanen\\_virve.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/121665/heiskanen_virve.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- HILTUNEN, Leena s.a. Metodina kyselytutkimus [verkkajulkaisu]. Jyväskylän yliopisto, Graduryhmä. [Viitattu 2019-03-13.] Saatavissa: <http://www.mit.jyu.fi/OPE/kurssit/Graduryhma/PDFt/kyselytutkimus2.pdf>
- Hiltunen, Leena 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti [verkkajulkaisu]. Jyväskylän yliopisto, Graduryhmä. [Viitattu 2019-03-25.] Saatavissa: [http://www.mit.jyu.fi/OPE/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius\\_ ja\\_reliabiliteetti.pdf](http://www.mit.jyu.fi/OPE/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ ja_reliabiliteetti.pdf)
- HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- IIVANAINEN, Ansa ja SYVÄOJA, Pirjo 2012. Hoida ja kirjaa. 7. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- IMMONEN, Eija, LAITILA, Minna, LEIKKOLA, Päivi ja PITKÄNEN, Anneli 2016. Hiljaiseen raportointiin siirtymisen edellytykset erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla: hoitohenkilökunnan näkemyksiä. Tutkiva hoitotyö 2/2016, 33–39.
- KANANEN, Jorma 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna tai opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- KANANEN, Jorma 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- KARMA, Anna, KINNUNEN, Timo, PALOVAARA, Marjo ja PERTTUNEN, Jaana 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- KINNUNEN, Marina ja PELTOMAA, Karoliina 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Julkaisussa: KINNUNEN, Marina ja PELTOMAA, Karoliina (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 77–97.
- KNUUTILA, Jari, RUUHILEHTO, Kaarin ja WALLENIUS, Jarkko 2007. Terveysturvallisuuden vaaratapahtumien raportointi [verkkojulkaisu]. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007, Terveysturvallisuuden laadunhallinta. Valvira. [Viitattu 2019-01-08.] Saatavissa: [https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1\\_vaaratapahtumien\\_raportointi.pdf](https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1_vaaratapahtumien_raportointi.pdf)
- KUPARI, Petra 2019. ISBAR- Strukturoitu raportointityökalu [luento]. Helsinki: Sairaanhoitajapäivät 2019.
- KUPARI, Petra, PELTOMAA, Karoliina, INKINEN, Ritva, KINNUNEN, Marina, KUOSMANEN, Anssi ja REUNAMA, Terhi 2012. ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. Sairaanhoitaja 3/2012. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto ry, 29–31.
- KUPARI, Petra ja RANTANEN Tuukka 2012. ISBAR auttaa viestimään oleellisen. Systole 2/2012. Espoo: Suomen Ensihoidon Tiedotus Oy, 20–22.
- KUUPPELOMÄKI, Merja 1994. Vuoteenvierusraportoinnin edut ja haitat. Hoitotiede Vol. 6, 4/1994, 171–176.
- LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA L 17.8.1995/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-12-18.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20asemasta#L4P13>
- LAPINLAHDEN KUNTA s.a. Vuodeosasto 1. Opas potilaille ja omaisille [verkkojulkaisu]. Lapinlahden kunta. [Viitattu 2018-12-18.] Saatavissa: <https://www.lapinlahti.fi/fi/Tietoa-kunnasta/Organisatio/Osastot/Sosiaali--ja-terveysosasto/Perusterveydenhuolto/Vuodeosasto-1/Opas-potilaille-ja-omaisille>
- MERTON, Robert K. 1968. Social Theory and Social Structure. Enlarged Edition. New York: the Free Press.
- OPETUSHALLITUS. SWOT-analyysi. [Viitattu 2019-03-19.] Saatavissa: [https://www.oph.fi/saadokset\\_ja\\_ohjeet/laadunhallinnan\\_tuki/wbl-toi/menetelmia\\_ja\\_tyovalineita/swot-analyysi](https://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi)
- PELTOMAA, Karoliina 2009. Joka kymmenes potilas – potilasturvallisuuden lähtökohdat. Julkaisussa: KINNUNEN, Marina ja PELTOMAA, Karoliina (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 17–21.
- PESONEN, Eero 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen [verkkojulkaisu]. Finnanest. [Viitattu 2018-12-19.] Saatavissa: [http://www.finnanest.fi/files/pesonen\\_tarkistus.pdf](http://www.finnanest.fi/files/pesonen_tarkistus.pdf)
- RAUTAVA-NURMI, Hanna, WESTERGÅRD, Airi, HENTTONEN, Tarja, OJALA, Mirja ja VUORINEN, Sinikka 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- ROHTO- Stakes ja Lääkehoidon kehittämiskeskus 2007. Potilasturvallisuussanasto [verkkojulkaisu]. THL. [Viitattu 2019-01-08.] Saatavissa: [https://thl.fi/documents/10531/102913/potilasturvallisuuden\\_sanasto\\_071209.pdf](https://thl.fi/documents/10531/102913/potilasturvallisuuden_sanasto_071209.pdf)
- SAIRAANHOITAJALIITTO 2018. NEWS – Aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä [verkkojulkaisu]. Sairaanhoidajaliitto. [Viitattu 2019-01-08.] Saatavissa: <https://sairanhoitajat.fi/artikkeli/news-aikaisen-varoituksen-pisteytysjarjestelma/>
- SAIRAANHOITAJALIITTO 2014. Potilasturvallisuus [verkkojulkaisu]. Sairaanhoidajaliitto. [Viitattu 2018-12-01.] Saatavissa: <https://sairanhoitajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/>
- SALO, Riitta 2005. Raportointikäytäntöjen kehittäminen hoitotyössä. Julkaisussa: HALLILA, Liisa (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 120–125.
- SHAHID, Shaneela ja THOMAS, Sumesh 2018. Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care – A Narrative Review. Safety in Health 4/2018, 2. Lontoo: BioMed Central.
- TEPPONEN, Heli, VÄLIMÄKI, Maritta ja SUOMINEN, Tarja 1998. Miten tehdään posterit? Ohjeita posterin suunnittelijalle. Hoitotiede Vol.10, 5/1998, 309–314.
- TERVEYDENHUOLTOLAKI. L 30.12.2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2018-11-27.] Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P7>
- THL 2011. Potilasturvallisuusopas [verkkodokumentti]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 2018-11-27.] Saatavissa: <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>
- TUOMI, Jouni ja SARAJARVI, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 107.
- TURTIAINEN, Tiina 2005. Hoitotyön kirjaamiseen perustuva raportointikäytäntö osastolla K10 Helsingin lasten ja nuorten sairaalassa. Julkaisussa: HALLILA, Liisa (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 126–131.
- TURUN AMMATTIKORKEAKOULU s.a. Simulaatiolla osaamista hoitotyöhön [verkkojulkaisu]. Turun ammattikorkeakoulu. [Viitattu 2018-12-18.] Saatavissa: [http://www.turkuamk.fi/media/pdf/simulaatiot-tyoyhteisoille\\_23.pdf](http://www.turkuamk.fi/media/pdf/simulaatiot-tyoyhteisoille_23.pdf)
- TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [verkkodokumentti]. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Viitattu 2019-03-16] Saatavissa: [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)
- WEISER, Thomas, HAYNES, Alex, DZIEKAN, Gerald, BERRY, William, LIPSITZ, Stuart ja GAWANDE, Atul 2010. Effect of A 19-Item Surgical Safety Checklist During Urgent Operations in A Global Patient Population. Annals of Surgery [digilehti] 5/2010, 976-980. [Viitattu 2018-12-19.] Saatavissa: [http://www.cicsp.org/wp-content/uploads/2015/05/Effect\\_of\\_A\\_19-Item\\_Surgical\\_Safety\\_Checklist.pdf](http://www.cicsp.org/wp-content/uploads/2015/05/Effect_of_A_19-Item_Surgical_Safety_Checklist.pdf)

## LIITE 1: KYSELYLOMAKE

Ammattinimikkeesi: \_\_\_\_\_

1. Mitä kehitettävää osaston suullisessa raportoinnissa on sinun mielestäsi?

2. Millä keinoilla kehittäisit itse raportointia?

3. Kauanko vuoronvaihto raportointi pääsääntöisesti osastolla kestää?

## LIITE 2: POSTERI

<h1>RAPORTOINTIKORTTI</h1> <h2>LAPINLAHDEN TERVEYSKESKUS</h2>	
I	<b>IDENTIFY/TUNNISTA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Kerro nimesi, ammattinimikkeesi sekä työyksikkösi</li> <li>Kerro potilaan nimi, ikä sekä *henkilötunnus</li> </ul>
S	<b>SITUATION/TILANNE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kerro raportoinnin syy tiivistetysti. Tämä on esimerkiksi vuoronvaihtoraportilla potilaan osastolle tulosy ja lääkäriä konsultoitaessa syy, miksi hänelle soitat.</li> </ul>
B	<b>BACKGROUND/TAUSTA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kerro potilaan <u>olennaiset</u> perussairaudet sekä niihin liittyvät erityishuomiot. Mikäli potilaalla on <u>oleellisia</u> aiempia sairauksia, kerro ne nyt.</li> <li>Kerro hoitajakson aikana tehdyt keskeiset tutkimukset, toimenpiteet sekä hoitolinjaus.</li> <li>Kerro potilaan mahdolliset allergiat ja tilanteen vaatiessa eristystoimenpiteet.</li> </ul>
A	<b>ASSESSMENT/NYKYTILANNE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kerro lyhyesti potilaan nykytilanne (tämän hetkinen vointi, viimeisimmät mittaukset...)</li> <li>Kerro potilaan voinnin muutokset kyseisen hoitajakson aikana. Mikäli kyseessä on vuoronvaihtoraportti ja hoitajat tuntevat potilaan, kerro muutokset ajalta, josta hoitajat eivät ole vielä tietoisia.</li> </ul>
R	<b>RECOMMENDATION/TOIMINTAEHDOTUS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tee tarvittaessa toimintaehdotus, esimerkiksi seurannan lisääminen, tietty toimenpide, muutos potilaan hoitosuunnitelmaan tai lääkärin konsultointi.</li> <li>Mikäli potilaan tilanne on kiireellinen, vaadi ripeää toimintaa!</li> <li>Varmista kuulijalta, onko hänellä kysyttävää. *Varmista myös yksimielisyys potilaan hoidosta sekä aikataulusta.</li> </ul>
<p>*Kerro tähdellä merkityt kohdat, mikäli konsultoit lääkäriä puhelimitse, annat raporttia toisen yksikön hoitajalle tai koet sen muuten tarpeelliseksi.</p>	

Hanna Kiviharju & Mirka Mönttinen. 27.3.2019



**SAVONIA**  
AMMATTIKORKEAKOULU