

Maarit Ervasti ja Tarja Hackzell

**NOPEA TIEDONSIIRTO PUHELIMITSE TASKUKORTTIA APUNA KÄYTTÄEN IS-
BAR-MENETELMÄÄ HYÖDYNTÄEN**

**NOPEA TIEDONSIIRTO PUHELIMITSE TASKUKORTTIA APUNA KÄYTTÄEN IS-
BAR -MENETELMÄÄ HYÖDYNTÄEN**

Maarit Ervasti ja Tarja Hackzell
Opinnäytetyö
Syksy 2019
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja
johtamisen tutkinto-ohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Tekijät: Tarja Hackzell ja Maarit Ervasti

Opinnäytetyön nimi: Nopea tiedonsiirto puhelimitse taskukorttia apuna käyttäen ISBAR-menetelmää hyödyntäen

Työn ohjaaja: TtT, tuntiopettaja Kati Päätalo ja TtT, yliopettaja Reetta Saarnio

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2019

Sivumäärä: 61 + 17

Tämä opinnäytetyö on tutkimuksellinen kehittämistyö, joka toteutettiin yhteistyössä Oulun kaupungin valikoitujen hoitoyksiköiden hoitohenkilökunnan kanssa. Hoitoyksiköitä olivat Hirosenkoti C4, Oulun kaupunginsairaalan osastot A3, H2 ja G4, Itä-Tuiran-Puolivälinkankaan kotihoidon tiimit (Itä-Tuira tiimit 1 ja 2, Välvainion tiimi, sekä Puolivälinkankaan tiimi) sekä Herttakoti.

Kehittämistyömme tarkoituksena on kuvailla ja selvittää Oulun kaupungin hoitoyksiköiden asiassiiirtymien välisen nopean tiedonannon keskeisimmät tarpeet, jotka tapahtuvat puhelimen välityksellä sekä kehittää Oulun kaupungin tarpeita vastaava taskukortti ISBAR-menetelmää hyödyntäen. Tavoitteena oli potilasturvallisuuden parantaminen, yhteisen toimintatapamallin luominen ja tiedonsiirron nopeuttaminen kehittämämme taskukortin avulla Oulun kaupungin hoitoyksiköiden välillä.

Kehittämistyömme perustuu aikaisempaan teoriaan (ISBAR-menetelmä, potilas- ja työturvallisuus, tiedonsiirtoja raportointi), kahteen Webropol-kyselyyn ja Oulun kaupungin valikoitujen työyksiköiden hoitohenkilöstön kanssa tehtyyn yhteistyöhön. Kehittämistyömme on toteutettu neljässä eri vaiheessa. Kehittämistyön menetelmänä käytettiin pääasiassa määrällistä ja osittain laadullista menetelmää. Aineisto kerättiin kahdella kehittämällämme Webropol-kyselyn avulla. Määrällistä aineistoa on kuvailtu prosenttein ja frekvenssiluvuin. Laadullista aineistoa on kuvailtu sisällön kuvauksen keinoin aineiston jäädessä vähäiseksi.

Kehittämistyömme tuloksena kehitimme lopullisen taskukortin. Taskukorttiin valikoitui lähes kaikki ISBAR-menetelmän kohdat, mutta visuaalisesti teimme siitä eri näköisen. Valmiin taskukortin voi Oulun kaupunki ottaa tarvittaessa käyttöönsä hoitoyksiköihin.

Kehittämisehdotuksena esitämme, että voisi tutkia, kuinka taskukortti tulisi hyödyttämään myös muiden palveluntarjoajien tarpeita kunnallisella ja yksityisellä puolella. Esitämme myös, että taskukortin käyttökokemuksia voisi vuosien päästä tutkia uudelleen.

Asiasanat: ISBAR-menetelmä, potilasturvallisuus, raportointi, tiedon siirto, työturvallisuus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Development and Management of Health and Social Care

Authors: Tarja Hackzell ja Maarit Ervasti

Title of thesis: Fast data transfer telephone card using the ISBAR-method.

Supervisors: TtT, tuntiopettaja Kati Päätaalo ja TtT, yliopettaja Reetta Saarnio

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2019

Number of pages: 61 + 17

This Master's thesis is a research development work carried out in cooperation with the nursing staff of selected treatment units in the city of Oulu. The treatment units were Hirosenkoti C4, Oulu City Hospital wards A3, H2 and G4, East Tuira-Puolivälinkangas home care teams (East Tuira teams 1 and 2, Välvainio team, and Puolivälinkangas team) and Herttakoti.

The purpose of our development work is to describe and clarify the most important needs of a quick communication between Oulu City treatment units via telephone and to develop a pocket card that meets the needs of the City of Oulu using the ISBAR method. The aim was to improve patient safety, create a common operating model and speed up the transfer of data between the treatment units of the City of Oulu using the pocket card we developed.

Our development work is based on previous theory (ISBAR, Patient and Occupational Safety, Data Transfer Reporting), two Webropol surveys, and collaboration with Nursing Staff of the City of Oulu. Our development work has been carried out in four stages. The development method used was mainly quantitative and partly qualitative. The material was collected through two Webropol surveys we developed. Quantitative data are described in percentages and frequency numbers.

The qualitative material has been described by means of content description, but the material is minor. As a result of our development work, we developed the final pocket card. Almost all the ISBAR methods were selected for the pocket card, but visually we made it look different. The City of Oulu can take the completed pocket card to treatment units if needed.

As a development proposal, we suggest that could explore how your pocket card could also serve the needs of other service providers in the municipal and private sectors. We also suggest that Pocket Card User Experience could be re-examined over the years.

Keywords: ISBAR-method, patient safety, reporting, data transfer, occupational safety

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 NOPEA TIEDONSIIRTO PUHELIMITSE JA POTILASTURVALLISUUS	8
2.1 Asiakkaiden tiedon välittyminen ja raportointi puhelimen välityksellä	10
2.2 ISBAR-menetelmä	14
3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT	18
4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN	20
4.1 Tutkimuksellinen kehittämistyön prosessi	21
4.2 Kehittämistyöhön osallistujat, menetelmät ja aineistojen keruut eri vaiheissa	22
4.2.1 Ensimmäinen tutkimusvaihe ja 1. Webropol-kysely	25
4.2.2 Kehittämisvaihe ja taskukortin prototyyppi	26
4.2.3 Toinen tutkimusvaihe, taskukortin prototyypin testaus, 2. Webropol-kysely	27
4.2.4 Toinen kehittämisvaihe ja lopullinen versio taskukortista	28
5 TULOKSET	29
5.1 Ensimmäisen tutkimusvaiheen tulokset	29
5.2 Ensimmäisen kehittämisvaiheen tulokset	37
5.3 Toisen tutkimusvaiheen tulokset	38
5.4 Toisen kehittämisvaiheen tulokset	43
6 POHDINTA	45
6.1 Kehittämistyön luotettavuus	45
6.2 Kehittämistyön eettisyys	47
6.3 Kehittämistyön arviointi	49
6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet	51
LÄHTEET	52
LIITTEET	60

1 JOHDANTO

Kehittämistyömme tarkoituksena on kuvailla ja selvittää Oulun kaupungin hoitoyksiköiden asiakas-siirtymien välisen nopean tiedonannon keskeisimmät tarpeet, jotka tapahtuvat puhelimen välityksellä sekä kehittää Oulun kaupungin tarpeita vastaava taskukortti ISBAR-menetelmää hyödyntäen. Tavoitteena oli potilasturvallisuuden parantaminen, yhteisen toimintatapamallin luominen ja tiedonsiirron nopeuttaminen kehittämämme taskukortin avulla Oulun kaupungin hoitoyksiköiden välillä.

Kehittämistyömme aihe on lähtöisin Oulun kaupungin ikäihmisten työyksiköstä. Kehitettävän taskukortin avulla ohjeistetaan hoitajaa antamaan tiivistetyt tiedot puhelinkeskustelujen aikana asiakkaasta uuteen hoitoyksikköön. Vaikka tiedot löytyvät yhteisestä tietojärjestelmästä Efficasta, ei kokemuksemme mukaan työelämän hektisyyden vuoksi ole aina aikaa etsiä tietoa tietokannasta. Työyksikön kokemuksen mukaan tiivistetty ja kattava raportointi hyödyntäisi asiakkaan siirtymistä uuteen hoitoyksikköön, koska asiakas voi tulla yksikköön kesken ruokailun tai muun tilanteen. Taskukortin käyttäminen lisää potilas- ja työturvallisuutta oleellisin tiedon siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen nopeasti ja näin yksiköihin kehittyä yhtenäinen toimintatapamalli tiedonsiirtoon puhelimitse (WHO 2007).

Kehittämämme taskukortti perustuu ISBAR-menetelmään. ISBAR-menetelmä muodostuu Sairaanhoidajaliiton ISBAR-kortin mukaan sanoista Tunnista (Identify), Tilanne (Situation), Tausta (Background), Nykytilanne (Assessment) ja Toimintaehdotus (Recommendation). Tunnista osiossa esitellään aluksi oma nimi, ammattinimike ja yksikkö, josta ollaan yhteydessä. Seuraavana kerrotaan potilaan nimi, sosiaaliturvatunnus, sukupuoli, mistä potilas on tulossa ja mihin menossa. Tilanne osiossa kerrotaan raportoinnin syy. Tausta osiossa kerrotaan nykyiset sekä oleelliset aiemmat sairaudet, hoidot, ongelmat, allergiat sekä tartuntavaarat. Nykytilanne osiossa kerrotaan viitaalitoiminnot ja oleelliset asiat potilaan tilasta. Toimintaehdotus osiossa voidaan ehdottaa esimerkiksi tarkkailun lisäämistä, toimenpiteitä sekä varmistaa onko muuta kysyttävää. (Sairaanhoidajaliiton ISBAR-kortti 2013.)

Yliopistollisilla sairaaloilla kuten esimerkiksi Oulun yliopistollisessa sairaalassa on käytössä ISBAR-menetelmäkortti, ja siitä on ollut hyviä kokemuksia (Sjöman & Kippola 2018a). Avoterveydenhuollossa raportoinnin ei tarvitse olla välttämättä yhtä laaja kuin ISBAR-menetelmäkortissa, vaan sitä

voidaan muokata työyksikköön soveltuvaksi (Kupari, Peltomaa, Inkinen, Kinnunen, Kuosmanen & Reunamaa 2012). Käytännössä on yhdessä hoitoyksikössä, johon olemme kehittämistehtävääme kohdentaneet huomattu puutteita tiedonsiirroissa, ja tämän vuoksi potilasturvallisuus on vaarantunut. Toimivalla tiedonhallinnalla voidaan parantaa työntekijöiden kommunikoinnin tarkkuutta (Jylhä 2017, 7) ja tehokkuutta kuten ISBAR-menetelmällä on saatu aikaiseksi sekä lisätä potilasturvallisuutta (Hallström & Stigell 2015, 39–40). ISBAR on tarkoitettu tehokkaaseen ja yhtenäiseen kommunikointiin. Menetelmällä saadaan kaikki tarpeelliset tiedot tiivistetyksi asiakkaasta/potilaasta. (Sairaanhoitajaliitto 2014, viitattu 25.10.2018; Sjöman & Kippola 2018a, 5.)

1990-luvulla Yhdysvaltojen puolustusvoimissa kehitetty SBAR-menetelmä levisi nopeasti ilmailualalle ja siitä edelleen muokattuna terveydenhuollon käyttöön. Menetelmästä käytetään myös nimitystä ISBAR. Menetelmä on kehitelty alun perin suullisen tiedonkulun yhdenmukaistamiseksi. (Sjöman & Kippola 2018b; Kupari ym. 2012, 29.) Heikko raportointi aiheuttaa vaaraa hoidon jatkuvuudelle ja lisää hoitovirheiden riskiä jopa 70%:lla. ISBAR- menetelmässä on olennainen tieto selkeässä priorisoidussa ja tiiviissä muodossa. Menetelmä mahdollistaa johdonmukaisen ja yhtenäisen kommunikaation. Menetelmä on järjestelmällistä, laatua parantavaa ja ajankäyttöä tehostavaa. Asiakkaan siirtoon liittyvät prosessit muuttuvat tehokkaammiksi. Suomessa menetelmää suosittelevat ja ovat levittäneet Suomen sairaanhoitajaliitto ja Suomen potilasturvallisuusyhdistys. WHO ja STM suosittelevat myös menetelmän käyttöä. Käypähoito suosituksissa löytyy myös maininta ISBAR-menetelmästä. (WHO 2007; Kupari ym. 2012, 29; Käypähoito 2016; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2017, 57; Sjöman & Kippola 2018b; Potilasturvallisuusyhdistys 2018, viitattu 25.10.2018.)

2 NOPEA TIEDONSIIRTO PUHELIMITSE JA POTILASTURVALLISUUS

Potilaat voivat kohdata hoitajakson aikana useita eri terveydenhuollon ammattilaisia ja asiantuntijoita perusterveydenhuollossa, avohoidossa, ensiavussa, tehohoidossa tai kuntoutuksessa. He voivat siirtyä myös eri hoitoyksiköiden välillä ja kohdata vuorokauden aikana kolmea eri vuorossa olevaa hoitohenkilöä. Oleellinen tieto ja viestintä potilaasta ei aina siirry yksiköiden välillä tai hoitoyksikön sisällä. Annetut tiedot voidaan ymmärtää ajoittain myös väärin. Nämä viestinnän aukot voivat aiheuttaa hoidon jatkuvuuden katkeamisen, epäasianmukaisen hoidon tai mahdollista muuta haittaa potilaalle. Luovutusviestintä yksiköiden välillä liittyy potilaskohtaisen tiedon siirtämiseen hoitajalta toiselle hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden varmistamiseksi. Jaettu tieto koostuu potilaan nykytilanteesta, äskettäisestä tilamuutoksesta, hoidosta ja mahdollisista komplikaatioista, joita saattaa potilaalla esiintyä. Potilaiden luovuttamiseen liittyvät ongelmat ovat kansainvälinen huolenaihe. Potilasturvallisuuden kannalta olisi tärkeää parantaa luovutusviestintää. Tarvitaan yhtenäinen kieli kriittisen tiedon välittämiseen, joka WHO:n mielestä on SBAR (tilanne, tausta, arvio ja suositus), jonka prosessi voi tarjota standartin viestintäkehyksen potilaan hoidon luovutuksiin. (WHO 2007.)

Potilasturvallisuuden edistäminen on tärkeä osa terveydenhuollon yksiköiden toimintaa ja siitä on säädetty laissa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, 3§; Terveydenhuoltolaki 2010, 8§; Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 21; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011, 1§ Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011, 3, 9; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.) Kehittämistyömme nojautuu terveydenhuoltolakiin, sillä työmme tarkoitus on parantaa potilasturvallisuutta kuten laissa säädettyllä tavalla. Terveydenhuoltolain pykälä 8 mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin sekä näyttöön perustuvaan toimintaan. Terveydenhuollon toiminnan on oltava turvallista, laadukasta ja asianmukaisesti järjestettyä. Kunnan perusterveydenhuollon on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, ellei tästä muutoin erikseen sovita. (Terveydenhuoltolaki 2010, 8§; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 2011, 1§.) Terveydenhuollon toimintayksikön täytyy laatia suunnitelma potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta ja laadunhallinnasta. Huomioon täytyy ottaa potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. (Terveydenhuoltolaki 2010 8§; Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 21; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta

laadittavasta suunnitelmasta 341/2011, 1§; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määritetään, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Laki velvoittaa, että potilaasta annettu tieto takaa hyvän hoidon ja potilasturvallisuuden eri hoitoyksiköissä. Kehittämistyömme tavoitteena on potilasturvallisuuden parantaminen ja tiedonsiirron nopeuttaminen ja yhtenäistäminen Oulun kaupungin hoitoyksiköiden välillä. Työturvallisuuslain (738/2002) tarkoituksena on parantaa työolosuhteita ja työympäristöä työntekijöiden työkyvyn ylläpitämiseksi ja turvaamiseksi. Lain tarkoitus on myös ennalta ehkäistä työtapaturmia, ammattitauteja sekä muita työstä ja työympäristöstä johtuvia fyysisen ja henkisen terveyden haittoja. Työnantajalla on velvollisuus huolehtia työntekijöiden terveydestä ja turvallisuudesta. Työnantajan on otettava huomioon työhön, työoloihin ja muuhun työympäristöön sekä työntekijän henkilökohtaisiin edellytyksiin liittyvät seikat. Työnantajan täytyy suunnitella, valita, mitoittaa ja toteuttaa työolosuhteiden parantamiseksi tarvittavat toimenpiteet. (Työturvallisuuslaki 738/2002, 1: 1§, 2§, 2: 8§.) Työturvallisuus hoitoyksiköissä lisääntyy. Asiakkaasta saadaan oikeaa ja riittävää tietoa esimerkiksi oikeiden työtapojen valinnassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Inhimillistä kärsimystä aiheutuvia tapahtumia estämällä vähenevät myös kustannukset (Järvelin, Haavisto & Kaila 2010; Helavuo, Kinnunen, Peltomaa ja Pennanen 2011, 72; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 5, 11–12.) Sosiaali- ja terveydenhuollon potilas- ja asiakasstrategian 2017–2021 tarkoituksena on edistää turvallista ja vaikuttavan hoidon toteuttamista. Myös laatu sekä potilas- ja asiakasturvallisuusasiat ovat osa riskienhallintaa. (Helavuo ym. 2011, 72; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 5, 11–12.) Potilas- ja asiakasturvallisuudella tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja. Tarkoituksena on varmistaa hoidon, hoivan ja palvelujen turvallisuus ja suojata asiakkaita vahingoittumasta. Se kattaa ehkäisevät, hoitavat ja korjaavat, että kuntouttavat sosiaali- ja terveystalvet. Yksiköiden on turvattava myös sosiaali- ja terveydenhuollon dokumentointi ja tiedonkulu. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 5, 11–12.)

Turvalliseen hoidon toteutumiseen vaikuttavat hoitoprosessien ja palvelujärjestelmien pirstaleisuus. Etenkin tiedonkulussa virhemahdollisuudet lisääntyvät (Pasternack 2006, 2459; Jauhiainen 2009; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9; Mikkonen 2014; Kanerva 2015; Kinnunen & Väisänen 2016; Jylhä 2017; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017), koska henkilöstön voimavarat ovat

usein niukat ja työntekijät vaihtuvat usein. Myöskään sähköiset potilasjärjestelmät eivät takaa tyydyttävää tukea potilasturvallisuuden seurantaan ja edistämiseen. Inhimilliseen toimintaan liittyy aina erehtymisen mahdollisuus. Potilasturvallisuutta voidaan pitää terveydenhuollon laadun perustana. Se perustuu jäsenytneeseen tapaan tehdä työtä, jonka tarkoitus on vähentää hoidosta johtuvia haittoja ja hoitovirheitä. Järjestelmän tarkoituksena on tunnistaa, arvioida ja kontrolloida potilasturvallisuuden riskejä ja kuvata yhdenmukaisia menettelytapoja. (Pasternack 2006, 2459; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9–10.)

SBAR-raportointimenetelmän käytöllä on saatu suuntaa antavia positiivisia tuloksia vaikutuksista potilasturvallisuuteen. Vahvinta näyttöä menetelmän käytössä on saatu potilasturvallisuuden edistämistä hoitajan ja lääkärin välisessä puhelinviestinnässä. Hoitotyön tutkimussäätiö suosittelee SBAR-raportointimenetelmän käyttöä, koska siitä ei ole todettu olevan haittaa, eikä haittatapahtumien määrä ole lisääntynyt sen käyttöön oton jälkeen. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2019, viitattu 10.9.2019.)

2.1 Asiakkaiden tiedon välittyminen ja raportointi puhelimen välityksellä

Onnistuneeseen tiedonvälittämiseen tarvitaan viestintää, jonka peruselementtejä ovat viestin lähettäjä, viestintäkanava, viestin vastaanottaja ja itse viesti. Potilaan hoitoon sisältyy paljon viestintää, jolloin edellä mainitut elementit tulee huomioida. Hyvän hoidon toteuttaminen on riippuvainen käytössä olevasta tiedon laadusta, mutta sen käyttö tarvitsee myös aktiivisen lähettäjän, tehokkaat kanavat, ja joustavan vastaanottajan, jonka vuoksi hoitajalla on merkittävä rooli tiedon välittämisessä ja siirtämisessä muille hoitotyöhön osallistuville. Työvuorojen vaihtuessa suullinen viestintä on yleisimmin käytetty viestinnän muoto. Sen ongelmia ovat erityisesti viestinnän sisältö ja vastaanottajan kyky ymmärtää viestiä. (Saranto & Ikonen 2008, 157, 160.)

Potilasta koskevan tiedon välittyminen on hyvin tärkeää potilasturvallisuuden lisäämisen kannalta (WHO 2007; Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 21; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9; Tamminen & Metsävainio 2015; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018). WHO on lähtenyt hakemaan asiaan ratkaisua tarkistuslistan avulla. Tarkistuslistat ja haittatapahtumien analysointi ovat tärkeä osa potilasturvallisuuden kokonaisuutta. (WHO 2018, viitattu 23.12.2018.) Toimintayksiköissä tulisi olla potilasturvallisuussuunnitelma, jossa on määritelty tiedonkulun periaatteet (Kuntaliitto 2011, 7–8; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 27, 32). Selkeän viestinnän tärkeys korostuu potilaiden

siirtymisen aikana potilasturvallisuuden lisäämisenä, sillä puutteellinen viestintä on yksi suurimmista tekijöistä, joka johtaa potilaan hoidon huonoon lopputulokseen ja virheisiin terveydenhuollossa (Caprice, Scott, David, Stuart, Selwyn & Michael, 2007; Rabøl, Andersen, Ostergaard, Bjørn, Lilja & Mogensen, 2011; Media World 2013; Scotten, LaVerne Manos, Malicoat & Paolo, 2015, 895–900). Aikaisemmat tutkimukset korostavat viestintätaitojen parantamista (Scotten, ym. 2015, 895–900; Jylhä 2017). Capricen ym. (2007) tutkimuksessa on todettu, että 60 tapauksessa 444:sta oli havaittu, että puutteellisesta tiedonsiirrosta oli aiheutunut haittaa potilaalle.

Tiedonkulun toimivuus organisaation sisällä tulee varmistaa, koska se on yksi perustekijä laadukkaan ja turvallisen hoidon antamisessa. (Helavuo ym. 2011, 72; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 27, 32.) Tiedonkulun rajapinnoilla, kuten esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiedonkulun tulee olla potilasturvallisuussuunnitelmassa huomioituna. Tiedonkulun toimivuus tulee varmistaa organisaation sisällä jokaisen yksikön henkilöstön jäsenten välillä huomioiden moniammatillisen tiimityöskentelyn vaatimukset yksiköiden välillä ja organisaation eri tasojen välillä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 27.)

Työntekijöiden tulisi sitoutua noudattamaan yhteisesti sovittuja toimintatapoja ja näin edistää potilasturvallisuutta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 15). Organisaatiolla on oltava ohjeet toimintatavoista, jotka estävät vaaratapahtumia ja varmistavat laadukkaan ja turvallisen hoidon. Tiedonkulun, kirjaamisen ja dokumentaatioiden tulisi toteutua samanlaisina kaikissa organisaatioissa, erityisesti potilaan tai asiakkaan siirtyessä organisaatiosta toiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 6, 9; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 15.) Potilasturvallisuussuunnitelman laatimisen yhteydessä tulee määritellä tavat, joilla huolehditaan tarpeellisesta laadunhallintaan ja potilasturvallisuuden liittyvästä yhteistyöstä. Tavoitteena on yhtenäistää potilasturvallisuuskäytäntöjä sekä menetelmien että tilastoinnin osalta yhdenmukaistamalla potilasturvallisuuskulttuuria, koulutuksellista yhteistyötä, laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 6, 9, 15; Helavuo ym. 2011, 72; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 32.)

Työkalut raportointiin ovat olemassa, mutta kattavan tiedonkeruun esteitä on monenlaisia. Raportoinnin esteet johtuvat usein yksikön kulttuurista, työvuorojen vaihtumisesta tai potilaan siirtymisestä vuodeosastolta toiselle, jolloin raporteista saattaa jäädä tärkeää tietoa siirtymättä. Virheet ovat usein huonosti suunniteltujen prosessien tai hoitojärjestelmien synnyttämiä. (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 22; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9.) Jopa 65% –70% haittatapahtumista liittyy tiedonkulun ongelmiin (Caprice ym. 2007; Sandlin 2007), muun muassa tiedonkulun

katkeamiseen tai väärinkäsityksiin, jotka ovat yleisempiä haittatapahtumien syitä prosessin eri vaiheissa (Helavuo ym. 2011, 72).

Ennaltaehkäistävästä haittatapahtumista olisi ainakin puolet voitu estää ennakoimalla, toiminnan järjestelmällisellä seurannalla sekä vaara- ja haittatapahtumista oppimalla (Soop, Fryksmark, Köster & Haglund 2009; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 10; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 14). Tämä lisää myös henkilöstön työturvallisuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 14). Nykyaikaisessa terveydenhuollossa tiedonkulun rooli on tärkeää, koska terveydenhuollon järjestelmät ovat muuttuneet monimutkaisemmiksi (Tamminen & Metsävainio 2015, 338). Terveydenhuoltolaki antaa asetuksen laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnitelmasta. Siinä on määritelty menettelytavat, rakenteet ja vastuut toimintayksikön laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta varten. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326; Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 22; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9.)

Haittatapahtumista johtuvat kustannukset ovat huomattavia ja niitä voitaisiin pienentää toimenpiteillä, jotka ehkäisevät haittatapahtumia ja edistäisivät potilasturvallisuutta (Järvelin, Haavisto, Kaila 2010). Keskeisiä keinoja vähentää turvallisuusriskejä ja erehtymisen mahdollisuuksia ovat rakenteiden, prosessien ja tiedonkulun jatkuva kehittäminen. Turvallisuusriskejä liittyy erityisesti tiedonhallintaan ja muutosprosesseihin. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326; Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9; 21–22; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 15.) Myös suullisen raportoinnin systemaattisuutta ja sisältöä tulisi kehittää. Vakioitujen toimintatapojen järjestelmällisellä käytöllä riskien hallintaa on pyritty hallitsemaan. Kriittisten työvaiheiden ja tilanteiden analysoinnilla ja virheiden tunnistamisella voidaan kehittää turvallisuutta varmistavia menetelmiä. (Helavuo ym. 2011, 72, 202–203.)

Suurin osa hoitovirheistä johtuu järjestelmän heikkouksista tai häiriöistä, kuten esimerkiksi potilasta koskeva tärkeä tieto ei välity lainkaan tai se muuttuu matkan varrella (Cook, Render & Woods 2000; Paternack 2006, 2459; Rabøl ym., 2011). Virheiden osuus suullisessa viestinnässä on 55%, joka tapahtuu potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen. Erityisesti puhelimitse tapahtuva viestintä ja tiedonvaihdot olivat haavoittuvaisimpia tapahtumia ja olivat usein potilasturvallisuustapahtumien perussyinä tai siihen vaikuttavina tekijöinä. (Rabøl ym., 2011.) Virheiden minimointi edellyttää tietoa virheiden mahdollisuudesta ja niistä toiminnoista, joissa niitä eniten sattuu (Nolan 2000; Scotten ym. 2015, 895–900). Oikeilla toimenpiteillä virheitä voidaan vähentää esimerkiksi tukemalla tiedonkulkua kirjallisiin selkeisiin asiakirjoihin (Nolan 2000). ISBAR-menetelmä todetaan hyödylliseksi

työkaluksi tiedonsiirrossa hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden ylläpitämiseksi (Meester, Verspuy, Monsieurs & Bogaert, 2013, 1192; Spooner, Aitken, Corley, & Chaboyer, 2018).

Aikaisemmat tutkimukset (Jauhiainen 2009; Mikkonen 2014; Kanerva 2015; Kinnunen & Väisänen 2016; Jylhä 2017) osoittavat, että oikean tiedon anto ja saanti suullisessa raportoinnissa ovat tärkeä osa potilasturvallisuutta. Tutkimuksissa osoitetaan myös saatujen tietojen tärkeyttä hoitoon liittyviä päätöksiä tehtäessä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on kuvattu organisaation sisäisiä potilassiirtoja ja sairaanhoitajan roolia potilassiirroissa teho- ja vuodeosastosairaanhoitajien näkökulmasta (Jauhiainen 2009), sekä päivystyspoliklinikan hoitajien ja ensihoidonhenkilöstön näkökulmaa potilaan luovutus prosessin toteutumisesta (Mikkonen 2014). Tutkimuksessa kehitettiin tarkistuslista suullisen raportoinnin välineeksi Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen ensiapuun ja osastolle, potilasturvallisuuden varmistamiseksi (Kinnunen & Väisänen 2016). Aikaisemmissa tutkimuksissa on kehitetty teoria iäkkään potilaan selviytymisestä ja sitä edistävästä yhteistyöstä potilaan siirtyessä kodin ja sairaalan välillä (Koponen 2003) sekä kuvattu ja selvitetty, mistä tekijöistä potilasturvallisuus muodostuu turvallisuus kriittisissä organisaatioissa ja luotu teoreettisten lähtökohtien sekä empiiristen tutkimusten pohjalta potilasturvallisuuden jatkuvan kehittämisen malli (Kanerva 2015). On myös esitetty teoria, jossa kehitetään ja testataan mallia, joka yhdistää tietokulttuurin, tiedonhallintaan liittyvät vaaratilanteet sekä haittatapahtumat Jylhän tutkimus on tuottanut ymmärrystä tiedonhallinnan vaaratilanteista ja tietoa turvallisen tiedonhallinnan kehittämiseen sairaaloissa. (Jylhä 2017.)

Tutkimuksissa on osoitettu, että keskeiset kriittiset kohdat liittyvät tehohoidon tiiminjohtajien vuorovaihtojen tiedon siirtoon australialaisessa tehohoidossa. Tällöin ISBAR-menetelmän toimivuus ja hyödyllisyys osoitettiin tärkeäksi tekijäksi tiedonsiirrossa hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden ylläpitämiseksi siirtymävaiheessa. (Spooner ym. 2018.) Tutkimuksen avulla määriteltiin, että ISBAR:lla on vaikutusta tehokkaassa viestinnästä sairaalaosastoilla sairaanhoitajan ja lääkärin välillä (Meester ym. 2013). ISBAR:lla on myös vaikutusta projektin viestintätaitojen parantamisessa ja harjoittamisessa virheiden vähentämiseksi, hoidon keston sekä hoidon tason parantamiseksi (Scotten, ym. 2015).

Aikaisemmat tutkimukset (Cook, Render & Woods 2000; Nolan 2000; Paternack 2006 Caprice ym. 2007; Jauhiainen 2009; Rabøl ym. 2011; Media World 2013; Meester, Verspuy, Monsieurs & Bogaert, 2013; Mikkonen 2014; Kanerva 2015; Scotten ym. 2015; Kinnunen & Väisänen 2016; Jylhä 2017; Spooner ym.2018) osoittavat, että tiedonkulun yhtenäistäminen hoitoyksiköiden välillä lisää

potilasturvallisuutta. Oulun kaupungilla ei ole olemassa yhtenäisiä ohjeita organisaatioiden välillä puhelimitse annettujen tiedonsiirtojen pohjaksi, jonka vuoksi kehittämistyöllämme on selkeä tilaus potilasturvallisuuden ja yhtenäisten toimintatapojen luomiseen. Yhtenäiset ohjeet lisäävät niin potilas- kuin työturvallisuutta, koska asiakkaasta on saatu oleellisin tieto esimerkiksi liikkumisen kanalta. Hyödynnämme ISBAR-menetelmää taskukortin pohjana.

2.2 ISBAR-menetelmä

SBAR-menetelmä on kehitetty Yhdysvaltain merivoimissa 1990-luvulla suullisen tiedonkulun yhdenmukaistamiseksi ja se levisi pian ilmavoimiin ja sitä kautta terveydenhuollon alalle. (Helavuo ym. 2011, 207; Sairaanhoidaja-liitto 2014.) Ensimmäinen ISBAR-menetelmän käyttäjä terveydenhuollossa oli Kaiser Permanente –organisaatio Coloradossa. (Helavuo ym. 2011, 207.) Sitä on sovellettu suomalaiseen terveydenhuollonympäristöön ja sairaanhoitajaliitto (Kuva 1) on julkaissut siitä suomen- ja ruotsinkieliset esitekirjaset ja muistikortit. (Sairaanhoidajaliitto 2013.) Sisällön ovat tuottaneet sairaanhoitajaliiton potilasturvallisuusasiantuntijaryhmä Marina Kinnunen, Karolina Peltomaa, Ritva Inkinen, Anssi Kuosmanen ja Terhi Reunama yhteistyössä Metropolia Ammatti-korkeakoulun YAMK opinnäytetyön tekijä Petra Kuparisen kanssa. ISBAR-menetelmä mahdollistaa olennaisen informaation selkeän ja tiiviin muodon ja johdonmukaisen yhtenäisen kommunikaation kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa, kuten raportoidessa potilaasta. (Sairaanhoidajaliitto 2014, viitattu 25.10.2018.)

ISBAR – kiireetön tilanne		ISBAR – kiireellinen tilanne	
1. IDENTIFY Tunnista	<ul style="list-style-type: none"> Nimesi, ammatti, yksikkö Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus 	1. IDENTIFY Tunnista	<ul style="list-style-type: none"> Nimesi, ammatti, yksikkö Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus
2. SITUATION Tilanne	<ul style="list-style-type: none"> Syy raportointiin 	2. SITUATION Tilanne	<ul style="list-style-type: none"> Syy raportointiin
3. BACKGROUND Tausta	<ul style="list-style-type: none"> Nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat Allergiat Tartuntavaara/eristys 	3. BACKGROUND Tausta	<ul style="list-style-type: none"> Lyhyesti nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat Allergiat Tartuntavaara/eristys
4. ASSESSMENT Nykytilanne	<ul style="list-style-type: none"> Vitaalielintoiminnot Oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen 	4. ASSESSMENT Nykytilanne	<p>Raportoi</p> <ul style="list-style-type: none"> Vitaalielintoiminnot A Ilimatie B Hengitys, saturatio C Pulssi, verenpaine D Tajunnan taso (GCS), kipu E Lämpötila, iho, väri, virtsan-eritys, ulkoiset, näkyvät merkit Oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen
5. RECOMMENDATION Toimintaehdotus	<p>Ehdota</p> <ul style="list-style-type: none"> Tarkkailun lisäämistä Toimenpidettä Siirtoa toiseen yksikköön Hoitosuunnitelman muutos <p>Varmista</p> <ul style="list-style-type: none"> Kuinka kauan...? Kuinka usein...? Koska otan uudelleen yhteyttä...? Onko vielä kysyttävää? Olemmeko samaa mieltä? 	5. RECOMMENDATION Toimintaehdotus	<p>Ehdota</p> <ul style="list-style-type: none"> Välitöntä toimenpidettä Tarkkailun lisäämistä Toimenpidettä Siirtoa toiseen yksikköön <p>Varmista</p> <ul style="list-style-type: none"> Kuinka kauan...? Kuinka usein...? Koska otan uudelleen yhteyttä...? Onko vielä kysyttävää? Olemmeko samaa mieltä?

KUVA 1. ISBAR-kortti: raportointi kiireettömässä ja kiireellisessä tilanteessa. (Sairaanhoidajaliitto 2013).

Myös Oulun yliopistollinen sairaala (Oys) on kehittänyt ISBAR-menetelmästä oman taskukortin. Kortissa on kohdassa TUNNISTA; nimi, ammattinimike, yksikkö, potilaan nimi ja henkilötunnus. Kohdassa TILANNE; syy raportointiin/yhteydenottoon ja tulosyy. Kohdassa TAUSTA; perussairaudet, riskitiedot ja infektio/eristys. Kohdassa NYKYTILANNE; hapettuminen, hemodynaamiikka, tajunnantaso, kipu, toimintakyky, muut oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen. Kohdassa TOIMINTAEHDOTUS; hoito-ohjeet sekä tutkimukset ja toimenpiteet. (Sjöman & Kippola 2018b; Kuva 7.)

I	TUNNISTA Identify	Nimi, ammattinimike, yksikkö Potilaan nimi, henkilötunnus
S	TILANNE Situation	Syy raportointiin/ yhteydenottoon Tulosyy
B	TAUSTA Background	Perussairaudet Riskitiedot Infektio/eristys?
A	NYKYTILANNE Assessment	Hapettuminen Hemodynaamiikka Tajunnantaso Kipu Toimintakyky Muut oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen
R	TOIMINTAEHDOTUS Recommendation	Hoito-ohjeet Tutkimukset ja toimenpiteet



KUVA 7. ISBAR-kortti (Sjöman & Kippola 2018a.)

Seuraavassa on esimerkki taskukortin käytöstä. Pohjana on käytetty Sairaanhoidajaliiton ISBAR-korttia. Tapaus on keksitty. Esimerkkitapauksessa käydään läpi kohdat TUNNISTA, TILANNE, TAUSTA, NYKYTILANNE ja TOIMINTAEHDOTUS. Tällä esimerkillä on tarkoitus avata ISBAR-menetelmän käyttöä raportoinnin työkaluna. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Esimerkki taskukortin käytöstä

1. TUNNISTA	- Soittajan nimi: Sari Savolainen, Hirosenkoti osasto C4. - Asiakkaan/ potilaan nimi: Marja Mallinen, 87-vuotta, 15091932-0000.
2. TILANNE	- Tulosyy: Asiakas Mallisen siirtyminen on sovittu palveluohjausyksikön kanssa tänään lääkehoidon arvioon teille OKS G4:lle.

3. TAUSTA	<ul style="list-style-type: none"> - Asiakkaan perussairaudet: Astma, sydämen vajaatoiminta, verenpainetauti, kilpirauhasen vajaatoiminta, epilepsia ja pitkälle edennyt Alzheimerin tauti. Lääkelista mukana. - Riskitiedot: Tehty polvileikkaus 31.8.2019, jonka vuoksi tarvitsee liikkumisessa valvontaa ja tukea - Tartuntavaara/eristys: MRSA- eristys toimenpiteet.
4. NYKYTILANNE	<ul style="list-style-type: none"> - Vitaalielintoiminnot: Verenpaine arvo kohonnut 145/92, pulssi tasainen 65, SpO2 91% huoneilmalla. Ei lämpöä 36,4 astetta korvasta mitattuna. Hengitystaajuus 10/min. - Tajunnantaso: Normaali. - Kipu: Asiakkaalla paljon kipuja, kysyttäessä 0-10, kipu 8 luokkaa.
5. TOIMINTAEHDOTUS	<ul style="list-style-type: none"> -Toimintakyky: Liikkuu rollaatorin avulla lyhyet matkat ohjautusti ja valvotusti, pidemmällä matkoilla pyörätuoli käytössä. Tarvitsee apua siirtymätilanteissa, kuten vuoteesta nousussa ja las-kussa. Tarvitsee apua pukeutumisessa ja riisuuntumisessa. Tarvitsee apua kaikissa päivittäisissä toimissaan. - Muut oleelliset asiat: Edenneen muistisairauden vuoksi vaatii valvontaa. Ajoittain aggressiivisuutta. - Hoito-ohjeet: Polvessa edelleen erittävä haava, josta erillinen hoito-ohje mukana. - Tutkimukset: Oys ihopoliklinikan aika 1.11.2019 klo 9:00, edellisenä päivänä verikokeet (PVK, K, Na, Kre, CRP) - Toimenpiteet: Asiakkaan tilanteen selvittyä olkaa yhteydessä palveluohjausyksikköön asiakkaan sijoittamisen vuoksi, koska osastolla ei pidetä asiakkaalle paikkaa.

ISBAR-menetelmää on tutkittu paljon ammattikorkeakoulun opinnäytetöissä (Kosonen, Lönnrot & Rautiainen 2014; Franssi & Järvelä 2015; Hallström & Stigell 2015; Moilanen, Perälä, Puputti & Vuoti 2015; Saastamoinen & Sipari 2015; Hakala 2016; Heiskanen 2016; Nuolikoski & Vainio 2016; Ervasti & Honka 2017; Hautala & Huhtanen 2017; Mäntylä & Pasanen 2017; Parkkinen 2017; Mäki-Karvia & Niemi 2018) ja niissä on todettu, että ISBAR-menetelmä on lisännyt potilasturvallisuutta ja yhtenäistänyt toimintatapamalleja. Ne osoittavat suullisen raportoinnin tärkeyttä hoitoyksiköiden välillä. Aikaisemmissa opinnäytetöissä on tehty kirjaus- ja raportointimenetelmä simulaatioharjoituksiin (Ervasti & Honka 2017), havainnoitu suullista raportointia havainnointilomakkeella, joka tehty ISBAR-raportointi mallin pohjalta (Franssi & Järvelä 2015) sekä kehitetty toimintatapamallia ISBAR-taskukortin avulla Lohjan terveyskeskuksen vuodeosastoille (Hallström & Stigell 2015). ISBAR-menetelmästä on kehitetty taskukortti JIK Ky:n osastojen työntekijöille (Hautala & Huhtanen 2017) ja ISBAR-menetelmän käyttöä, raportointikäytäntöiden kehittämistä ja potilasturvallisuuden lisäämistä on selvitetty Kainuun keskussairaalassa (Heiskanen 2016). Saastamoinen ja Sipari

(2015) ovat myös kartoittaneet ISBAR-menetelmän käyttöastetta, käyttökokemuksia ja keittämisideoita Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueen ja ensihoitopalvelun työntekijöiltä potilas-turvallisuuden kehittämiseksi.

Aikaisemmissa opinnäytetöissä on pidetty myös koulutusta ISBAR-menetelmästä henkilökunnalle (Kosonen ym. 2014; Moilanen ym. 2015), tuotettu kirjallista materiaalia (Kosonen ym. 2014) ja ohjeistusta (Mäki-Karvia & Niemi 2018) ISBAR-raportointimenetelmän tueksi. Kirjallisuuskatsauksessa (Nuolikoski & Vainio 2016) on selvitetty mitkä ovat ISBAR-raportointimenetelmän hyödyt ja miten menetelmä voidaan ottaa käyttöön tehohoitotyössä raportoinnin välineeksi. ISBAR-menetelmästä on tuotettu myös tarkistuslista sydänyksikköön Satakunnan keskussairaalaan (Hakala 2016). ISBAR-potilasraportointilomakkeen käyttöä puhelinraportoinnin välineenä on opastettu Hyvinkään sairaalan kirurgisen vuodeosaston henkilökunnalle (Mäntylä & Pasanen 2017) ja tuottaa tietoa, miten aktiivisesti ISBAR-menetelmää käytetään opiskeluvaiheessa ja mitä mieltä opiskelijat ovat menetelmästä (Parkkinen 2017).

3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Kehittämistyömme tarkoituksena on kuvailla ja selvittää Oulun kaupungin hoitoyksiköiden asiakas-siirtymien välisen nopean tiedonannon keskeisimmät tarpeet, jotka tapahtuvat puhelimen välityksellä sekä kehittää Oulun kaupungin tarpeita vastaava taskukortti ISBAR-menetelmää hyödyntäen. Tavoitteena oli potilasturvallisuuden parantaminen, yhteisen toimintatapamallin luominen ja tiedonsiirron nopeuttaminen kehittämämme taskukortin avulla Oulun kaupungin hoitoyksiköiden välillä.

1. Tutkimusvaiheen tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät

Ensimmäisen tutkimusvaiheen tarkoituksena on kuvailla ja selvittää Webropol-kyselyn avulla työyksiköiden tarpeet puhelimesta tapahtuvaan suulliseen raportointiin ISBAR-menetelmää hyödyntäen. Tavoitteena ja tehtävänä on saada tietoa taskukortin prototyyppiä varten valittujen yksiköiden hoitohenkilökunnalta, heidän tarpeistaan liittyen puhelimesta tapahtuvaan suulliseen raportointiin ja tiedon siirtoon. Tavoitteena ja tehtävänä on myös selvittää Webropol-kyselyn avulla, mitkä ISBAR-menetelmään pohjautuvat kohdat otetaan mukaan taskukortin prototyyppiin runkoon.

2. Ensimmäisen kehittämisvaiheen tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät

Ensimmäisen kehittämisvaiheen tarkoituksena on kuvailla taskukortin prototyyppiin mukaan otettavat tiedot. Tavoitteena ja tehtävänä on kehittää ensimmäisen tutkimusvaiheen tulosten perusteella prototyyppi taskukortista.

3. Toisen tutkimusvaiheen tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät

Toisen tutkimusvaiheen tarkoituksena on kuvailla ja selvittää toisen Webropol-kyselyn avulla ja taskukortin prototyyppiin testauksella taskukortin toimivuutta valituissa Oulun kaupungin työyksiköissä. Tavoitteena ja tehtävänä on arvioida ja saada tietoa toisen Webropol-kyselyn avulla taskukortin toimivuudesta lopullista tuotosta varten.

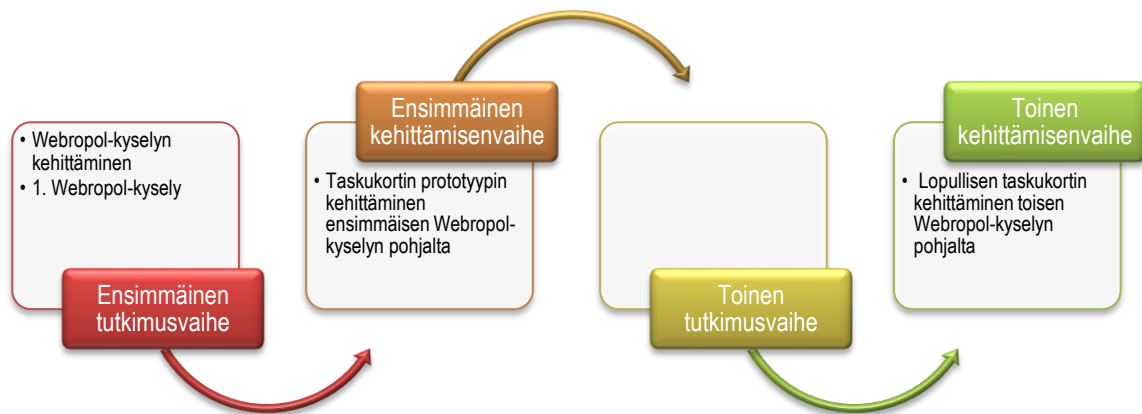
4. Toisen kehittämisvaiheen tarkoitus, tavoitteet ja tehtävät

Toisen kehittämisvaiheen tarkoituksena on kuvata ja selvittää lopullisen taskukortin tiedot. Tavoitteena ja tehtävänä on kehittää lopullinen versio taskukortista Oulun kaupungin työyksiköiden käyttöön.

4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

Tarve kehittämistyölle on lähtöisin Oulun kaupungin ikäihmisten työyksiköstä, koska potilasturvallisuuden on havaittu työyksikössä vaarantuneen liian vähäisen puhelimesta saadun tiedonsaannin vuoksi. Työyksikössä yhdessä henkilöstön edustajien kanssa keskusteltiin kehittämistarpeesta ja aihetta käsiteltiin myös osastokokouksessa. Samalla mietittiin erilaisia tutkimukseen osallistuvia työyksiköitä ja ehdotukseksi työyhteisöstä nousi, että olisi edustus laitoshoidosta eli Hirosenkoti osasto C4, Oulun kaupungin sairaalasta yksi osasto eli G4, kotihoidosta yksi tiimi, eli Välvainion tiimi ja yksityinen palvelukoti. Palvelukodiksi valikoimme Oulun kaupungin Herttakodin. Tutkimuslupahakemuksen prosessissa työelämän edustaja ehdotti ottamaan laajemman otannan, joten lisäsimme otantojen kohteiksi ehdotetut Oulun kaupungin sairaalan osastot A3 ja H2, sekä Itä-Tuira-Puolivälilikankaan kotihoidon kaikki tiimit (Itä-Tuira tiimit 1 ja 2, Välvainion tiimi, sekä Puolivälilinkankaan tiimi).

Saimme Oulun kaupungilta tutkimusluvan tutkimuksemme toteuttamiselle 7.3.2019, jonka jälkeen pidimme infotilaisuudet kehittämistyöstämme Hirosenkodin Pikkusalissa ja Oulun kaupunginsairaalan neuvottelutilassa, sekä Itä-Tuiran kotihoidon tiimeille ennen ensimmäistä Webropol-kyselyä. Infotilaisuuksiimme osallistui palveluesimiehiä ja hoitohenkilökuntaa. Tilaisuuksissa esitimme kehittämistyömme tarkoitukset, tavoitteet ja sen eri vaiheet. Vastasimme myös hoitohenkilökunnan ja esimiesten kysymyksiin. Kehittämistyömme on toteutettu neljässä eri vaiheessa, jotka olivat 1. tutkimusvaihe, 1.kehittämisvaihe, 2. tutkimusvaihe ja 2. kehittämisvaihe. Kehitimme myös Webropol-kyselylomakkeet yhteistyössä opettajiemme kanssa. Molemmissa tutkimusvaiheissa oli oma kehittämämme Webropol-kysely. Ensimmäisen Webropol-kyselyn pohjalta kehitimme taskukortin prototyypin ja toisen Webropol-kyselyn jälkeen lopullisen version taskukortista. Valikoitujen työyksiköiden hoitohenkilökunta on ollut vahvasti mukana kehittämistyössä osallistumalla kyselyihin, testaamalla taskukortin prototyyppiä ja näin vaikuttamassa taskukortin kehittämiseen. (Kuvio 1 ja Liite 8.)



KUVIO 1. Kehittämistyön vaiheet

Kävimme esittelemässä lokakuun alussa 2019 taskukorttia ja siitä kehittämäämme hiirimattoa (Liite 7) Oulun kaupungin ikäihmisten hyvinvoinnin johtoryhmässä, johon osallistui 15 palvelupäällikköä eri yksiköistä. Saimme tilaisuudessa positiivista palautetta ja aihetta pidettiin tärkeänä ja ajankoh-
 taisena, koska Oulun kaupungilla on menossa ISBAR-menetelmän käytöstä koulutusta 200 hoito-
 henkilökuntaan kuuluvalle. Johtoryhmän kokouksessa kerrottiin, että Oulun kaupungille on tilattu
 ISBAR-menetelmään pohjautuvia kortteja, jossa on myös NEWS pisteet. Jaoimme tilaisuudessa
 kehittämämme taskukortin osallistujille. Esille nousi myös, että yhteistyökumppanit kuten yksityiset
 palveluntarjoajat voisivat myös käyttää taskukorttia apuna tiedon siirrossa ja että työssämme olisi
 hyvä painottaa hoidon suunnittelua ja rajoja asiakkaan/potilaan tilanteesta.

4.1 Tutkimuksellinen kehittäminen prosessi

Tutkimuksellinen kehittäminen voi saada alkunsa eri lähtökohdista, kuten kehittämistarpeista tai muutoshaluista. Siihen kuuluu yleensä käytännön ongelman ratkaisu ja uusien ideoiden, käytäntö-
 jen, tuotteiden tai palvelujen tuottaminen tai toteutus. Kehitystyötä tarvitaan myös toiminnan tehos-
 tamiseen ja prosessien kehittämiseen. Tarkoituksena on luonnostella, kehittää tai ottaa käyttöön ratkai-
 suja. Asiaille etsitään parempia vaihtoehtoja ja viedään käytännössä eteenpäin. Eri tieteellisen tut-
 kimuksen ja kehittämistyön päämääränä voi olla halu tuottaa ilmiöistä uutta teoriaa tai saada aikaan
 käytännön parannuksia tai uusia ratkaisuja. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 11,19.) Kehittä-
 minen on konkreettista toimintaa, jolla tähdätään selkeästi tavoitteen saavuttamiseen. Tällä pyri-
 tään toimintatavan tai toimintarakenteen kehittämiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 10.)

Prosessi koostuu eri vaiheista ja tarkastelu auttaa toimimaan järjestelmällisesti huomioiden ne asiat, jotka kussakin vaiheessa olisi hyvä tehdä ennen seuraavaa vaihdetta. Tavoitteet tulisi olla määritelty ennen menetelmiä. Prosessin huolellinen suunnittelu on tärkeää aikataulussa pysymisen vuoksi. Lähtökohtana on kehittämiskohteen tunnistaminen ja siihen liittyvien tekijöiden ymmärtäminen. (Ojasalo ym. 2014, 22–23.) Kehittämistyön prosessin tavoitteena voi olla uusi liiketoimintamalli, tuote tai palvelu, prosessien kehittäminen ja uudistaminen, uusien mallien tai menetelmien kehittäminen tai uuden työkuultuurin kehittäminen. Kehittämiskohteen tunnistamisen jälkeen haetaan siihen liittyvää tietoa. Keskeistä on löytää näkökulma, minkä pohjalta edetään. Kohteena olevasta organisaatiosta ja toimintaympäristöstä kerätyn taustatiedon ja tutkimustiedon avulla määritellään kehittämistehtävä ja rajataan kehittämisen kohde, jonka perusteella pystytään kuvaamaan kehittämistyöhön liittyvät prosessisuunnitelmat, lähestymistavat ja menetelmät. (Ojasalo ym. 2014, 23–26.)

Kehittämistyö etenee kehittämiskohteen tunnistamisesta ja tavoitteiden määrittämisestä teorian ja käytännön perehtymiseen, kehittämistehtävän määrittämisestä ja kohteen rajaamisesta tietoperustan laatimiseen ja lähestymistavan ja menetelmien suunnitteluun. Tämän jälkeen kehittämishanke toteutetaan, julkaistaan ja kehittämisprosessi sekä lopputulos arvioidaan. (Toikko & Rantanen 2009, 22; Ojasalo ym. 2014, 24.) Pääpaino tutkimuksellisessa kehittämistyössä on tavoitteen asetelussa ja käytännön kehittämistehtävän saavuttamisessa, vaikkakin tavoite voi olla uuden tiedon tuottaminen käytännössä. Tutkimuksellinen kehittämistyö korostaa tehdyn työn dokumentointia ja julkisuutta. Voidaan esimerkiksi dokumentoida työelämän hiljaista tietoa, jolla voidaan uudistaa työelämän osaamis- ja tietoperustaa. (Ojasalo ym. 2014, 19–20.)

4.2 Kehittämistyöhön osallistujat, menetelmät ja aineistojen keruut eri vaiheissa

Kehitimme käyttämämme Webropol-kyselyjen lomakkeet yhteistyössä opettajien kanssa. Ensimmäistä Webropol-kyselyä on testattu muutamalla opiskelijalla ennen virallisia kyselyjä. Arvioimme kyselyt sopiviksi kohderyhmälle. Lähetimme valittujen työyksiköiden palveluesimiehille molempien Webropol-kyselyjen vastauslinkit, joiden mukana oli tiedote/saatekirje (LIITE 1), joissa kerroimme kyselyistä ja sen tuomista hyödyistä. Henkilökuntaa kannustettiin osallistumaan tutkimukseen. Toimintaympäristöömme kuuluivat Hirosenkodin kuntoutusosasto C4, Oulun kaupunginsairaalan osastot A3, H2 ja G4, Itä-Tuiran-Puolivälinkankaan kotihoidon tiimit (Itä-Tuira tiimit 1 ja 2, Välvai-nion tiimi, sekä Puolivälinkankaan tiimi) sekä Herttakoti.

Hirosenkodin kuntoutusosasto C4:lla hoidetaan erityisesti lyhytaikaisia laitoshoidon tarvitsevia oululaisia ja sen tavoitteena on arkikuntoutuksen avulla tukea asiakkaiden kotona selviämistä (Oulun kaupunki a, viitattu 21.10.2018). Oulun kaupunginsairaalan osasto A3 toiminta potilaiden äkillisen sairauden tutkimukseen ja hoitoon ja osastolla on käytössä erityishoitoa vaativille potilaille valvontahuone (Oulun kaupunki g, viitattu 7.3.2019). Osaston H2 toiminta painottuu potilaiden äkillisen sairauden tutkimukseen ja hoitoon (Oulun kaupunki f, viitattu 7.3.2019). Osasto G4 on geriatrinen arviointiosasto, jonka toiminnan tavoitteena on vahvistaa ikäihmisten kotona pärjäämisen edellytyksiä moniammatillisen geriatrisen arvioinnin keinoin (Oulun kaupunki c, viitattu 21.10.2018). Kunnallisen kotihoidon palveluja saa, jos kotona selviytyminen on vaikeutunut ja asiakas tarvitsee säännöllisesti henkilökohtaista apua päivittäisissä toiminnoissa (Oulun kaupunki b, viitattu 15.3.2018). Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu asiakkaille, jotka eivät selviydy enää kotona turvallisesti kotiin annettavien palveluiden ja tukitoimien avulla esimerkiksi muistisairaudesta johtuen. Tehostetussa palveluasumisessa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden ja asiakkaat hyötyvät sen yhteisöllisyydestä. (Oulun kaupunki d, viitattu 21.10.2018.) Herttakodissa tarjotaan ympärivuorokautista ja kodinomaista tehostettua palveluasumista omissa huoneissaan, 30 asukkaalle (Oulun kaupunki e, viitattu 23.11.2018).

Määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusaineisto kerätään kyselylomakkeilla, systemaattisin havainnoin tai valmiiden tilastojen avulla (Vilkka 2007, 73). Määrälliselle tutkimukselle keskeisiä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, käsitteiden määrittely, aikaisemmat teoriat ja aineiston keruun suunnitelmat, joissa havaintoaineisto sopii numeeriseen mittaamiseen. Muuttujat laitetaan taulukkomuotoon ja aineisto tehdään tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Keskeistä on tehdä päätelmät havaintoaineiston tilastollisen analysoinnin pohjalta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136.) Määrällisessä tutkimuksessa aineiston käsittelyssä lomakkeilla saatu aineisto tarkistetaan, tiedot tallennetaan tietokoneelle, niin että niitä voidaan tutkia numeraalisesti taulukko-ohjelmilla. Havaintoyksikön tiedot, muuttujat tallennetaan taulukkoon, havaintomatriisiin. Havaintomatriisin vaakariville laitetaan yhden vastaajan, havaintoyksikön, kaikkien muuttujien eli tutkittavien asioiden tiedot. Pystysarakkeeseen laitetaan yhtä asiaa koskevat tiedot kaikilta havaintoyksiköiltä. (Vilkka 2014, 106, 111.) Määrällinen menetelmä sopii pääasiallisesti kehittämistyömme tutkimuksen tekoon. Määrällisen tutkimuksen avulla saimme tutkimuksen suurimmaksi osaksi numeerisen muotoon. Tutkimuksessamme analyseja on koottu Webropol-ohjelmalla. Tuloksia on tuotu esiin taulukoilla, joissa on kuvattu frekvenssejä eli lukumääriä ja prosenttiosuuksia. Analysoimme saatua aineistoa Webropol-ohjelman tulosten pohjalta.

Webropol-kysely on helppokäyttöinen ja nopea ohjelmisto tiedonkeruuseen, kerätyn tiedon analysointiin ja raportointiin. Kaikki tieto ja tulokset ovat helposti siirrettävissä moniin tilasto-ohjelmiin. Webropol-kyselyn käyttö mittarina perustuu kehittämistyössämme siihen, että se on toimiva ja nopea keino kerätä suurelta joukolta tietoa. Likertin asteikko on tyypillisesti neljä-viisiportainen järjestyksasteikon tasoinen asteikko. Toisena ääripäänä on useimmiten täysin samaa mieltä tai samaa mieltä ja toisena ääripäänä täysin eri mieltä tai eri mieltä. Haastateltavalle esitetään tutkittavasta asiasta väittämiä, joihin hän vastaa valitsemalla asteikolta vaihtoehdon. Muitakin sanamuotoja voidaan käyttää tilanteiden vaatimalla tavalla. (Heikkilä & Edita Publishing Oy 2014, 38–40.) Vastausasteikkona kyselyissämme toimii Likertin asteikko. Taskukortin prototyyppiin lisättiin täysin samaa mieltä olevien vastausten tulokset, joissa vastaajista puolet tai yli puolet oli täysin samaa mieltä. Lopullisen taskukorttiin hyödynnettiin taskukortin prototyypin analysoituja tuloksia. Kehittämistyömme tutkimusvaiheessa Likertin asteikon käyttäminen ja Webropol-kysely oli toimiva menetelmä kerätä tietoa tutkimuskohteista.

Laadullisessa tutkimuksessa havainnoidaan yksittäisiä tapahtumia kooten ne laajemmaksi kokonaisuudeksi. Päättely tapahtuu aineistolähtöisesti. Tavoitteena on näkökulman ymmärtäminen. Tutkimusta luotsaavat mitä-, miten- ja miksi -kysymykset. Aineistossa on merkityksiä tarkoittavia sanoja. (Kylmä & Juvakka 2012, 22–31.) Keskeisiä laadullisessa metodologiassa käytössä olevia tutkimusmetodeja ovat muun muassa haastattelu, tekstianalyysi, havainnoiminen ja litterointi. Määrällisessä tutkimuksessa tekstianalyysi toimii kategorioiden laskemisen apuna. Määrällisessä tutkimuksessa haastattelu on strukturoitujen kysymysten esittämistä. (Metsämuuronen 2005, 203.) Strukturoidulla haastattelulla tarkoitetaan lomakehaastattelua. Lomakkeessa väitteiden muoto, esittämisjärjestys ja kysymykset ovat kokonaan määriteltä valmiiksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 203.)

Laadullisen tutkimuksen tärkein tavoite on inhimillisen ymmärtämisen kasvattaminen. Oivaltava tulkitseminen kehittyi kokemusten ja teorian vuorovaikutuksesta, kun tutkijalla on aineisto hallinnassa ja hän pystyy tutkimustehtävän mukaan kehittämään uutta tietoa. (Syrjäinen, Eronen & Värri 2007, 8.) Sisällönanalyysi soveltuu laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmäksi ja määrällisessä tutkimuksessa avointen vastausten analysoimiseen. Sillä voidaan analysoida järjestelmällisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysillä kuvaillaan tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysi voidaan tehdä induktiivisesti tai deduktiivisesti. Deduktiivisessa analyysissä aiemman tiedon pohjalta muodostetaan analyysirunko, johon sisällöllisesti kuuluvia asioita poimitaan saadusta aineistosta. Induktiivisen sisällönanalyysin kautta muodostuu abstrahoinnin avulla käsitteitä. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen

& Kanste 2011, 139,146.) Sisällön analyysin keinolla tutkittava asia pystytään käsitteellistämään ja tiivistämään. Kun aineisto on käyty läpi, analyysia ohjaa aineisto tai aiemmin valitut luokat, teemat tai käsitteet. Kun käytetään valmista analyysirunkoa, voidaan analyysi suorittaa niin, että aineistosta otetaan asiat, jotka soveltuvat luokitusrunkoon. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3–9.)

Avoimilla laadullisilla kysymyksillä saimme tietoa taskukorttiin sisällytettävistä asioista. Selvitimme avoimilla mitä-kysymyksellä tietoa taskukortista ja siihen liittyvistä toiveista. Molemmissa Webropol-kyselyissä on mukana laadullisia kysymyksiä, jotka sopivat analysoitavaksi parhaiten sisällön analyysin avulla. Olemme tuoneet tutkimustuloksia esiin laadullisesta aineistosta sisällön kuvauksen keinoin. Kuvailimme ja vertailimme saatua aineistoa. Lisäsimme taskukortin toiselle puolelle kyselystä saatuja tuloksia, jotka arvioimme mukaan soveltuivat siihen. Taskukortin tekemistä on ohjannut aikaisempaan teoriaan perustuva ISBAR-malli. Laadullisten kysymysten vastausmäärä ja tulosten aineisto jäi hyvin vähäiseksi, joten sitä ei voinut tämän vuoksi analysoida induktiivisesti tai deduktiivisesti.

4.2.1 Ensimmäinen tutkimusvaihe ja 1. Webropol-kysely

Ensimmäisen tutkimusvaiheen tarkoituksena oli kuvailla ja saada tietoa valittujen työyksiköiden hoitohenkilökunnalta, ISBAR-menetelmää hyödyntäen heidän toiveistaan ja tarpeistaan liittyen puhelimitse tapahtuvaan suullisen raportointiin. Samalla selvitimme myös taustatietoa vastaajista sekä potilas- ja työturvallisuuteen liittyviä asioita puhelimesta saadun tiedon siirron vuoksi. Tiedonkeruun menetelmänä käytettiin Webropol-kyselyä. Kirjautumislinkki kyselyyn lähetettiin valittujen työyksiköiden esimiehille, jotka toimittivat kyselyt edelleen sähköpostitse hoitohenkilöstölle. Aineistoa kerättiin valituilta Oulun kaupungin työyksiköiden hoitohenkilökunnalta kuten Hiirosenkodin kuntoutusosasto C4:lta, Oulun kaupunginsairaalan osastoilta A3, H2 ja G4, Itä-Tuiran-Puolivälinkankaan kotihoidon tiimeiltä (Itä-Tuira tiimit 1 ja 2, Välivainion tiimi, sekä Puolivälinkankaan tiimi) sekä Herttakodista. Kysely kohdistui 112 hoitohenkilökuntaan kuuluvalle ja kyselyyn vastattiin täysin anonymisti. Saatua aineistoa muodostui kyselyiden vastauksista. Webropol-kyselyiden kysymykset ovat pääosin määrällisen tutkimukseen pohjautuvia, joita tällöin analysoitiin määrällisellä analyysillä Webropol-kyselyn omalla työkaluohjelmalla. Kyselyyn liittyvien laadullisten kysymysten vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä.

Ensimmäisen kehittämämme Webropol-kyselyn pohjana on käytetty viitekehyyksen teoriapohjaa ja sairaanhoitajaliiton ISBAR-menetelmää (Kuva 1) ja lisäksi hyödynsimme Oys:n ISBAR-menetelmästä kehitettyä korttia (Kuva 7). Webropol-kyselyn luomisessa meitä auttoivat oppilaitoksemme opettajat, joille kysely laitettiin kommentoitavaksi ja saatujen palautteiden pohjalta kyselyä kehitettiin. Alkuosan kysymykset 1–6 ovat tyypillisiä kyselyissä mukana olevia taustatietokysymyksiä, kuten tutkittavan sukupuoli, ikä, koulutustaso ja työkokemus. Taustatieto kysymysten perusteella muodostimme kokonaiskuvan kohderyhmästä. Kysymyksien 7–10 tarkoituksena oli kerätä tietoa yksiköiden nykytilanteesta liittyen puhelimen välityksellä tapahtuvaan raportointiin ja tiedonsiirtoon, työolosuhteista, suullisen raportoinnin tilanteesta, sekä potilas- ja työturvallisuuden vaarantumisesta. Kysymykset 11–15 pohjautuvat sairaanhoitajaliiton (2013) sekä Oys:n (Kuva 7) ISBAR-menetelmään liittyviin asioihin, joiden avulla haemme työyksiköiden tarpeiden pohjalta nousevia oleellisia asioita mukaan otettavaksi taskukortin prototyyppiin. Kysymyksessä 16 vastaajat voivat ehdottaa taskukorttiin muita tärkeiksi havaitsemiaan asioita ja kysymyksessä 17 kerätään tietoa, mitä taskukortin toiselle puolelle voisi laittaa. Vastausvaihtoehdot perustuvat pääosin Likertin-asteikkoon.

4.2.2 Kehittämisvaihe ja taskukortin prototyyppi

Ensimmäiseen Webropol-kyselyn tulokset saatiin Oulun kaupungin valikoiduista työyksiköistä, jotka olivat Hirosenkoti C4, Oulun kaupunginsairaalan osasto A3, H2 ja G4, Itä-Tuiran-Puolivälänkankaan kotihoidon tiimit (Itä-Tuira tiimit 1 ja 2, Välivainion tiimi, sekä Puolivälänkankaan tiimi) sekä Herttakoti. Kehitimme taskukortin prototyypin saatujen vastausten pohjalta, johon sisällytimme mukaan täysin samaa mieltä olevat vastaukset, jotka olivat 50% tai yli samaa mieltä. Ensimmäisen Webropol-kyselyn tuloksista korttiin valikoituivat soittajan nimi, yksikkö, asiakkaan/potilaan nimi, henkilötunnus, syy raporttiin/tulosyy, asiakkaan perussairaudet, riskitiedot, tartuntavaara, eristys, vitaalielintoiminnot, tajunnantaso, kipu, toimintakyky, muut oleelliset asiat, tutkimukset, toimenpiteet ja toimintaehdotus.

Taskukortin prototyypin toiselle puolelle laitoimme kyselyn vastausten pohjalta vitaalielintoiminnot (verenpaine, pulssi, happisaturaatio, hengitysfrekvenssi ja verensokeri), sekä INR viitearvot. Vitaalielintoimintojen arvot ja INR viitearvot on otettu Sairaanhoitajaliiton jakamasta vitaali ynnä muita arvoja kortista (i.a) ja Käypähoito suosituksesta (2015.) Webropol-kyselyssä ilmeni, että vastaajat

olisivat halunneet taskukortin toiselle puolelle yksiköiden puhelinnumeroita, mutta jätimme sen pois, koska Oulun kaupungissa on useista eri yksiköitä, eikä tila olisi ollut riittävä.

4.2.3 Toinen tutkimusvaihe, taskukortin prototyypin testaus, 2. Webropol-kysely

Toisessa tutkimusvaiheessa toimitimme taskukortin prototyypin ja saatekirjelmän (Liite 3) Oulun kaupungin valittujen työyksiköiden hoitohenkilökunnalle Hirosenkoti C4, Oulun kaupunginsairaalan osasto A3, H2 ja G4, Itä-Tuiran-Puolivälinkankaan kotihoidon tiimit (Itä-Tuira tiimit 1 ja 2, Väli-vainion tiimi, sekä Puolivälinkankaan tiimi) sekä Herttakoti. Valittujen työyksiköiden hoitohenkilökunta testasi taskukortin prototyyppiä kuukauden ajan. Kehitimme toisen Webropol-kyselyn taskukortin toimivuuden selvittämiseksi yhdessä opettajien kanssa. Lähetimme toisen Webropol-kyselyn linkin ja saatekirjelmän (Liite 4) valittujen työyksiköiden palveluesimiehille, jotka toimittivat ne hoitohenkilökunnalle. Kyselyyn vastausaikaa oli kaksi viikkoa. Taskukortin prototyypin koekäyttö päätettiin rajata kuukauden pituiseksi, koska arvioimme, että tämä aika riittäisi koekäyttöön ja ettei kesälomat estäisi testaamista.

Toisessa Webropol-kyselyssä selvitimme, onko toimintaympäristön työolosuhteissa tapahtunut muutoksia liittyen suulliseen raportointiin puhelimen välityksellä. Kyselyn (Liite 5) pohjana käytettiin ensimmäistä kehittämäämme Webropol-kyselyä (Liite 2). Webropol-kyselyn kysymykset 1-6 koostuvat ensimmäisen kyselyn mukaisesti vastaajien taustatiedoista. Kysymyksissä 7–9 selvitimme taskukortin prototyypin toimivuutta ja käyttökokemuksia hoitohenkilöstön suullisessa raportoinnissa puhelimen välityksellä, sekä siihen liittyen potilasturvallisuutta ja työturvallisuutta. Kysymyksillä 10–14 selvitimme hoitohenkilökunnan käyttökokemuksia taskukortin prototyypistä ja lopulliseen taskukorttiin sisällytettävistä asioista, jotka pohjautuivat ISBAR-menetelmään. Kysymyksessä 15 selvitimme taskukortin toisella puolella sisältyvien asioiden mielipidettä taskukortin toisen puolen asioista Likertin asteikon avulla, kuten vitaalitoimintojen viitearvot, INR-kokeen viitearvot, yleisien numeroiden ja tyhjän tilan tarvetta. Kyselyyn tuli yksi avoin laadullinen kysymys 16, jossa pystyi kertomaan vapaasti mielipiteitä/toiveita taskukorttiin liittyen. Kysymyksiä oli suurin piirtein saman verran kuin ensimmäisessä kyselyssä. Pääosa kyselyjen kysymyksistä muotoiltiin Likertin asteikon mukaisesti. Saatu aineisto muodostui Webropol-kyselyiden vastauksista. Määrälliset vastaukset analysoitiin määrällisellä menetelmällä Webropol-työkaluohjelman avulla. Kyselyyn liittyvien laadullisten kysymysten vastaukset analysoitiin sisällönanalyysillä.

4.2.4 Toinen kehittämisvaihe ja lopullinen versio taskukortista

Toisen kehittämisvaiheen tarkoituksena oli kehittää lopullinen versio taskukortista Oulun kaupungin kaikkien hoitotyöyksiköiden käyttöön sekä kuvailla kehitettyä taskukorttia. Lopulliseen taskukorttiin hyödynsimme myös ensimmäisen tutkimusvaiheen tuloksia, koska toisen tutkimusvaiheen tulokset eivät antaneet selkeitä vastauksia ja olivat vähäisiä eikä vastaajilla ei ollut juurikaan kokemuksia asiasta. Webropol-kyselyn vastausten perusteella muodostimme aineiston, jota analysoitiin määrällisin ja laadullisin menetelmin. Määrällisen aineistoa käsiteltiin Webropol-kyselyn työkaluohjelman avulla. Laadullisia avoimia kysymyksiä analysoimme sisällönanalyysilla.

Lopulliseen taskukorttiin valikoituivat samat asiat molempien kyselyjen tulosten mukaan. Lopulliseen taskukorttiin valikoituivat soittajan nimi, yksikkö, asiakkaan/potilaan nimi, henkilötunnus, syy raporttiin/tulosyy, asiakkaan perussairaudet, riskitiedot, tartuntavaara, eristys, vitaalielintoiminnot, tajunnantaso, kipu, toimintakyky, muut oleelliset asiat, tutkimukset, toimenpiteet ja toimintaehdotus. Taskukortin toiselle puolelle laitoimme kyselyn pohjalta vitaalielintoiminnot (verenpaine, pulssi, happisaturaatio, hengitysfrekvenssi ja verensokeri), sekä INR viitearvot (Sairaanhoitajat i.a; Käypä hoito 2015). Vitaalielintoimintojen ja INR viitearvot kerätty Sairaanhoitajaliiton tiedoista ja Käypähoito suosituksista. Kortin ulkonäköä muokkasimme visuaalisesti paremman näköiseksi. Taskukortin tausta kuvaksi valittiin luvallisesti käytössä oleva Pixabay:n kuva ”Japanilainen kirsikka puita, kukat, kevään tapetti” (2019). Laadullisesti saatujen vastausten mukaan korttiin sisällytettiin tyhjiä rivejä omia muistiinpanoja varten.

5 TULOKSET

5.1 Ensimmäisen tutkimusvaiheen tulokset

Ensimmäisen tutkimusvaiheen tarkoituksena oli kuvailla ja selvittää ensimmäisen kehittämämme Webropol-kyselyn avulla, ISBAR-menetelmää hyödyntäen työyksiköiden tarpeet puhelimitse tapahtuvaan suulliseen raportointiin. Tavoitteena oli saada tietoa taskukortin prototyypin runkoa varten valittujen yksiköiden hoitohenkilökunnalta, heidän tarpeistaan liittyen puhelimesta tapahtuvaan suulliseen raportointiin ja tiedon siirtoon asiakkaan/potilaan siirtyessä työyksiköstä toiseen. Ensimmäinen Webropol-kyselyn linkki lähetettiin valikoitujen työyksiköiden Oulun kaupunginsairaalan osastojen A3, H2 ja G4, Oulun kaupungin kotihoidon Itä-Tuiran Puolivälinkankaan kotihoidon (Itä-Tuiran tiimien 1 ja 2, Välvainion tiimien, sekä Puolivälinkankaan tiimit), Hirosenkodin osasto C4 ja Herttakodin palveluesimiehille, jotka lähettivät kyselyn linkin edelleen 112 hoitohenkilökuntaan kuuluvalla. Vastauksia saatiin 31 kappaletta (28%). Vastausaikaa Webropol-kyselyyn oli kaksi viikkoa ajalla 21.3. – 5.4.2019.

Vastaajista lähes kaikki olivat naisia (97%) ja ammatiltaan joko lähihoitajia (45%) tai sairaanhoitajia (45%). Keskiarvon mukaan vastaajat olivat iältään 40 vuotiaita, 36–45-vuotiaita (43%). Työkokemusta oli kertynyt tyypillisesti 0–5-vuotta (33%). Vastaajista suurimmalla osalla oli joko toisen asteen ammatillisen tutkinto (45%) tai ammattikorkeakoulututkinto (45%). Useinten ammattiin oli valmistuttu vuosina 2010–2019 (41%). (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Vastaajien taustatiedot 1. Webropol-kysely (n=31)

Vastaajien taustatiedot	n	%
Sukupuoli		
Nainen	30	97
Mies		0
Muu	1	3
Ikä		
18-25	6	20
26-35	3	9
36-45	13	43
46-55	7	22
56-65	2	6
Koulutus		
Toisen asteen ammatillinen tutkinto	14	45
Opintoasteen tutkinto (esim. sairaanhoitaja)	2	7
Ammattikorkeakoulu tutkinto	14	45
Ylempi ammattikorkeakoulu tutkinto	1	3
Yliopisto, ylempi korkeakoulu tutkinto(maisteri)	0	
Koulutuksesta valmistumisvuosi		
1950-1959	3	10
1960-1969	0	0
1970-1979	1	3
1980-1989	0	0
1990-1999	8	26
2000-2009	6	20
2010-2019	13	41
Ammatti		
Perushoitaja	2	7
Lähihoitaja	14	45
Sairaanhoitaja	14	45
Muu	1	3
Työkokemus hoitoalalla vuosina		
0-5	10	33
6-10	4	13
11-15	2	6
16-20	8	27
21-25	3	9
26-30	4	12
31-40	0	0

Ensimmäisen Webropol-kyselyn tulosten pohjalta olemme valikoineet taskukortin prototyyppiin 50% tai yli täysin samaa mieltä olevat vastaukset kohdista tunnista, tilanne, tausta, nykytilanne ja toimintaehdotukset. Taskukortin prototyypin toiselle puolelle valikoimme osaksi vastaajien ehdottamia asioita (taulukko x), kuten vitaalien viitearvot, joka tuli esille neljästä vastauksesta 10:stä. Otimme mukaan INR viitearvot, koska verenohennuslääke Marevan lääkityksen myötä hyytymisaika pidentyy ja verenvuotojen riski suurenee ja siksi on hyvä, että viitearvot ovat nopeasti saatavilla (Duodecim 2018).

Webropol-kyselyn kysymyksissä 11–15 kerättiin tietoa ISBAR-menetelmään pohjautuen työyksiköiden tarpeista taskukortin prototyypin kehittämistä varten. Kysymyksessä 11 selvitettiin taskukortin prototyyppiin sisällytettävät asiat ISBAR-menetelmästä osiosta TUNNISTA. Osioista valikoituivat 50% tai yli vastaajien mukaan täysin samaa mieltä olevat osiot. Tärkeiksi osioiksi nousivat ilmoittajan nimi, ilmoittajan yksikkö, asiakkaan/potilaan nimi ja henkilötunnus. Ilmoittajan ammattinimikettä (32%) kohdasta TUNNISTA vastaajat eivät kokeneet tärkeäksi otettavaksi mukaan taskukortin prototyyppiin. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Kysymys 11. Pidän tärkeänä, että seuraavat asiat sisältyisivät taskukorttiin osioon (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) TUNNISTA /IDENTIFY: (n=31)

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Ilmoittajan nimi	10%	7%	3%	19%	61%
Ilmoittajan ammattinimike	10%	16%	6%	36%	32%
Ilmoittajan yksikkö	3%	3%	0%	23%	71%
Asiakkaan/potilaan nimi	3%	0%	0%	7%	90%
Asiakkaan/potilaan henkilötunnus	7%	3%	0%	16%	74%

Kysymyksessä 12 selvitettiin taskukortin prototyyppiin sisällytettävät asiat ISBAR-menetelmästä osiosta TILANNE. Vastaajat kokivat, että tulosy riittää taskukortin prototyypissä. Syy suulliseen raportointiin osiota ei koettu tärkeäksi osaksi taskukortin prototyyppiin. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Kysymys 12. Pidän tärkeänä, että seuraavat asiat sisältyisivät taskukorttiin osioon (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) TILANNE/SITUATION

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Syy suulliseen raportointiin	3%	10%	10%	45%	32%
Tulosy	0%	0%	0%	19%	87%

Kysymyksessä 13 selvitettiin taskukortin prototyyppiin sisällytettävät asiat ISBAR-menetelmästä osiosta TAUSTA. Vastaajat kokivat kaikki kohdat tärkeiksi osaksi taskukortin prototyypin sisällöksi

ja siihen valikoituivat perussairaudet, riskitiedot ja tartuntavaara/eristys osiot. Varsinkin kohdat riskitiedot ja tartuntavaara/eristys koettiin erityisen tärkeiksi tiedoiksi antaa ja saada asiakkaasta/potilaasta. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Kysymys 13. Pidän tärkeänä, että seuraavat asiat sisältyisivät taskukorttiin osioon (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) TAUSTA/BACKGROUND

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Perussairaudet	6%	7%	0%	26%	61%
Riskitiedot	3%	0%	0%	13%	84%
Tartuntavaara/eristys	3%	0%	0%	3%	94%

Kysymyksessä 14 selvitettiin taskukortin prototyyppiin sisällytettävät asiat ISBAR-menetelmästä osiosta NYKYTILANNE. Vastaajien mukaan yli 50% vastaajista halusivat sisällyttää osioon vitaalielintoiminnot (RR, p., SpO2, lämpö), tajunnantason, kipu, toimintakyky ja muute oleelliset asiat asiakkaan/potilaan tilaan liittyen. Erityisesti toimintakyky osio sai suuren kannatuksen vastaajien joukosta. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Kysymys 14. Pidän tärkeänä, että seuraavat asiat sisältyisivät taskukortin osioon (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) NYKYTILANNE/ASSESSMENT

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Vitaalielintoiminnot (esim. RR, p., SP02, lämpö)	6%	13%	3%	32%	52%
Tajunnantaso	0%	10%	3%	19%	68%
Kipu	0%	0%	3%	29%	68%
Toimintakyky	0%	0%	3%	19%	78%
Muut oleelliset asiat asiakkaan/potilaan tilaan liittyen	0%	0%	6%	23%	71%

Kysymyksessä 15 selvitettiin taskukortin prototyyppiin sisällytettävät asiat ISBAR-menetelmästä osiosta TOIMINATEHDOTUS. Myös tästä osiosta valikoitui lopulliseen taskukorttiin kaikki ehdotetut osiot eli, hoito-ohjeet, tutkimukset, toimenpiteet ja toimintaehdotus (tarkkailun lisääminen, toimenpide, hoitosuunnitelman muutos) osiot. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Kysymys 15. Pidän tärkeänä, että seuraavat asiat sisältyisivät taskukortin osioon (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) TOIMINTAEHDOTUS/RECOMMENDATION

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Hoito-ohjeet	3%	3%	0%	32%	62%
Tutkimukset	3%	3%	0%	42%	52%
Toimenpiteet	0%	0%	0%	42%	58%
Toimintaehdotus (tarkkailun lisääminen, toimenpide, hoitosuunnitelman muutos)	0%	6%	0%	39%	55%

Laadullisilla avoimilla kysymyksillä 16 etsittiin tietoa siitä, mitä asioita taskukortti voisi vielä sisältää ja perusteluita toiveille. Vastaaajia tähän kysymykseen oli 31:sta 4 (8%). Vastaaajista yksi toivoi tietoa siitä, onko DNR-päätös tai hoitolinjaus tehty, onko omainen tietoinen siirrosta, onko käytössä rajoittamiskeinoja (vuoteenreunaa, turvavyötä, hygienihaalaria tms.), onko käytössä apuvälineitä, ruokavalioon liittyviä asioita (perusruokavalio, sose, nestemäinen yms.) Yksi vastaaja toivoi taskukorttiin lisättävän tietoa hoitomyönteisyydestä/aggressiivisuudesta. Yksi vastaaja ei kokenut tarvetta taskukortille. Yksi vastaaja toivoi taskukorttiin tietoa aina, mikäli vitaaleissa, tajunnantasossa, kivoissa tai labroissa on jotain poikkeavaa ja aina tietoa potilaan eristystarpeesta. ISBAR-menetelmään pohjautuvassa taskukortissa on huomioitu vastaajien toivomia asioita. Omaisen tieto siirrosta voisi kuulua jo kohtaan TOIMINTAEHDOTUS ja siihen kuuluvaan muut oleelliset asiat osioon. DNR-päätös, hoitomyönteisyys/aggressiivisuus, rajoittamistoimenpiteet, apuvälineet, eristys ja ruokavalio kuuluvat kohtaan TAUSTA. Vitaalielintoiminnot, tajunnantaso, kipu ja laboratorion tulokset kuuluvat kohtaan NYKYTILANNE. Hoitolinjaus kuuluu kohtaan TOIMINTAEHDOTUS. Vastaajien toiveet tukevat tuloksiamme ja päätöksiämme taskukortin prototyypin mukaan otettavista asioista.

Laadullisessa avoimessa kysymyksessä 17 haettiin tietoa siitä, mitä taskukortin toisen puolen haluttiin sisältyvän. Kysymykseen vastasi 10 henkilöä 31:sta (30%). Vastausten mukaan viitearvot koki tärkeäksi 10 vastaajasta 4 (40%). Tämä tulos vahvisti päätöstämme siirtää viitearvot taskukortin prototyypin toiselle puolelle. Yksi vastaaja toivoi lisättävän lähiomaisen tai asioiden hoitajan yhteystiedot. Yksi toivoi myös lisättävän Glasgow coma scalen pisteet. Vastaaajista kolme (30%) toivoi lisättävän taskukortin toiselle puolelle puhelinnumeroita muun muassa lääkärille, taksille ja sairaalan eri tiimeille. Valmiiden numeroiden lisääminen taskukorttiin oli mahdotonta, sillä hoitavia tahoja on paljon, joten kaikki numerot eivät olisi siihen mahtuneet. Yksi vastaaja toivoi lisättävän tietoa

taskukortin molemmille puolille siitä, mitä tietoa tarvitsee antaa ambulanssin tilaamisessa ja kotiutumisessa/jatkohoitopaikassa. Taskukorttia voi hyötyä käyttää tällaisiakin tilanteitakin varten. Yksi vastaaja ei kokenut tarvetta taskukortille.

Ensimmäisessä Webropol-kyselyn kysymyksissä 7–10 kerättiin tietoa yksiköiden nykytilanteesta; työolosuhteista, suullisen raportoinnin tilanteesta, potilasturvallisuuden vaarantumisesta liittyen puhelimesta tapahtuvaan suulliseen raportointiin ja työturvallisuuden kokemuksista liittyen puhelimen välityksellä tapahtuvaan suulliseen raportointiin. Ensimmäisessä Webropol-kyselyn kysymyksessä 8. pyydettiin arvioimaan puhelimen välityksellä tapahtuvasta suullisesta raportoinnista asiakkaan/potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen viimeisimmän vuoden aikana. Olemme huomioineet vastauksista täysin erimieltä ja jokseenkin eri mieltä olevat tulokset yhteen sekä jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä olevat vastaukset yhteen. Kyselyyn vastaajista suurin osa (61%) kokee ajan riittäväksi suulliseen raportointiin ja suullisen raportoinnin sisällön koki yli puolet (51%) riittäväksi. Melkein puolet (42%) koki raportoinnin sisällön riittämättömäksi ja suurin osa (68%) koki häiriöitä raportoinnin aikana. Raportoinnin epäselvänä puhelimen välityksellä ja apukeinojen tarvitsemisen tiedon siirtoon kokivat vastaajat melko tasaisena. Vastaajista noin puolet (48%) koki tarvitsevansa apukeinoja tiedon saantiin, mutta omaa raportointia ei koettu puutteelliseksi. Yli puolet (52%) vastaajista saaneensa tarvittavat tiedot asiakkaasta/potilaasta ja tulleen kuulluksi (68%) puhelun aikana. Vastaajista yli puolet (55%) ei kokenut tulleen väärin ymmärretyksi kertoessaan tietoja asiakkaasta/potilaasta. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Kysymys 8. Arvioi puhelimen välityksellä tapahtuvaa suullista raportointia potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen viimeisen vuoden aikana

	Täysin erimieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Koen suullisen raportointi ajan riittämättömäksi	19%	42%	3%	29%	7%
Koen suullisen raportoinnin sisällön riittämättömäksi	16%	35%	7%	32%	10%
Koen häiriötekijöitä raportoinnin aikana	3%	16%	13%	55%	13%
Koen raportoinnin epäselvänä puhelimen välityksellä	6%	42%	10%	39%	3%
Koen tarvitsevani apukeinoja tiedon siirtoon	10%	29%	26%	32%	3%
Koen tarvitsevani apukeinoja tiedon saantiin	10%	26%	16%	39%	9%
Koen oman raportoinnin puutteelliseksi	6%	52%	10%	32%	0%
Koen saaneeni tarvittavat tiedot asiakkaasta/potilaasta	0%	42%	6%	49%	3%
Koen tulleetni kuuluksi puhelun aikana	0%	16%	16%	61%	7%
Koen väärinymmärryksiä yrittäessäni kertoa asiakkaasta/potilaasta	10%	45%	19%	26%	0%

Kysymyksessä yhdeksän pyydettiin arvioimaan potilasturvallisuuden vaarantumista liittyen suulliseen raportointiin puhelimen välityksellä viimeisen vuoden aikana. Olemme huomioineet vastauksista täysin erimieltä ja jokseenkin eri mieltä olevat tulokset yhteen sekä jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä olevat vastaukset yhteen. Vastaajista noin puolet (45%) koki potilasturvallisuuden vaarantuneen ja ei kokenut (49%) potilasturvallisuuden vaarantuneen puutteellisen puhelimesta saadun suullisen raportoinnin vuoksi. Suurin osa (61%) koki antaneensa riittävää suullista raportointia puhelimen välityksellä asiakkaan/potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen kiireestä huolimatta. (Taulukko 9.)

TAULUKKO 9. Kysymys 9. Arvioi potilasturvallisuuden vaarantumista liittyen suulliseen raportointiin puhelimen välityksellä viimeisen vuoden aikana

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Koen potilasturvallisuuden vaarantuneen, puutteellisen puhelimitse saamani suullisen raportoinnin vuoksi	3%	42%	6%	42%	7%
Koen potilasturvallisuuden vaarantuneen, virheellisen puhelimitse saadun suullisen raportoinnin vuoksi	6%	45%	13%	29%	7%
Kiireen vuoksi, en ole antanut riittävää suullista raportointia puhelimen välityksellä asiakkaan/potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen	10%	51%	10%	29%	0%
Kiireen vuoksi en ole saanut riittävää suullista raportointia puhelimen välityksellä asiakkaan/potilaan tilanteesta	3%	45%	7%	45%	0%

Seuraavassa arvioidaan omaa kokemusta työturvallisuudesta liittyen puhelimen välityksellä tapahtuvaan suulliseen raportointiin viimeisen vuoden aikana. Vastaajat eivät kokeneet (52–58%) työturvallisuuden vaarantuneen liittyen puhelimen välityksellä tapahtuvaan raportointiin viimeisen vuoden aikana kuten liian vähäisen suullisen raportoinnin, riittämättömien tietojen ja riittämättömän tiedon etsinnän vuoksi. (Taulukko 10.)

TAULUKKO 10. Kysymys 10. Arvio omaa kokemustasi työturvallisuudesta liittyen puhelimen välityksellä tapahtuvaan suulliseen raportointiin viimeisen vuoden aikana

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Työturvallisuuteni on vaarantunut liian vähäisen suullisen raportoinnin vuoksi	10%	48%	13%	23%	6%
Työturvallisuuteni on vaarantunut, koska en ole saanut riittäviä tietoja asiakkaasta/potilaasta puhelimen välityksellä	10%	48%	10%	29%	3%
Työturvallisuuteni on vaarantunut, koska en ole ehtinyt etsiä tarvittavia ja riittäviä tietoja asiakkaasta/potilaasta tietojärjestelmästä	10%	42%	16%	22%	10%

Selvitimme myös valittujen työyksiköiden työolosuhteita viimeisen vuoden ajalta. Tulosten mukaan työnsä koki kiireelliseksi vastaajista yli puolet (52%), työssään kuormitusta koki yli puolet (58%) ja henkilöstömäärän vähäiseksi koki reilusti yli puolet (71%).

5.2 Ensimmäisen kehittämisvaiheen tulokset

Ensimmäisen kehittämisvaiheen tuloksena kehitimme taskukortin prototyypin. Taskukortin prototyyppi oli koekäytössä kuukauden ajan valikoiduissa Oulun kaupungin työyksiköissä Oulun kaupungin sairaalan osastoilla A3 ja H2, sekä Itä-Tuira–Puolivälikankaan kotihoidon tiimeissä (Itä-Tuira tiimeissä 1 ja 2, Välvainion tiimissä, sekä Puolivälikankaan tiimissä). Taskukortin prototyyppi kehitettiin ensimmäisen Webropol-kyselyn tulosten pohjalta ja valikoimme taskukortin prototyyppiin 50% tai yli täysin samaa mieltä olevat vastaukset, jotka pohjautuivat ISBAR-menetelmään kohdista TUNNISTA, TILANNE, TAUSTA, NYKYTILANNE ja TOIMINTAEHDOTUKSET. Taskukortin prototyypin toiselle puolelle valikoimme osaksi vastaajien ehdottamia asioita, kuten viitearvot, joka tuli esille neljästä vastauksesta 10:stä (40%). Lisäksi otimme mukaan INR viitearvot, koska verenohennuslääke Marevan lääkityksen myötä hyytymisaika pidentyy ja verenvuotojen riski suurenee ja siksi on hyvä, että viitearvot ovat nopeasti saatavilla (Duodecim 2018). Taskukortin prototyypin kooksi tuli 70 x 84mm.

KUVA 2. Taskukortin prototyyppi

<p>TASKUKORTTI: KERRO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NIMESI, YKSIKKÖ 2. ASIAKKAAN/POTILAAN NIMI/HETU 3. TULOSYY 4. ASIAKKAAN PERUSSAIRAUS- DET/RISKITIEDOT <p>TARTUNTAVAARA/ERISTYS</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. VITAALIELINTOIMINNOT 6. TAJUNNANTASO 7. KIPU 8. TOIMINTAKYKY 9. MUUT OLEELLISET ASIAT 10. TUTKIMUKSET 11. TOIMENPITEET 12. TOIMINTAEHDOTUS <p>Kehitetty ISBAR-menetelmästä</p>	<p>Verenpaineen arvot:</p> <p>Ihanteellinen: alle 120/80 mmHg Normaali: alle 130/85 mmHg Tyydyttävä: alle 130–139/85–89 mmHg Kohonnut: yli 140/90 mmHg Huomattavasti kohonnut: 180/110 mmHg Kriisi: 200/130 mmHg</p> <p>Pulssi: 60-80/min Happisaturaatio: 94-98% Hengitysfrekvenssi: 12-20x/min Verensokerin paasto arvot: <6</p> <p>INR (eteisvärinä/infarkti ym.): 2.0-3.0 INR (tekoläppä): 2.5-3.5</p>
---	---

5.3 Toisen tutkimusvaiheen tulokset

Toisen tutkimusvaiheen tarkoituksena oli kuvailla ja selvittää toisen Webropol-kyselyn avulla ja taskukortin prototyypin testauksella ja taskukortin toimivuutta valituissa Oulun kaupungin työyksiköissä. Tavoitteena ja tehtävänä oli arvioida ja saada tietoa toisen Webropol-kyselyn avulla taskukortin toimivuudesta lopullista tuotosta varten. Taskukortin prototyyppi oli koekäytössä kuukauden ajan. Toinen Webropol-kyselyn linkki lähetettiin valittujen työyksiköiden Oulun kaupunginsairaalan osastojen A3, H2 ja G4, Oulun kaupungin kotihoidon Itä-Tuiran Puolivälinkankaan kotihoidon (Itä-Tuiran tiimien 1 ja 2, Välivainion tiimien, sekä Puolivälinkankaan tiimien), sekä Hirosenkodin osasto C4 ja Herttakodin esimiehille, jotka lähettivät kyselyn linkin edelleen 123 hoitohenkilökuntaan kuuluvalla. Webropol-kyselyyn oli vastausaikaa kaksi viikkoa. Vastauksia saatiin 18 kappaletta (15%).

Toista tutkimusvaihetta varten kehitimme toisen Webropol-kyselylomakkeen, joka oli rakenteeltaan ensimmäisen Webropol-kyselyn mukainen. Toisen Webropol-kyselyn alussa kerätään perustietoa kysymyksissä 1-6 vastaajien sukupuolesta, iästä, koulutustasosta, koulutuksesta, valmistumisvuodesta, ammattista ja työkokemuksesta hoitoalalla. Toisessa Webropol-kyselyn kysymyksissä 7-9

selvitimme valitsemiemme työyksiköiden taskukortin prototyypin käyttökokemuksia, kuten arviointia puhelimesta tapahtuvasta suullisesta raportoinnista, potilasturvallisuuden ja työturvallisuuden lisääntymisestä liittyen suulliseen raportointiin puhelimen välityksellä. Kysymykset 10–14 koostuivat ensimmäisen Webropol-kyselyn tulosten perusteella saaduista vastauksista liittyen ISBAR-menetelmän käyttökokemuksiin. Kysymyksessä 15 halusimme selvittää taskukortin toiselle puolelle sisällytettävät asiat, kuten vitaaliarvojen viitearvot, INR-kokeen viitearvot, tärkeät puhelinnumerot, sekä tyhjän tilan tarpeen muistiinpanoille. Kysymyksessä 16 vastaajat pystyivät vielä vapaasti kertomaan mielipiteitään ja toiveitaan taskukorttiin liittyen.

Vastaajista (18) lähes kaikki oli naisia (94%). Ammatiltaan eniten oli sairaanhoitajia (56%) ja toiseksi eniten oli lähihoitajia (44%). Keskiarvon mukaan vastaajat olivat iältään 40-vuotiaita. Eniten oli 36–45-vuotiaita (51%). Vastaajilla suurimmalla osalla oli toisen asteen ammatillinen tutkinto (44%) tai ammattikorkeakoulututkinto (44%). Koulutuksesta vastasi valmistuneensa eniten (62%) vuosina 2010-2019. Työkokemusta vastaajilla oli eniten (56%) 0–5-vuotta. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Vastaajien taustatiedot 2. Webropol-kysely (n=18)

Vastaajien taustatiedot	n	%
Sukupuoli		
Nainen	17	94
Mies	0	0
Muu	1	6
Ikä		
18-25	4	20
26-35	3	11
36-45	9	57
46-55	1	6
56-65	1	6
Koulutus		
Toisen asteen ammatillinen tutkinto	8	44
Opintoasteen tutkinto (esim. sairaanhoitaja)	1	6
Ammattikorkeakoulu tutkinto	8	44
Yliopisto, ylempi korkea koulututkinto (maisteri)	0	6
Ylempi ammattikorkeakoulu tutkinto	1	
Koulutuksesta valmistumisvuosi		
1950-1959	2	10
1960-1969	0	0
1970-1979	0	0
1980-1989	0	0
1990-1999	1	5
2000-2009	2	22
2010-2019	11	62
Ammatti		
Perushoitaja	0	0
Lähihoitaja	8	44
Sairanhoitaja	10	56
Muu	0	0
Työkokemus hoitoalalla vuosina		
0-5	10	56
6-10	1	5
11-15	2	11
16-20	4	22
21-25	1	6
26-30	0	0
31-40	0	0

Toisen Webropol-kyselyn kysymyksissä 11–15 kerättiin tietoa taskukortin prototyypin käyttökokeuksista liittyen ISBAR-menetelmään kohdista TUNNISTA, TILANNE, TAUSTA ja NYKYTILANNE. Vastauksia saatiin heikosti (15%) ja vastaukset painottuivat ei kokemusta osioon (39-50%). Tämän vuoksi huomioimme myös ensimmäisen Webropol-kyselyn tulokset toisen Webropol-kyselyn lisäksi. (Liite 6.) Taskukortin toiselle puolelle sisällytettävistä asioista saatiin myös heikosti tuloksia ja vastauksista painottuivat (39-50%) ei kokemusta asiasta osio. Taskukortin toiselle puolelle toivottiin lisättävän kyselyn mukaan vitaalielintoimintojen viitearvoja (44%) ja tyhjää tilaa muistiinpanoille (39%). (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Kysymys 15. Haluan sisällyttää taskukortin toiselle puolelle seuraavat asiat

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Vitaalielintoimintojen viitearvot	11%	6%	39%	11%	33%
INR-kokeen viitearvot	22%	11%	39%	11%	17%
Hätäkeskuksen numero	17%	22%	39%	5%	17%
Myrkytystietokeskuksen numero	11%	6%	44 %	22 %	17 %
Oys:n ja Oulun kaupungin vaihteiden numerot	17%	5%	50%	22 %	6%
Tyhjää tilaa muistiinpanoille	11%	6%	44%	28%	11%

Laadullisella avoimella kysymyksellä 16 haettiin tietoa siitä, mitä mielipiteitä ja toiveita vastaajilla oli taskukorttiin liittyen. Vastaajia tähän kysymykseen kaikista kyselyyn vastanneista oli 7 (39%). Yhden vastaajan mielestä taskukortti voisi sisältää Oulun seudun yhteispäivystyksen päivystäjän puhelinnumeron sekä koki kortin kokeneelle hoitajalle kömpelöksi, epäkäytännölliseksi ja tarpeettomaksi eikä hän näiden syiden vuoksi käyttänyt taskukorttia ja hän toivoi myös, että kortin toiselle puolelle voisi laittaa maininnan käyttötarkoituksesta. Yksi vastaaja koki ulkoasun puutteelliseksi. Kaksi vastaajaa toivoi korttia kehitettävän edelleen. Esiintyi toive poistaa viitearvojen luvut ja lisättävän perusteluita viitearvoille ja yksi koki verenpainearvot epäselviksi. Esille nousi kahdessa vastauksessa (30%), että lähihoitajat eivät käyttäneet korttia, koska soittavat toisiin yksiköihin harvoin. Kerrottiin, että sairaanhoitajilla voisi olla enemmän tarvetta taskukortille. Kokemusta taskukortin käytöstä ei ollut neljällä (57%) vastaajalla seitsemästä. Yksi vastaaja koki, ettei heillä ole tarvetta taskukortille. Tulosten mukaan taskukortin prototyyppiä ei ole juurikaan käytetty. Ilmeisesti tämän vuoksi vastausprosentti jäi vähäiseksi.

Kysymyksissä 7-9 kerättiin tietoja lisäsikö taskukortin prototyyppin käyttö ajan hallintaa, raportoinnin sisältöä, häiriötekijöiden vähenemistä, raportoinnin selvyttä, oliko taskukortti riittävä apukeino tiedon siirtoon ja saantiin, lisäsikö oman raportoinnin riittävyttä, lisäsi kokemusta tarvittavien tietojen saannista asiakkaasta/potilaasta, kuulluksi tulemisen kokemusta sekä vähensikö väärinymmärrystä kerrottaessa asiakkaasta/potilaasta. Tulosten mukaan vastaukset painottuivat ei kokemusta (55-78%) asiasta eli emme saanut riittäviä tuloksia. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Kysymys 7. Arvioi puhelinvälityksellä tapahtuvaa suullista raportointia käyttämäsi taskukortin prototyypin pohjalta potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen käyttökuukauden aikana

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Taskukortin prototyypin käyttö lisäsi ajan hallintaani	5%	5%	78%	6%	6%
Taskukortin prototyypin käyttö lisäsi suullisen raportoinnin sisällön riittäväksi	0%	6%	55%	28%	11%
Taskukortin prototyypin käyttö vähensi häiriötekijöitä raportoinnin aikana	0%	17 %	72%	11%	6%
Taskukortin prototyypin käyttö lisäsi selvyyttä raportointiin	0%	0%	61%	22%	17%
Taskukortin prototyypin käyttö on riittävä apukeino tiedon siirtoon	0%	0%	56%	33%	11%
Taskukortin prototyypin käyttö lisäsi apukeinoja tiedon saantiin	0%	11%	67%	17%	5%
Taskukortin prototyypin käyttö lisäsi oman raportoinnin riittävyttä	0%	0%	72%	22%	6%
Taskukortin prototyypin käyttö lisäsi kokemusta, että sain tarvittavat tiedot asiakkaasta/potilaasta	0%	0%	72%	22%	6%
Taskukortin prototyypin käyttö lisäsi kuuluksi tulemiseni kokemusta puhelun aikana	0%	11%	72%	11%	6%
Taskukortin prototyypin käyttö vähensi väärinymmärryksiä kertoessani asiakkaasta /potilaasta	0%	11%	72%	11%	6%

Kysymyksissä kahdeksan ja yhdeksän arvioitiin potilasturvallisuuden ja työturvallisuuden lisääntymistä suullisessa raportoinnissa puhelimen välityksellä liittyen taskukortin prototyypin käyttöön kuukauden aikana. Tulosten mukaan vastauksissa painottuivat ei kokemusta (72–83%) asiasta eli emme saaneet riittävästi tuloksia. (Liite 6.)

5.4 Toisen kehittämisvaiheen tulokset

Toisen kehittämisvaiheen tarkoituksena oli kuvata ja selvittää lopullisen taskukortin tiedot. Tavoitteena ja tehtävänä oli kehittää lopullinen versio taskukortista Oulun kaupungin työyksiköiden käyttöön. Huomioimme taskukortin kehittämisessä molempia Webropol-kyselyjen tuloksia toisen Webropol-kyselyn tulosten jäädessä vähäiseksi. Kehittämistyömme tuloksena kehitimme lopullisen taskukortin. Taskukorttiin valikoitui lähes kaikki ISBAR-menetelmän kohdat, mutta visuaalisesti teimme siitä eri näköisen. Lisäksi kehitimme taskukortin pohjalta hiirimatton (Liite 7). Idea hiirimattosta sai alkunsa sairaanhoitajaliiton Webinaari ISBAR-työkalusta olevasta koulutuksesta 14.8.2019, jossa Petra Kupari mainitsi asiasta.

Valmiin taskukortin kooksi tuli 125 x 80 mm. Taskukortteja tehtiin kahdessa värissä, toinen vaaleanpunainen versio (Kuva 3–4) ja toinen harmaa versio (Kuva 5–6). Lopulliseen taskukorttiin sisällytimme ensimmäisen ja toisen Webropol-kyselyn tulosten pohjalta otetut asiasanat, jotka pohjautuivat ISBAR-menetelmään. Toiselle puolelle taskukorttia jätimme prototyypin mukaisesti vitaaalien viitearvot, INR viitearvot ja tyhjää tilaa omaa käyttöä varten. Viitearvot ovat vain muistin tukena raja-arvoista.

KUVA 3. Valmis taskukortin etuosa (vaaleanpunainen versio)

TASKUKORTTI	PUHELIMEN VÄLITYKSELLÄ TAPAHTUVAAN TIEDONSIIRTOON (ASIAKKAASTA/POTILAASTA)
1. TUNNISTA	- NIMESI, YKSIKKÖ - ASIAKKAAN/POTILAAN NIMI, HETU
2. TILANNE	- TULOSYY
3. TAUSTA	- ASIAKKAAN PERUSSAIRAUDET - RISKITIEDOT - TARTUNTAVAARA/ERISTYS
4. NYKYTILANNE	- VITAALIELINTOIMINNOT - TAJUNNANTASO - KIPU
5. TOIMINTAEHDOTUS	- TOIMINTAKYKY - MUUT OLEELLISET ASIAT - HOITO-OHJEET - TUTKIMUKSET - TOIMENPITEET

Käytetty pohjana Sairaanhoitajaliiton ISBAR-korttia

KUVA 4. Valmis taskukortin takaosa (vaaleanpunainen versio)

Verenpaineen arvot

Ihanteellinen: alle 120/80 mmHg _____

Normaali: alle 130/85 mmHg _____

Tyydyttävä: alle 130–139/85–89 mmHg _____

Kohonnut: yli 140/90 mmHg _____

Huomattavasti kohonnut: 180/110 mmHg _____

Kriisi: 200/130 mmHg _____

Pulssi: 60-80/min _____

Happisaturaatio: 94-98% _____

Hengitysfrekvenssi: 12-20x/min _____

Verensokerin paasto arvot: <6 _____

INR (eteisvärinä/infarkti ym.): 2.0-3.0 _____

INR (tekoläppä): 2.5-3.5 _____

Viitearvot sairaanhoitajaliitolta ja Käypä hoito -suosituksista

KUVA 5. Valmis taskukortin etuosa (harmaa versio)

TASKUKORTTI	PUHELIMEN VÄLITYKSELLÄ TAPAHTUVAAN TIEDONSIIRTOON (ASIAKKAASTA/POTILAASTA)
1. TUNNISTA	- NIMESI, YKSIKKÖ - ASIAKKAAN /POTILAAN NIMI, HETU
2. TILANNE	- TULOSYY
3. TAUSTA	- ASIAKKAAN PERUSSAIRAUDET - RISKITIEDOT - TARTUNTAVAARA/ERISTYS
4. NYKYTILANNE	- VITAALIELINTOIMINNOT - TAJUNNANTASO - KIPU
5. TOIMINTAEHDOTUS	- TOIMINTAKYKY - MUUT OLEELLISET ASIAT - HOITO-OHJEET - TUTKIMUKSET - TOIMENPITEET

Käytetty pohjana Sairaanhoitajaliiton ISBAR-korttia

KUVA 6. Valmis taskukortin takaosa (harmaa versio)

Verenpaineen arvot

Ihanteellinen: alle 120/80 mmHg _____

Normaali: alle 130/85 mmHg _____

Tyydyttävä: alle 130–139/85–89 mmHg _____

Kohonnut: yli 140/90 mmHg _____

Huomattavasti kohonnut: 180/110 mmHg _____

Kriisi: 200/130 mmHg _____

Pulssi: 60-80/min _____

Happisaturaatio: 94-98% _____

Hengitysfrekvenssi: 12-20x/min _____

Verensokerin paasto arvot: <6 _____

INR (eteisvärinä/infarkti ym.): 2.0-3.0 _____

INR (tekoläppä): 2.5-3.5 _____

Viitearvot sairaanhoitajaliitolta ja Käypä hoito -suosituksista

6 POHDINTA

Kehittämämme taskukortin avulla hoitajaa voidaan ohjeistaa antamaan tiivistetyt tiedot puhelinkeskusteluissa asiakkaasta/potilaasta hänen siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen. Taskukortin käyttäminen on tarkoitus lisätä potilas- ja työturvallisuutta ja näin myös oleellinen tieto siirtyy nopeasti hoitoyksiköstä toiseen. Työyksiköihin voi kehittyä taskukortin avulla myös yhtenäinen toimintatapa malli tiedonsiirtoon puhelimitse. Valitsimme Oulun kaupungin työyksiköt yhdessä työelämän edustajan kanssa tutkimuskohteiksi ja saimme kattavimman otoksen eri Oulun kaupungin toimintayksiköistä. Yksiköt edustivat kotihoitoa, sairaalaa, laitosta ja palvelukotia. Kehittelemämme taskukortti voi toimia työvälineenä Oulun kaupungin työyksiköissä heidän niin halutessaan tai yksityisille palveluntuottajille. Käytyämme esittelemässä kehittämistyömme Ikäihmisten johtoryhmän kokouksessa, kehittämistyömme kerrottiin olevan tärkeä ja ajankohtainen. Kehittämistyötämme on esillä Oulun kaupungin Ikäihmisten johtoryhmän kokousmuistiossa.

6.1 Kehittämistyön luotettavuus

Aikaisemmat AMK opinnäytetyöt, Pro Gradu-tutkimukset, väitöskirjatutkimukset ja tieteelliset artikkelit ovat osoittaneet (Ervasti & Honka 2017; Franssi & Järvelä 2015; Hallström & Stigell 2015; Hautala & Huhtanen 2017; Heiskanen 2016; Saastamoinen & Sipari 2015; Kosonen, Lönnrot & Rautiainen 2014; Moilanen, Perälä, Puputti & Vuoti 2015; Mäki-Karvia & Niemi 2018; Nuolikoski & Vainio 2016; Hakala 2016; Mäntylä & Pasanen 2017; Parkkinen 2017; Jauhiainen 2009; Kinnunen & Väisänen 2016; Mikkonen 2014; Jylhä 2017; Kanerva 2015; Koponen 2003; Scotten ym. 2015, 895–900; Caprice ym. 2007; Rabøl ym. 2011; Media World 2013.), että ISBAR-menetelmä ja yhdenmukainen tiedonanto lisäävät potilasturvallisuutta. Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että ISBAR-menetelmä on jo laajasti käytössä oleva ja hyväksi koettu keino tiedon siirtoon ja raportointiin.

Ensimmäisessä tutkimusvaiheessa käytettiin kehittämäämme Webropol-kyselyä, jonka linkin työyksiköiden esimiehet toimittivat edelleen valittujen työyksiköiden hoitohenkilökunnalle. Luotettavuutta lisää se, että Webropol-kysely on kokemuksemme mukaan toimiva menetelmä ja siitä löytyy paljon teoriaa. Vastaaajilla oli kaikilla samat pääasiassa määrälliset kysymykset perustuen Likertin asteikkoon, jolloin vastaukset ovat luotettavia. Vastaukset olivat myös määritelty niin, että kaikkiin

määrällisiin kysymyksiin täytyi vastata päästäkseen jatkamaan kyselyä ja kyselyn linkkiin pystyi vastaamaan vain kerran. Tyhjiä vastauksia määrällisiin kysymyksiin ei tullut, joka lisää luotettavuutta. Laadullisilla kysymyksillä vastaajat saivat vaikuttaa taskukortin prototyypin toisen puolen sisältöön. Tällöin pystyttiin huomioimaan vastaajien toiveita ja tarpeita. Laadulliset kysymykset tukivat tutkimukset kokonaisuutta, koska esille nousseet asiat tukivat myös ISBAR-menetelmän osioita. Laadullisiin kysymyksiin vastaajat saivat vastata haluamallaan tavalla tai olla vastaamatta siihen. Laadulliset kysymykset olivat selkeitä, joka lisää niiden luotettavuutta. Tämän pohjalta tehtiin ensimmäisen kehittämisvaiheen lopuksi taskukortin prototyyppi.

Toisessa tutkimusvaiheessa taskukortin prototyyppi oli koekäytössä kuukauden ajan valikoitujen työyksiköiden hoitohenkilöstöllä. Riittävä aika ja prototyypin koekäyttö lisäsivät tutkimuksemme luotettavuutta. Koekäytön jälkeen teimme toisen Webropol-kyselyn, jonka linkin työyksiköiden esimiehet jälleen lähettivät hoitohenkilöstölle. Vastausten jäädessä vähäiseksi, saimme lisättyä tutkimuksemme luotettavuutta huomioimalla ensimmäisenkin kyselyn tulokset. Luotettavuutta lisää myös rehellisyytemme huomioidessamme toisen Webropol-kyselyn tulosten vähäisyyden ja painottumisen ei kokemusta asiasta osioon. Luotettavuutta lisäsi kehittämistyöprosessin eteneminen vaiheittain.

Luotettavuus on tieteellisen tiedon keskeinen tunnusmerkki ja sen kysymykset kohdistuvat tutkimusmenetelmiin, tutkimusprosessiin ja tutkimustuloksiin. Määrällisessä tutkimuksessa luotettavuutta lähestytään reliabiliteetin eli luotettavuuden ja validiteetin eli pätevyyden käsitteiden kautta. Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. Kehittämistoiminnan yhteydessä syntyvä tiedon tulee olla todenmukaista ja hyödyllistä. (Toikko & Rantanen 2009, 121–122.) Kortin sisältö koostuu ISBAR-menetelmään, joka on koettu useassa maassa (Scotten ym. 2015, 895–900; Caprice ym. 2007; Rabøl ym. 2011; Media World 2013; Sairaanhoidajaliitto 2014; WHO 2018) potilasturvallisuutta lisääväksi menetelmäksi, joka lisää kehittämistehtävämme luotettavuutta. Taskukorttimme on käyttökelpoinen versio ISBAR-menetelmästä ja se pohjautuu vankasti tutkittuun teoretietoon. Kehittämistyömme tieto on todenmukaista ja hyödyllistä sen pohjautuessa pääosiltaan määrälliseen menetelmään.

Määrällisen tutkimuksen arviointi kohteena ovat seuraavat asiat: miten otos edustaa perusjoukkoa, mikä on vastausprosentti, miten huolellisesti tiedot on syötetty, millaisia mittausvirheitä lomakkeen kysymykset ja vastausvaihtoehdot eli mittarin kykyä mitata tutkittavan asiaa kattavasti (Vilkkä 2007,

149–150). Kehittämämme Webropol-kyselyt pohjautuivat tutkittuun teoretiseen yhteistyössä opettajien kanssa. Ensimmäisestä Webropol-kyselyä testattiin pienellä joukolla opiskelijoita, jolloin mitattiin todettiin toimivaksi keinoksi hakea tietoa. Kohtia potilasturvallisuus ja työturvallisuus osioita olisi voinut ehkä vielä tarkentaa ja tiivistää paremmiksi Webropol-kyselyissä. Kehittämistyössämme kysymyksien vastausvaihtoehdot pidettiin mahdollisimman yksinkertaisina, jolloin kysymykseen vastaaminen oli helppoa. Nämä seikat lisäsivät kehittämistyöme luotettavuutta. Webropol-kyselyjen tietoja ei tarvinnut syöttää toiseen ohjelmaan, koska Webropolilla oli oma työkalu analyysijä varten. Toimme kehittämistyöme tuloksia mittareista selkeästi esille ja teimme havainnoitavia taulukoita. ISBAR-menetelmän arviointi sopi hyvin määrällisen tutkimuksen analyysiin, koska siitä oli helppo kysyä Likertin asteikon mukaisia kysymyksiä ja vastausprosentit saatiin selkeästi näkyville.

Kehittämistoiminnassa luotettavuuteen ongelmia voi olla esimerkiksi sosiaalisten prosessien toistettavuuden vaatimus. Vaikka ryhmän ulkoiset olosuhteet ja ryhmän tehtävänanto pysyisivät samanlaisina, samanlaisen ryhmäprosessin aikaansaaminen uudella ryhmällä ei ole koskaan itsessään selvä. Laadullisen tutkimuksen kysymykset reliabiliteetista ja validiteetista on korvattu vakuuttavuuden käsitteellä. Tiedeyhteisö on vakuutettava tekemällä tutkimusta koskevat valinnat ja tulkinnat näkyviksi. Aineistonsa ja siihen perustuva argumentaatio tulee olla näkyvillä mahdollisimman avoimesti, jolloin tutkija voi vakuuttaa tiedeyhteisön tutkimuksensa pätevyydestä. (Toikko & Rantanen 2009, 123.) Kehittämistyöme prosessi eteni suunnitellusti vaihe vaiheelta. Ensimmäisestä Webropol-kyselystä saimme kohtalaisesti vastauksia 28%, mutta toisessa kyselyssä vastausprosentti jäi vähäiseksi 15%. Jäimme pohtimaan, olisiko vastausaika ollut hyvä pidentää, olisiko aiheesta pitänyt olla koulutusta, jotta vastauksia olisi saatu enemmän valikoiduista työyksiköistä. Toimme laadulliset tutkimustulokset näkyvästi esille niiden oleellisista tuloksista, jolloin lukijat näkevät mistä tulokset tulevat. Myöskin ISBAR-menetelmän käyttö taskukortin pohjana lisäsi luotettavuutta, sillä ISBAR-menetelmä on laajasti käytössä sosiaali- ja terveysalalla.

6.2 Kehittämistyön eettisyys

Ammattikorkeakoulut sitoutuvat noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) Hyvä tieteellisen käytännön ja sen loukkausepäilyjen käsittelemiä Suomessa- ohjetta. Tutkijan eettiset ja moraaliset velvoitteet koskevat tutkimuksen kohteena olevien henkilöitä, tutkimusyhteisöitä, ammattialoja, tutkimuksen rahoittajia ja yhteiskuntaa. Hyvää tieteellistä käytäntöä koskevat ohjeet ja

suositukset määritellään lainsäädännöllä. Lainvastaisia tekoja ovat tutkimusvilppi tai piittaamattomuus hyvästä tieteellisestä käytännöstä. (Oulun ammattikorkeakoulu 2017, 3, 8.) Tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttyä ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia, kun tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Virheiden peittäminen on tutkimusetiikan vastaista. Tutkijan tulee rehellisesti tuoda virheensä esille, pohtia virheiden vaikutusta tuloksiin ja tulkintaan sekä antaa lukijalle mahdollisuuden arvioida virheiden merkitystä. (Vilka 2015, 204.) Toimme mahdolliset virheemme kehittämistyössämme esiin ja analysoimme niitä ja tämä tuki eettistä toimintaamme. Toimimme hyvien tieteellisten ohjeiden mukaan tehdessämme kehittämistyötämme.

Tutkittavan itsemääräämisoikeutta ja tulee kunnioittaa, tulee välttää vahingoittamista ja tietosuojaa täytyy noudattaa. (Arene 2018, viitattu 29.12.2018.) Vältimme vahingoittamista vastaajia, kunnioitimme heidän itsemääräämisoikeuttaan ja noudatimme tietosuojaa. Toimimme kehittämistyössämme suunnitelmallisesti, rehellisesti, huolellisesti, avoimesti ja kunnioitimme muiden tutkijoiden työtä merkitsemällä käyttämämme lähteet oikeaoppisesti. Ensimmäisessä ja toisessa tutkimusvaiheessa ei eritelty vastanneiden vastauksia, vaan niitä käsiteltiin anonymisti kokonaisuuksina. Webropol-kyselyjen vastaajien henkilöllisyydet pidettiin salassa ja niihin vastattiin nimettömänä. Molempien Webropol-kyselyiden vastauslinkit lähetettiin valittujen työyksiköiden esimiehille, jotka toimittivat ne edelleen hoitohenkilöstölle. Näin toimimme eettisesti oikein. Tuotoksen on tarkoitus myöhemmin hyödyntää Oulun kaupungin työyksiköitä ja hoitohenkilökuntaa. Kehittämistyöllä on tarkoitus edistää hyvinvointia ja lisätä potilas- ja työturvallisuutta. Kehittämämme taskukortin on tarkoitus helpottaa, selkiyttää ja nopeuttaa henkilökunnan puhelimesta tapahtuvassa tiedon siirrossa ja raportoinnissa. Taskukortin prototyyppi ja lopullinen versio eivät ole muualla käytössä olevien korttien näköisiä ja käyttämämme kuva lopullisessa taskukortissa on otettu luvallisesta kuvatiehostosta Pixbay:stä.

Tutkimuksen kysymyksenasettelu, tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät saa loukata tutkimuksen kohderyhmää, tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tapaa. Tutkimukseen osallistumisen haittoja voi pienentää pitämällä lupaukset. Tutkimusaiheesta tulee olla hyötyä tutkittaville, tutkimusaineiston keräämisen tavan tulee olla perusteltu ja tutkimusluvat tulee hankkia. Tutkittavia tulee informoida asianmukaisesti. Tutkimusaineiston keräämisen ja käsittelyn tulee olla luottamuksellista. Tulokset tulee esittää selkeästi. Tutkittavilla on oikeus kieltäytyä osallistumisesta, vetäytyä tutkimuksesta kesken tutkimuksen tai kieltää saadun aineiston käyttö tutkimuksessa. Rahoituslähteet tulee mainita raportissa. (Vilka 2014, 90–101.)

Pidimme kehittämistyömme tutkimuksen aikana tehdyt lupaukset. Pitäydyimme tutkimuksessa kehittämässämme Webropol-kyselyissä emmekä tehneet sitä laajempia muita tutkimuksia ja toimimme perustellusti. Hoitohenkilöstö vastasi tehtyihin kyselyihin vapaaehtoisesti, joka tuotiin esille saatekirjelmissä. Hankimme tutkimusluvut asianmukaisesti ja raportoimme tulokset selkeästi. Toimitimme saatekirjeet molemmista Webropol-kyselyistä vastaajille, joissa kerroimme kehittämistyöstämme ja sen vaiheista. Pidimme tiedotustilaisuudet ennen tutkimuksen aloitusta tutkimukseen osallistujille kehittämistyöhömmme liittyvistä asioista ja sen prosessista. Kehittämistyöstämme voidaan hyödyntää Oulun kaupungin työyksiköissä tai yksityisten palveluntuottajien työyksiköissä. Toimimme kehittämistyömme prosessin eri vaiheissa luottamuksellisesti.

6.3 Kehittämistyön arviointi

Tutkimustietoa tulee arvioida kriittisesti ja tiedon arvioinnin tulee pohjautua sisältöön. Tutkimuksessa arvioidaan vahvistaako se tietoperustaa tai tuoko se uutta tietoa ilmiöstä. Siinä tulisi arvioida mihin tarkoitukseen tutkimus on tehty, kenelle ja mikä taso sillä on. Tutkimustietoa tulee arvioida tarkastelemalla raporttia; sisältöä, teoriaa, metodologiaa, tulkintaa, eettisyyttä ja kirjoitustyyliä. Voidaan arvioida myös, oliko aihe merkityksellinen, viitekehys looginen, metodit asianmukaiset, tulokset uskottavia, kuinka tuloksia on tulkittu, olivatko päätelmät sopivia, tutkimuskohteiden oikeudet turvattu, toimittu eettisesti ja oliko mittarille käyttöluupa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,167–168.)

Saimme kuvailtua ja selvitettyä Oulun kaupungin hoitoyksiköiden asiakassiirtymien välisen nopean tiedonannon keskeisimmät tarpeet, jotka tapahtuvat puhelimen välityksellä sekä saimme kehitettyä Oulun kaupungin tarpeita vastaavan taskukortin ISBAR-menetelmää hyödyntäen. Tavoitteenamme oli potilasturvallisuuden parantaminen, yhteisen toimintatapamallin luominen ja tiedon siirron nopeuttaminen kehittämämme taskukortin avulla Oulun kaupungin hoitoyksiköiden välillä. Tämä voidaan tavoittaa kehittämämme taskukortin avulla, joka pohjautuu ISBAR-menetelmään ja sen säännöllisellä käytöllä, kuten tutkimuksissa on osoitettu. Olemme arvioineet kehittämistyötämme kriittisesti ja arviointimme pohjautuu työmme sisältöön. Arvioimme, että raporttimme on kokonaisuudessaan kattava ja, että työ on tärkeä ja ajankohtainen. Arvioimme myös, että työmme teoriaa on laajasti ja menetelmät olivat sopivia. Tuloksia ensimmäisestä Webropol-kyselystä saatiin riittävästi ja toisesta Webropol-kyselystä vähäisemmin. Analyysitapa oli käyttämämme menetelmän mukainen ja soveltui tulosten tulkitsemiseen. Laadullista aineistoa ei voinut analysoida sisällön

analyysin mukaan deduktiivisesti eikä induktiivisesti, sillä aineisto jäi vähäiseksi. Laadullisia pystyi tuomaan esille sisällön kuvauksen avulla. Määrällisiä tuloksia pystyimme tuomaan esille prosentteina ja frekvensseinä. Kehittämistyössämme huomioitiin eettisyys ja luotettavuus.

Aineiston keräämisen tapa ja aika ovat tärkeää tuloksia arvioitaessa. Tuloksiin vaikuttavat kuinka kysymykset on ymmärretty. On tiedettävä mitä kysytään, onko väärinymmärrysten mahdollisuuksia ja kuinka valmiita aineistoja on muokattu tarkoitusta varten. Määrällisessä tutkimuksessa aineiston edustavuuden arviointi on tulosten arvioinnissa tärkeää, mikäli tutkittava joukko on jaettu eri ryhmiin. Omat tulokset ja saman aihepiirin tulokset mahdollistavat kokonaisvaltaisen tulosten arvioinnin. (Vilka 2015, 199, 203–204.) Arvioimme, että kehittämistyömme aineiston keräämisen tapa Webropol-kyselyiden avulla oli sopivin ja tehokkain keino tiedon keräämiseen. Tutkimusten teon ajankohtana oli kevät 2019 ennen kesälomia. Arvioimme, että ennen kesälomia saisimme totuudenmukaisimpia tuloksia ja, että vastaajat olisivat suurimmalta osin samoja kuin ensimmäisessä kyselyssä. Kesän aikana työyksiköissä työskentelee yleensä paljon sijaisia, joka eivät mahdollisesti ole osallistuneet aikaisempiin tutkimuksen osa-alueisiin. Pohdimme, että minimoimme väärinymmärrysten mahdollisuudet, koska kysymykset olivat pääasiassa määrällisiä ja kaikilla olivat samat vastausvaihtoehdot, jotka määräytyivät Likertin asteikon mukaan. Laadullisia kysymyksiä oli muutamia ja ne olivat selkeästi muotoiltuja. Pääasiassa Webropol-kyselyihin vastasivat sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Laadullisten kysymysten vastausten perusteella vaikutti siltä, että sairaanhoitajat vastasivat useammin asiakkaan/potilaan siirtymävaiheiden tiedonsiirrosta ja raportoinnista puhelimitse. Teimme kokonaisvaltaisen arvioinnin vertaamalla omia tuloksiamme muihin aiemmin tehtyihin tutkimustuloksiin.

Toimijoiden ja kehittäjien sitoutuminen kehittämisen prosessiin vaikuttaa aineistojen, metodin ja tuotosten luotettavuuteen. Luotettavuuden osalta on tärkeää tietää, missä vaiheissa toimijat eivät ole osallistuneet kehittämiseen aktiivisesti. Sitoutumattomuus vähentää kehittämistoiminnan aineistojen, menetelmien ja tulosten luotettavuutta. Virheiden mahdollisuudet kasvavat, jos toimijat eivät osallistu kaikkiin kehittämisprosessin vaiheisiin. Luotettavuuden arvioinnissa arvioidaan, miten kehittämisen tutkimuksellisessa ohjauksessa on onnistuttu. Ovatko tehdyt aineistot ja tulkinnat olleet prosessiohjauksen kannalta tarkoituksenmukaisia? Kehittämistulosten kannalta käyttökelpoisuus tarkoittaa kehittämisprosessista syntyneiden tulosten hyödynnettävyyttä. (Toikko & Rantanen 2009, 124, 127.) Terveystieteiden yksiköissä suullinen ja kirjallinen tiedonkulku on tärkeää potilaiden ja työturvallisuuden vuoksi. Viestinnän ongelmista muun muassa tiedonkulun katkeamisella ja väärinkäsityksillä on vaikutusta noin 70%:lla terveydenhuollon haittatapahtumista. (Sairaanhoitajaliitto

2014, viitattu 25.10.2018.) ISBAR- malli tulee muokata työyksikön tarpeisiin sopivaksi. Käyttöön ottoon on useita keinoja olemassa. Koulutus ja esimiehen tuki ovat oleellisia asioita käyttöön oton onnistumisen kannalta. Eri ammattiryhmät tulee sitouttaa toimintaan. (Kupari 2019.) Työelämän edustajan ohjeesta lisäsimme otoskokoa, koska hänen mukaansa vastauksia voi tulla vähäisesti, joka hieman madalsi työmme luotettavuutta. Vaikka lisäsimme otantakokoa, jäi vastausmäärät toisessa Webropol-kyselyssä vähäiseksi. Arvioimme, että vastaajista osa ei ollut sitoutunut taskukortin prototyypin testaamiseen. Kehittämistyömme tulosten analysoinnit ovat olleet tarkoituksen mukaisia ja kehittämämme taskukortti on käyttökelpoinen vaihtoehto muiden ISBAR-korttien joukossa. Saatujen aineistojen tuloksia on hyödynnetty hyvin kehittämistyöhömme. Arvioimme, että tuotos hyödyntäisi Oulun kaupungin hoitohenkilökuntaa ja heidän asiakkaitaan/potilaitaan.

6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimushaasteet

Jatkotutkimushaasteena ehdotamme, että tutkittaisiin, sosisiko toisenlaiseen hoitoyksikköön erilainen kortti. Jatkotutkimushaasteena ehdotamme myös, että mikäli taskukortti otetaan Oulun kaupungin työyksiköissä käyttöön, voisi siitä vuosien päästä tehdä uuden tutkimuksen, onko taskukortti ollut hyödyllinen. Kehittämisehdotuksena esitämme koulutuksen tarjoamista hoitohenkilökunnalle taskukortin käyttöön. Oulun kaupungin Ikäihmisten johtoryhmässä ehdotettiin, että taskukorttia voisi tarjota myöskin yksityisille palveluntuottajille käyttöön, sillä asiakas/potilassiirtoja tapahtuu myös yksityisen ja kaupungin/kunnan kesken. Toimintatapamallit olisi hyvä olla palveluntuottajilla samankaltaiset.

LÄHTEET

Arene. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 29.12.2018, http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?_t=1526903222.

Caprice, C., Scott, E., David, M., Stuart, R., Selwyn, O. & Michael, J. 2007. Patterns in communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *Journal of American College of Surgeons*. 2007; 204: 533-40. Viitattu 29.12.2018, <https://www.inmo.ie/Home/Index/7691/10547>.

Cook, R., Render, M. & Woods, D. 2000. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ* 2000; 320:791-4. Viitattu 28.11.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117777/>.

Duodecim terveyskirjasto 2018. Verenhennuslääkkeet (antikoagulaatiohoito). Viitattu 30.9.2019, https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00007.

Ervasti, V. & Honka, P. 2017. Hoitoryhmän johtajan kirjaus- ja raportointilomake simulaatio -harjoituksiin. Oulun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 18.11.2018, http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/127378/ervasti_ville_honka_pasi.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

Franssi, S. & Järvelä, S. 2015. "TULIKO KAIKKI SANOTTUA?" Havainnointitutkimus suullisesta raportoinnista. Oulun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 18.11.2018, <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/97628/Theseusversio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Hakala, M. 2016: Raportoinnissa käytettävän tarkistuslistan kehittäminen ja käyttöönotto satakunnan keskussairaalan sydänyksikössä. Satakunnan ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. Viitattu 22.11.2018, https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/111153/Hakala_Maria.pdf?sequence=1.

Hallström, K. & Stigell, A. 2015: ISBAR-raportointimenetelmän käyttöönotto Lohjan terveystieteiden korkeakoulun vuodeosastoilla 1-4. Laurea ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. Laurea -ammattikorkeakoulu, Lohja, opinnäytetyö. Viitattu 17.11.2018, <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/98394/ISBAR-raportointimenetel-man%20kayttoonotto%20Lohjan%20terveyskeskuk-sen%20vuodeosastoilla%201-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Hautala, E. & Huhtanen, R. 2017. Osaston sisäinen raportointi vuoron vaihtuessa ISBAR-menetelmää hyödyntäen. Osastotunti ja tarkastuskortti akuutti- ja kuntoutusosastojen sairaanhoitajille. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö, Viitattu 18.11.2018, <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/130738/Op-pari%20Erika%20ja%20Riikka.pdf?sequence=1>.

Heikkilä, T. & Edita Publishing Oy. 2014. Tilastollinen tutkimus Verkkomateriaali. Viitattu 8.12.2018, <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>.

Heiskanen, V. 2016: ISBAR- Menetelmä Raportoinnin Työkaluna. Osaaminen sairaanhoitajien kokemana, käytön yleisyys ja käyttämiseen vaikuttaneet tekijät. Kajaanin ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. Viitattu 22.11.2018, http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/121665/heiskanen_virve.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus- potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki. Edita Prima Oy.

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

Hoitotyön tutkimussäätiö 2019. Edistääkö SBAR-raportointimenetelmän käyttö potilasturvallisuutta? Näyttövinkki 8/2019. Viitattu 10.9.2019, <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/08/nayttovinkki8-2019.pdf>.

Jauhiainen, V. 2009. Organisaation sisäiset potilassiirrot teho- ja vuodeosastojen sairaanhoitajien kuvaamina. Tampereen yliopisto pro gradu- tutkielma. Viitattu 17.11.2018, <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80717/gradu03645.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Järvelin, J., Haavisto, E., & Kaila, M. 2010. Potilasturvallisuuden kustannukset. Suomen Lääkäri-lehti 2010;65:1123–27. Viitattu 1.1.2019, <https://docplayer.fi/8224690-Potilasturvallisuuden-kustannukset.html>.

Jylhä, V. 2017. "Information Management in Health Care. A Model for Connecting Information Culture and Patient Safety". Itä-Suomen yliopisto, 2017, väitöskirja. Viitattu 2.12.2018, <http://www.uef.fi/-/puutteellinen-tiedonhallinta-lisaa-haittatapahtumien-maaraa-sairaaloissa>

Kanerva, A. 2015. "Minusta potilasturvallisuus on potilaan oikeus ja meidän velvollisuus. Potilasturvallisuuden kehittäminen systeeminäkökulmasta psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä. Itä-Suomen yliopisto Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta Kuopio, väitöskirja. Viitattu 2.12.2018, http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1916-8/urn_isbn_978-952-61-1916-8.pdf.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kinnunen S. & Väisänen H. 2016. ISBAR -tarkistuslista suullisen raportoinnin työkaluksi. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö, YAMK. Viitattu 17.11.2018, http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/106455/Kinnunen_Satu_Vaisanen_Heidi.pdf;jsessionid=D39510C55170E77FA2945AED780E56FD?sequence=1.

Koponen, L. 2003. läkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Subjektiiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Tampereen yliopisto, väitöskirja. Viitattu 17.11.2018, <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67337/951-44-5822-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Kosonen, N., Lönnrot, P. & Rautiainen, P. 2014. ISBAR-raportointimenetelmä potilasturvallisuuden tukena koulutuksen järjestäminen hoitotyön opiskelijoille. Laurea ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. Viitattu 18.11.2018, <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/71214/Opinnaytetyo%20ISBAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y> .

Kuntaliitto 2011. Terveysthuollon laatuopas. Viitattu 28.11.2018, file:///C:/Users/Jarjestelmanvalvoja/Downloads/terveydenhuollon_laatuopas.pdf.

Kupari, P. 2019. ISBAR-Webinaari 14.8.2019, sairaanhoitajat. Sairaanhoitajaliiton webinaari- koulutus. Viitattu 30.8.2019, <https://sairaanhoitajat.fi/2019/suositut-webinaarimme-jatkuvat-elokuussa/>.

Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunamaa, T. 2012. ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedon välittämisessä. *Sairaanhoitaja* 3/2012, 29-31.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2): 138- 148.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1): 3-12.

Käypähoito 2016. Elvytys. Viitattu 1.9.2019, <https://www.kaypahoito.fi/hoi17010#readmore>

Käypähoito 2015. Kohonnut verenpaine. Viitattu 1.8.2019, <https://www.kaypahoito.fi/hoi04010#T3>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 22.11.2018, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Meester, K. De., Verspuy, M., Monsieurs, K.G., P. & Bogaert, V. 2013. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Elsevier*. 2013, 84, 1192–1196. Antwerpenin yliopistosairaala, Belgia. Tieteellinen artikkeli. Viitattu 26.11.2018, https://ac-els-cdn-com.ezp.oamk.fi:2047/S0300957213001688/1-s2.0-S0300957213001688-main.pdf?_tid=68d39c00-604b-476b-a6e7-772b1e8f2b89&acdnat=1543242653_6f235b7089d7982734431d1f078e2d9a.

Media World 2013. Communication is key. ISBAR stickers may improve communication within multidisciplinary teams, ensuring accurate handover of information between shifts. *WIN* February 2013 Vol 21 Iss 1. Viitattu 29.12.2018, https://www.inmo.ie/tempDocs/ISBAR_PAGE46-47%20feb13.pdf.

Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus.

Mikkonen, S. 2014. Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. Tampereen yliopisto, Pro gradu. Viitattu 22.11.2018, <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96030/GRADU-1409307065.pdf?sequence=1>.

Moilanen, M., Perälä, H., Puputti, P. & Vuoti, M. 2015. ISBAR TUTUKSI OULUN SEUDUN YHTEISPÄIVYSTYKSESSÄ Koulutus ISBAR-menetelmän käytöstä Oulun seudun yhteispäivystyksen henkilökunnalle. Oulun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 18.11.2018, http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/99607/moilanen_miaa_perala_heli_puputti_panu_vuoti_mikko.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Mäki-Karvia, E. & Niemi, S. 2018. ISBAR-menetelmä raportointivälineenä. Ohje Taitoja hyvinvointipalveluja tuottaville pk-yrityksille simulaation keinoin -hankkeen osallistujille. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. Viitattu 18.11.2018, https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/149633/Niemi_Satu.PDF?sequence=1&isAllowed=y.

Mäntylä, M. & Pasanen, L. 2017. ISBAR – raportointimenetelmän käyttöönotto Hyvinkään sairaalan kirurgian vuodeosastolla. Laurea -ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. Viitattu 18.11.2018, <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/123109/ISBAR%20raportointimenetel-man%20kayttoonotto%20Hyvinkaan%20sairaalan%20kirurgian%20vuodeosastolla%20PDF.pdf?sequence=1> .

Niemi-Murola, L. & Mäntyranta, T. 2011. Potilasturvallisuus on yhteinen asiamme. Finnanest 11, 44 (1). Viitattu 27.11.2018, http://www.finnanest.fi/files/1niemi-murola_potilasturvallisuus.pdf.

Nolan, T. 2000. System changes to improve patient safety. BMJ 2000; 320:771– 3. Viitattu 28.11.2018, <https://www.bmj.com/content/320/7237/771>.

Nuolikoski, P. & Vainio, P. 2016. ISBAR – raportointimenetelmän hyödyt ja käyttöönotto tehohoitotyössä. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. Viitattu 22.11.2018,

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/111923/Nuolikoski_Piia_Vainio_Petra.pdf?sequence=1.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro.

Oulun ammattikorkeakoulu 2017. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 7.12.2018, http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?t=1526903222.

Oulun kaupunki a. Hiirosenkoti. Viitattu 21.10.2018, <https://www.ouka.fi/oulu/ikaantyminen/hiirosenkoti>.

Oulun kaupunki b. Kotihoito kotona selviytymisen tukena. Viitattu 15.3.2018, <https://www.ouka.fi/oulu/ikaantyminen/kotihoito>.

Oulun kaupunki c. Osasto G4. Viitattu 21.10.2018, <https://www.ouka.fi/oulu/terveyspalvelut/osastog4>.

Oulun kaupunki d. Tehostettu palveluasuminen. Viitattu 21.10.2018, <https://www.ouka.fi/oulu/ikaantyminen/tehostettu-palveluasuminen-palvelukodissa>.

Oulun kaupunki e. Herttakoti palvelukeskus. Viitattu 23.11.2018, <https://www.ouka.fi/oulu/ikaantyminen/herttakoti>.

Oulun kaupunki f. Osasto H2. Viitattu 7.3.2019, <https://www.ouka.fi/oulu/terveyspalvelut/osastoh2>.

Oulun kaupunki g. Osasto A3. Viitattu 7.3.2019, <https://www.ouka.fi/oulu/terveyspalvelut/osastoa3>.

Pasternack, A. 2006. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 122:2459–70. Viitattu 28.11.2018, <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo96057.pdf>.

Parkkinen, A.-M. 2017. ISBAR-menetelmä suullisessa raportoinnissa. Tutkimus hoitotyön opiskelijoille. Oulun ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. Viitattu 22.11.2018, http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/133948/Parkkinen_Anne-Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Pixabay ilmaiset kuvat 2019. Japanilainen kirsikka puita. Käytetty, 1.9.2019, <https://pixabay.com/fi/photos/japanilainen-kirsikka-puita-kukat-324175/>.

Potilasturvallisuus yhdistys 2018. Ammattilaisille ja opiskelijoille. ISBAR. Viitattu 25.10.2018, <http://spty.fi/ammattilaisille/>.

Rabøl, LI., Andersen, ML., Ostergaard, D., Bjørn B., Lilja B. & Mogensen, T. 2011. Republished error management: Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. *BMJ Quality & Safety*. 2011; 20: 268-274. Viitattu 29.12.2018, <https://www.inmo.ie/Home/Index/7691/10547>.

Saastamoinen, I. & Sipari, A. 2015. ISBAR-menetelmä parantaa potilasturvallisuutta - käyttökokeemukset Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueella ja ensihoitopalvelussa. Saimaan ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö. Viitattu 22.11.2018, http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/102631/Sipari_Alma.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Sandlin, D. 2007. Improving patient safety by implementing a standardized and consistent approach to hand-off communication. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 22(4), 289-292. Viitattu 2.12.2018, [https://www.jopan.org/article/S1089-9472\(07\)00169-4/fulltext](https://www.jopan.org/article/S1089-9472(07)00169-4/fulltext).

Sairaanhoitajaliitto 2014. Potilasturvallisuus. Sairaanhoitajaliitto edistämässä potilasturvallisuutta. Viitattu 25.10.2018, <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/>.

Sairaanhoitajaliitto 2013. ISBAR-kortti. Tekijöiden hallussa.

Sairaanhoitajat i.a. Sairaanhoitajaliitolta saatu kortti, jossa vitaaliarvot, ekg kytkennät, ym. arvoja. Tekijän hallussa.

Saranto, K. & Ikonen, H. 2008. Hoitotietojen välittäminen toimintayksikössä. Teoksessa K. Saranto, A. Ensio, K. Tantt & A. L. Sonninen. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 157-166.

Sjöman, M. & Kippola, E. 2018a. ISBAR-menetelmällä raportoit tarkasti. Pohjanpiiri 4/2018.

Sjöman, M. & Kippola, E. 2018b. ISBAR- strukturoitu raportointimenetelmä potilasturvallisuuden tukena. Oulun yliopistollinen sairaala. PowerPoint esitys. Viitattu 22.11.2018, <https://www.google.com/search?q=.+ISBAR-+strukturoitu+raportointimenetelm%C3%A4+potilasturvallisuuden+tukena.&aq=.+ISBAR-+strukturoitu+raportointimenetelm%C3%A4+potilasturvallisuuden+tukena.&aq=chrome..69i57.1033j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>.

Scotten, M., LaVerne Manos E, Malicoat A. & Paolo A. Minding the gap: Interprofessional communication during inpatient and post discharge chasm care. Elsevier. 2015, 98, 895–900. Kansainvälinen yliopisto, Kansas City, Yhdysvallat. Tieteellinen artikkeli. Viitattu 26.12.2018, https://ac.els-cdn.com/S0738399115001007/1-s2.0-S0738399115001007-main.pdf?_tid=d604d8f8-2185-4ece-ab0d-6b8e1c3c15fa&acdnat=1545741421_85207b140c76e8bf8c51632e77259252.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. Viitattu 29.12.2018, <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9. Viitattu 18.12.2018, http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Vaaroista raportointi ja siitä kertyvän tiedon hyödyntämisen kansalliset linjaukset raportointityövaliokunta 2006-2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:18. Viitattu 28.11.2018, <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72183/URN%3ANBN%3Afi-fe201504224053.pdf?sequence=1>.

Soop, M., Fryksmark, U., Köster, M. & Haglund, B. 2009. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care* 2009;21: 285–91.

Spooner, A. J., Aitken, L. M., Corley, A. & Chaboyer, W. 2018. Developing a minimum dataset for nursing team leader handover in the intensive care unit: A focus group study. *Australian Critical Care* 31 (1), 47-52. Viitattu 20.11.2018, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731417300188>.

Syrjäinen, E., Eronen, A. & Värri, V. 2007, 8. Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere: Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Tamminen, J. & Metsävainio K.-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. *Finna-rest* 48 (4) 338-342. Viitattu 22.11.2018, http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 26.11.2018, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018. Potilasturvallisuus. Viitattu 25.10.2018, <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Viitattu 28.11.2018, <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. *UAS Journal*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-7732-4>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 7.12.2018, https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.
Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. Viitattu 25.10.2018, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>.

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. Viitattu 26.11.2018, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilkkä, H. 2014. Tutki ja mittaa. Viitattu 26.12.2018, <http://hanna.vilkkä.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

WHO. 2018. Safe Surgery. Viitattu 23.12.2018, <https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist/en/>.

WHO 2007. Communication During Patient Hand-Overs. Patient safety solutions. Volume 1, solution 3. <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf?ua=1>.



ARVOISA VASTAANOTTAJA

Opiskelemme Oulun ammattikorkeakoulussa (Oamk) sosiaali- ja terveysalan kehittämisen- ja johtamisen tutkinto-ohjelmassa. Lähestymme teitä ylempään ammattikorkeakoulututkintoon (Yamk) liittyvän opinnäytetyön kehittämistyömme johdosta. Olemme valikoineet tutkimukseemme Oulun kaupungista neljä erilaista toimintayksikköä, jotka osallistuvat kehittämistehtävämme tutkimusryhmäksemme. Kehittämistyöhömme osallistuvat Hirosenkoti osasto C4, Oulun kaupunginsairaalan osasto G4, Itä-Tuiran-Puolivälinkankaan kotihoidon Välivainion tiimi ja Herttakoti.

Kehittämistehtävänämmme on kehittää ja luoda Oulun kaupungin hoitoyksiköitä hyödyntävä taskukokoinen kortti puhelimessa käytävien keskustelujen rungoksi ISBAR-menetelmää hyödyntäen. ISBAR-menetelmä muodostuu Sairaanhoidajaliiton ISBAR-kortin mukaan sanoista Identify= Tunnista, Situation= Tilanne, Background= Tausta, Assessment= Nykytilanne ja Recommendation= Toimintaehdotus. Tavoitteenamme on potilasturvallisuuden parantaminen ja yhtenäisen toimintatapamallin luominen kehittämämme taskukortin avulla sekä tiedonsiirron nopeuttaminen ja yhtenäistäminen Oulun kaupungin hoitoyksiköiden välillä.

Tutkimuksemme on nelivaiheinen. Kartoitamme ensin ISBAR-menetelmän pohjalta taskukorttiin otettavat asiat Webropol-kyselyn avulla. Toisessa vaiheessa kehitämme kyselyn pohjalta taskukortin prototyypin, jota yksikkönne kokeilee noin kuukauden ajan. Kolmannessa vaiheessa suoritamme toisen Webropol-kyselyn taskukortin prototyypin käyttökokemuksistanne. Neljännessä vaiheessa kehitämme lopullisen version taskukortista Oulun kaupungin yksiköiden käyttöön. Taskukorttia on helppo kuljettaa työssä aina mukana.

Kehittämistyöhömme osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä saatuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Yksittäisen vastaajan henkilöllisyys ei ole tunnistettavissa. Kyselyihin vastaaminen on kehittämistyömme ja taskukortin onnistumisen kannalta tärkeää., koska taskukortin on tarkoitus

hyödyntää työ- ja potilasturvallisuutta asiakkaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Toivomme, että vastaatte kyselyymme mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään 4.4.2019 mennessä. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa n.10 minuuttia. Kyselyyn pääset sähköpostissa mukana olevan linkin kautta.

KIITOS OSALLISTUMISESTANNE KEHITTÄMISTYÖHÖMME!

Oulussa 21.3.2019

Maarit Ervasti ja Tarja Hackzell

Oulun ammattikorkeakoulu/ Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Taskukortin kehittämisen kysely ISBAR-menetelmää hyödyntäen

Tämä on ensimmäinen Webropol-kysely liittyen Tarja Hackzellin ja Maarit Ervastin opinnäytetyöhön taskukortin kehittämiseen ISBAR-menetelmää hyödyntäen puhelimen välityksellä tapahtuvaan tiedonsiirtoon asiakkaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Tulemme tekemään kevään aikana vielä toisen Webropol-kyselyn kehittämämme taskukortin prototyypin käyttäjäkokemuksista.

Vastaamalla tähän kyselyyn suostutte antamienne vastausten käyttämiseen kehittämistyössämme. Vastaukset annetaan anonyymisti, eikä tutkijoille paljastu vastaajien henkilöllisyys eikä yksikkö missään vaiheessa. Vastausaikaa on 21.3.2019-4.4.2019.

ISBAR-menetelmä

ISBAR-menetelmä muodostuu Sairaanhoidajaliiton 2013 ISBAR-kortin mukaan sanoista Tunnista (Identify), Tilanne (Situation), Tausta (Background), Nykytilanne (Assessment) ja Toimintaehdotus (Recommendation).

Tunnista osiossa esitellään aluksi oma nimi ja ammattinimike, ja yksikkö, josta ol-laan yhteydessä. Seuraavana kerrotaan potilaan nimi, sosiaaliturvatunnus, sukupuoli ja mistä potilas on tulossa ja mihin menossa. Tilanne osiossa kerrotaan raportoinnin syy. Tausta osiossa kerrotaan nykyiset sekä oleelliset aiemmat sairaudet, hoidot ja ongelmat, allergiat sekä tartuntavaarat. Nykytilanne osiossa kerrotaan vitaalitoiminnoista ja oleelliset asiat potilaan tilasta. Toimintaehdotus osiossa voidaan ehdottaa esimerkiksi tarkkailun lisäämistä, toimenpiteitä ja varmistaa onko muuta kysyttävää.

Kysymykset 1-6

Kysymyksissä 1-6 kerätään perustietoja vastaajista

1. Sukupuoli *

- Mies
 Nainen
 En halua määritellä

2. Ikä *

18 ▼

3. Koulutus *

Mikä on korkein suoritettu tutkintosi?

- Toinen asteen ammatillinen tutkinto
 Opistoasteen tutkinto (esim sairaanhoitaja)
 ammattikorkeakoulututkinto
 Ylempi ammattikorkeakoulut tutkinto
 Yliopiston ylempi korkeakoulu tutkinto (maisteri)

4. Koulutuksesta valmistumisvuosi *

1950 ▼

5. Ammatti *

- Perushoitaja
 Lähihoitaja
 Sairaanhoitaja
 Terveystenhoitaja
 Sosionomi
 Geronomi
 Muu

6. Työkokemus hoitoalalla vuosina *

▼

Kysymykset 7-10

Kysymyksissä 7-10 keräämme tietoa yksikön nykytilanteesta; työolosuhteista, suullisen raportoinnin tilanteesta, potilasturvallisuuden vaarantumisesta liittyen puhelimesta tapahtuvaan suulliseen raportointiin ja työturvallisuuden kokemuksista liittyen puhelimen välityksellä tapahtuvaan suulliseen raportointiin.

7. Työolosuhteet *

Arvioi työolosuhteitanne viimeisimmän vuoden ajalta.

	Täysin erimielistä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Koen työni liian kiireiseksi usein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen kuormitusta työssäni usein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen henkilöstömäärän liian vähäiseksi työssäni usein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Arvioi puhelinvälityksellä tapahtuvaa suullista raportointia potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen *

Viimeisen vuoden aikana

	Täysin erimielistä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Koen suullisen raportointi ajan riittämättömäksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen suullisen raportoinnin sisällön riittämättömäksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen häiriötekijöitä raportoinnin aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen raportoinnin epäselvänä puhelimen välityksellä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen tarvitsevani apukeinoja tiedon siirtoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen tarvitsevani apukeinoja tiedon saantiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen oman raportoinnin puutteelliseksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen saaneeni tarvittavat tiedot asiakkaasta/potilaasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen tulleeeni kuuluksi puhelun aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen väärinymmärryksiä yrittäessäni kertoa asiakkaasta/potilaasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Arvio potilasturvallisuuden vaarantumista liittyen suulliseen raportointiin puhelimen välityksellä *

Viimeisen vuoden aikana

	Täysin erimieltä	Jokseenkin erimieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Koen potilasturvallisuuden vaarantuneen, puutteellisen puhelimitse saamani suullisen raportoinnin vuoksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen potilasturvallisuuden vaarantuneen, virheellisen puhelimitse saadun suullisen raportoinnin vuoksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kiireen vuoksi, en ole antanut riittävää suullista raportointia puhelimen välityksellä asiakkaan/potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kiireen vuoksi en ole saanut riittävää suullista raportointia puhelimen välityksellä asiakkaan/potilaan tilanteesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Arvio omaa kokemustasi työturvallisuudesta liittyen puhelimen välityksellä tapahtuvaan suulliseen raportointiin *

Viimeisen vuoden aikana

	Täysin erimieltä	Jokseenkin erimieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Työturvallisuuteni on vaarantunut liian vähäisen suullisen raportoinnin vuoksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työturvallisuuteni on vaarantunut, koska en ole saanut riittäviä tietoja asiakkaasta/potilaasta puhelimen välityksellä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työturvallisuuteni on vaarantunut, koska en ole ehtinyt etsiä tarvittavia ja riittäviä tietoja asiakkaasta/potilastaasta tietojärjestelmästä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kysymykset 11-15

Kysymyksissä 11-15 keräämme ISBAR-menetelmään pohjautuen työyksiköiden tarpeita taskukortin prototyypin kehittämistä varten

11. Pidän tärkeänä, että seuraavat asiat sisältyisivät taskukorttiini osioon (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) TUNNISTA/IDENTIFY: *

	Täysin erimieltä	Jokseenkin erimieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Ilmoittajan nimi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ilmoittajan ammattinimike	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ilmoittajan yksikkö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan/potilaan nimi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan/potilaan henkilötunnus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Pidän tärkeänä, että seuraavat asiat sisältyisivät taskukorttiini osioon (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) TILANNE/SITUATION: *

	Täysin erimieltä	Jokseenkin erimieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Syy suulliseen raportointiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tulosy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Pidän tärkeänä, että seuraavat asiat sisältyisivät taskukorttiini osioon (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) TAUSTA/BACKGROUND: *

	Täysin erimieltä	Jokseenkin erimieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Perussairaudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riskitiedot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tartuntavaara/eristys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Pidän tärkeänä, että seuraavat asiat sisältyisivät taskukorttiini osioon (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) NYKYTILANNE/ASSESSMENT: *

	Täysin erimieltä	Jokseenkin erimieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Vitaalielintoiminnot (esim. RR, p., SP02, lämpö)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tajunnantaso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kipu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimintakyky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muut oleelliset asiat asiakkaan/potilaan tilaan liittyen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Pidän tärkeänä, että seuraavat asiat sisältyisivät taskukorttiini osioon (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) TOIMINTAEHDOTUS/RECOMMENDATION: *

	Täysin erimieltä	Jokseenkin erimieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Hoito-ohjeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tutkimukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimenpiteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimintaehdotus (tarkkailun lisääminen, toimenpide, hoitosuunnitelman muutos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Mielestäni taskukortti voisi sisältää vielä seuraavan/seuraavat asiat ja perustelut ehdotukselle

17. Mitä haluaisit taskukortin toisen puolen sisältävän (esimerkiksi vitaalien viitearvot, tärkeitä puhelinnumeroita ym.)?

Vahvista vastausten lähetys



ARVOISA VASTAANOTTAJA

Kiitos, kun osallistuitte ensimmäiseen kyselyymme ja taskukortin prototyypin kehittämisvaiheeseen. Saamamme vastausten perusteella olemme kehittäneet taskukortin prototyypin, jonka toimitamme teille koekäyttöön 8.-9.4. välisenä aikana työyksiköihinne. Taskukortti on koekäytössä 10.4.-10.5.2019. Tämän jälkeen suoritamme toisen Webropol-kyselyn käyttökokemuksistanne.

Taskukorttia on tarkoitus käyttää puhelimen välityksellä tapahtuvassa tiedonsiirrossa työyksiköiden välillä asiakkaan/potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Taskukortin on tarkoitus helpottaa raportointia, jotta oleellisin tieto siirtyy asiakkaasta/potilaasta. Monissa tutkimuksissa on todettu, että hyvä ja toimiva suullinen raportointi lisää potilas- ja työturvallisuutta. Taskukortin käytön on tarkoitus tehostaa ajankäyttöä ja yhtenäistää raportointitapaa.

Kehittämistyöhömme osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä saatuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Toivomme, että koekäytätte taskukortin prototyyppiä, koska tarkoitus on kehittää toimiva työväline Oulun kaupungin työyksiköiden käytettäväksi.

KIITOS OSALLISTUMISESTANNE KEHITTÄMISTYÖHÖMME!

Oulussa 5.4.2019

Maarit Ervasti ja Tarja Hackzell

Oulun ammattikorkeakoulu/ Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto



ARVOISA VASTAANOTTAJA

Kiitos, kun osallistuitte ensimmäiseen kyselyymme sekä taskukortin prototyypin kehittämisvaiheeseen sekä taskukortin prototyypin koekäyttöön. Tällä toisella Webropol-kyselyllä keräämme tietoa taskukortin prototyypin käyttökokemuksistanne kehittääksemme lopullisen version taskukortista työyksiköidenne käyttöön. Vastausaikaa kyselyyn on 2 viikkoa 13.5.- 26.5.2019.

Taskukorttia on tarkoitus käyttää puhelimen välityksellä tapahtuvassa tiedonsiirrossa työyksiköiden välillä asiakkaan/potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Taskukortin on tarkoitus helpottaa raportointia, jotta oleellisin tieto siirtyy asiakkaasta/potilaasta. Monissa tutkimuksissa on todettu, että hyvä ja toimiva suullinen raportointi lisää potilas- ja työturvallisuutta. Taskukortin käytön on tarkoitus tehostaa ajankäyttöä ja yhtenäistää raportointitapaa.

Kehittämistyöhömme osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä saatuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyyn vastaaminen on kehittämistyömme ja taskukortin onnistumisen kannalta tärkeää, koska taskukortin on tarkoitus lisätä työ- ja potilasturvallisuutta asiakkaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Tarkoitus on myös kehittää toimiva työväline Oulun kaupungin työyksiköiden käytettäväksi. Toivomme, että vastaatte kyselyymme mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään 26.5.2019 mennessä. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 10 minuuttia. Kyselyyn pääset sähköpostissa mukana olevan linkin kautta.

KIITOS OSALLISTUMISESTANNE KEHITTÄMISTYÖHÖMME!

Oulussa 13.5.2019

Maarit Ervasti ja Tarja Hackzell

Oulun ammattikorkeakoulu/ Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Taskukortin prototyypin käyttökokemukset

Tämä on toinen Webropol-kysely liittyen Tarja Hackzellin ja Maarit Ervastian opinnäytetyöhön taskukortin kehittämiseen ISBAR-menetelmää hyödyntäen puhelimen välityksellä tapahtuvaan tiedonsiirtoon asiakkaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Tällä kyselyllä keräämme käyttökokemuksia taskukortin prototyypistä, joka on ollut yksikkönne käytössä 10.4.-10.5.2019 välisen ajan.

Vastaamalla tähän kyselyyn suostutte antamienne vastausten käyttämiseen kehittämistyössämme. Vastaukset annetaan anaonyymisti, eikä tutkijoille paljastu vastaajien henkilöllisyys eikä yksikkö missään vaiheessa. Vastaus aikaa on 13.5.-26.5.2019 välisen ajan. Toivomme kaikkien vastaavan kyselyyn, vaikka sinulla ei olisi käyttökokemusta taskukortin prototyypistä.

ISBAR-menetelmä muodostuu Sairaanhoidtajaliiton 2013 ISBAR-kortin mukaan sanoista Identify=Tunnista, Situation=Tilanne, Background=Tausta, Assessment= Nykytilanne ja Recommendation=Toimintaehdotus. Identify eli Tunnista osiossa esitellään aluksi oma nimi ja ammattinimike, ja yksikkö, josta ollaan yhteydessä. Seuraavana kerrotaan potilaan nimi, sosiaaliturvatunnus, sukupuoli ja mistä potilas on tulossa ja mihin menossa. Situation eli Tilanne osiossa kerrotaan raportoinnin syy. Background=Tausta osiossa kerrotaan nykyiset sekä oleelliset aiemmat sairaudet, hoidot ja ongelmat, allergiat sekä tartuntavaarat. Assessment= Nykytilanne osiossa kerrotaan vitalitoiminnoista ja oleelliset asiat potilaan tilasta. Recommendation= Toimintaehdotus osiossa voidaan ehdottaa esimerkiksi tarkkailun lisäämistä, toimenpiteitä ja varmistaa onko muuta kysyttävää.

1. Sukupuoli *

- Mies
 Nainen
 En halua määritellä

2. Ikä *

18 ▼

3. Koulutus *

Mikä on korkein suoritettu tutkintosi?

- Toinen asteen ammatillinen tutkinto
 Opistoasteen tutkinto (esim sairaanhoitaja)
 ammattikorkeakoulututkinto
 Ylempi ammattikorkeakoulut tutkinto
 Yliopiston ylempi korkeakoulu tutkinto (maisteri)

4. Koulutuksen valmistumisvuosi *

1950 ▾

5. Ammatti *

- Perushoitaja
- Lähihoitaja
- Sairaanhoidtaja
- Terveystenhoitaja
- Sosionomi
- Geronomi
- Muu

6. Työkokemus hoitoalalla vuosina *

0 ▾

7. Arvioi puhelinvälityksellä tapahtuvaa suullista raportointia käyttämäsi taskukortin prototyypin pohjalta potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. *

	Täysin erimielä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Taskukortin prototyypin käyttö lisäsi ajan hallintaani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taskukortin prototyypin käyttö lisäsi suullisen raportoinnin sisällön riittäväksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taskukortin prototyypin käyttö vähensi häiriötekijöitä raportoinnin aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taskukortin prototyypin käyttö lisäsi selvyyttä raportointiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taskukortin prototyypin käyttö on riittävä apukeino tiedon siirtoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taskukortin prototyypin käyttö lisäsi apukeinoja tiedon saantiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taskukortin prototyypin käyttö lisäsi oman raportoinnin riittävyttä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taskukortin prototyypin käyttö lisäsi kokemusta, että sain tarvittavat tiedot asiakkaasta/potilaasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taskukortin prototyypin käyttö lisäsi kuuluksi tulemiseni kokemusta puhelun aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taskukortin prototyypin käyttö vähensi väärinymmärryksiä kertoessani asiakkaasta/potilaasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Arvio potilasturvallisuuden lisääntymistä suullisessa raportoinnissa puhelimen välityksellä liittyen taskukortin prototyypin käyttöön *

Käyttökuukauden aikana

	Täysin erimieltä	Jokseenkin erimieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Koen potilasturvallisuuden lisääntyneen taskukortin prototyypin käytön myötä puhelimitse saamassani suullisessa raportoinnissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen virheellisten raportoinnin vähentyneen ja potilasturvallisuuden lisääntyneen taskukortin prototyypin käytön yhteydessä puhelimitse saadussa raportoinnissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Takukortin prototyypin käyttö on lisännyt ajanhallinan tunnetta suullisessa raportoinnissa puhelimen välityksellä asiakkaan/potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen antaessani raporttia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Takukortin prototyypin käyttö on lisännyt ajanhallinan tunnetta suullisessa raportoinnissa puhelimen välityksellä asiakkaan/potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen saadessani raporttia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Arvio omaa kokemustasi työturvallisuudesta liittyen puhelimen välityksellä tapahtuvaan suulliseen raportointiin *

Käyttökuukauden aikana

	Täysin erimieltä	Jokseenkin erimieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Työturvallisuuteni on lisääntynyt taskukortin prototyypin käytön myötä suullisessa raportoinnissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työturvallisuuteni on lisääntynyt taskukortin prototyypin käytön myötä, koska olen saannut riittävästi tietoja asiakkaasta/potilaasta puhelimen välityksellä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työturvallisuuteni on lisääntynyt taskukortin prototyypin käytön myötä, koska minun ei ole tarvinnut etsiä tarvittavia tietoja asiakkaasta/potilaasta tietojärjestelmästä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kysymykset 10-14

Kysymyksissä 10-14 keräämme taskukortin prototyypin käyttäjäkokemuksia ISBAR-menetelmään pohjautuen lopullista taskukortin kehittämistä varten

10. Käyttäessäni taskukortin prototyyppiä, koen että on tärkeää säilyttää seuraavat asiat lopullisessa taskukortissa (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) TUNNISTA/IDENTIFY: *

	Täysin erimieltä	Jokseenkin erimieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Ilmoittajan nimi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ilmoittajan ammattinimike (ei taskukortin prototyypissä)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ilmoittajan yksikkö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan/potilaan nimi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan/potilaan henkilötunnus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Käyttäessäni taskukortin prototyyppiä, koen että on tärkeää säilyttää seuraavat asiat lopullisessa taskukortissa (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) TILANNE/SITUATION: *

	Täysin erimieltä	Jokseenkin erimieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Syy suulliseen raportointiin (ei taskukortin prototyypissä)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tulosyy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Käyttäessäni taskukortin prototyyppiä, koen että on tärkeää säilyttää seuraavat asiat lopullisessa taskukortissa (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) TAUSTA/BACKGROUND: *

	Täysin erimieltä	Jokseenkin erimieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Perussairaudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riskitiedot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tartuntavaara/eristys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Käyttäessäni taskukortin prototyyppiä, koen että on tärkeää säilyttää seuraavat asiat lopullisessa taskukortissa (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) NYKYTILANNE/ASSESSMENT: *

	Täysin erimieltä	Jokseenkin erimieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Vitaalielintoiminnot (esim. RR, p., SP02, lämpö)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tajunnantaso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kipu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimintakyky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muut oleelliset asiat asiakkaan/potilaan tilaan liittyen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Käyttäessäni taskukortin prototyyppiä, koen että on tärkeää säilyttää seuraavat asiat lopullisessa taskukortissa (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) TOIMINTAEHDOTUS/RECOMMENDATION: *

	Täysin erimieltä	Jokseenkin erimieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Hoito-ohjeet (ei taskukortin prototyypissä)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tutkimukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimenpiteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimintaehdotus (tarkkailun lisääminen, toimenpide, hoitosuunnitelman muutos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Haluan sisällyttää taskukortin toiselle puolelle seuraavat asiat *

Taskukortin prototyyppi sisälsi vielä seuraavia aioita, kuten verenpaineen, pulssin, happisaturaation, hengitysfrekvenssin, verensokerin ja INR:n raja-arvot. Kyseiset asiat valikoituivat taskukortin toiselle puolelle. Puhelinnumerot eivät kaikki mahdu taskukortin toiselle puolelle ja NEWS-pisteistä täytyisi olla käytönluvat.

	Täysin erimieltä	Jokseenkin erimieltä	Ei samaa eikä erimieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Vitaalielintoimintojen viitearvot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INR-kokeen viitearvot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hätäkeskuksen numero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Myrkytystietokeskuksen numero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oys:n ja Oulun kaupungin vaihteiden numerot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tyhjää tilaa muistiinpanoille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Halutessasi voit kertoa vielä vapaasti mielipiteitäsi/toiveitasi taskukorttiin liittyen.

Vahvista vastausten lähetys

LIITE 6

Taulukko 11. Kysymys 16. Käyttäessäni taskukortin prototyyppiä, koen että on tärkeää säilyttää seuraavat asiat lopullisessa taskukortissa (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) TUNNISTA/IDENTIFY

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Ilmoittajan nimi	5%	6%	44%	28%	17%
Ilmoittajan ammattinimike (ei taskukortin prototyyppissä)	11%	17%	44%	28%	0%
Ilmoittajan yksikkö	6%	0%	44%	22%	28%
Asiakkaan/potilaan nimi	0%	0%	45%	22%	33%
Asiakkaan/potilaan henkilötunnus	0%	6%	50%	11%	33%

Taulukko 12. Kysymys 11. Käyttäessäni taskukortin prototyyppiä, koen että on tärkeää säilyttää seuraavat asiat lopullisessa taskukortissa (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) TILAN-NE/SITUATION

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Syy suulliseen raportointiin	5%	17%	39%	28%	11%
Tulosyy	0%	0%	39%	33%	28%

Taulukko 13. Käyttäessäni taskukortin prototyyppiä, koen että on tärkeää säilyttää seuraavat asiat lopullisessa taskukortissa (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) TAUSTA/BACKGROUND

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Perussairaudet	0%	6%	39%	22%	33%
Riskitiedot	0%	0%	39%	17%	44%
Tartuntavaara/eristys	0%	0%	39%	6%	55%

Taulukko 14. Kysymys 13. Käyttäessäni taskukortin prototyyppiä, koen että on tärkeää säilyttää seuraavat asiat lopullisessa taskukortissa (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) NYKYTILANNE/ASSESSMENT

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Vitaalielintoiminnot (esim. RR, p., SP02, lämpö)	0%	6%	44%	11%	39%
Tajunnantaso	0%	6%	44%	17%	33%
Kipu	0%	6%	44%	22%	28%
Toimintakyky	0%	11%	39%	6%	44%
Muut oleelliset asiat asiakkaan/potilaan tilaan liittyen	0%	6%	39%	22%	33%

Taulukko 15. Kysymys 14. Käyttäessäni taskukortin prototyyppiä, koen että on tärkeää säilyttää seuraavat asiat lopullisessa taskukortissa (ISBAR-menetelmää hyödyntäen) TOIMINTAEHDOTUS/RECOMMENDATION

	Täysin erimieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Hoito-ohjeet	0%	11%	39%	22%	28%
Tutkimukset	0%	11%	39%	39%	11%
Toimenpiteet	0%	16%	39%	28%	17%
Toimintaehdotus (tarkkailun lisääminen, toimenpide, hoitosuunnitelman muutos)	0%	22%	39%	33%	6%

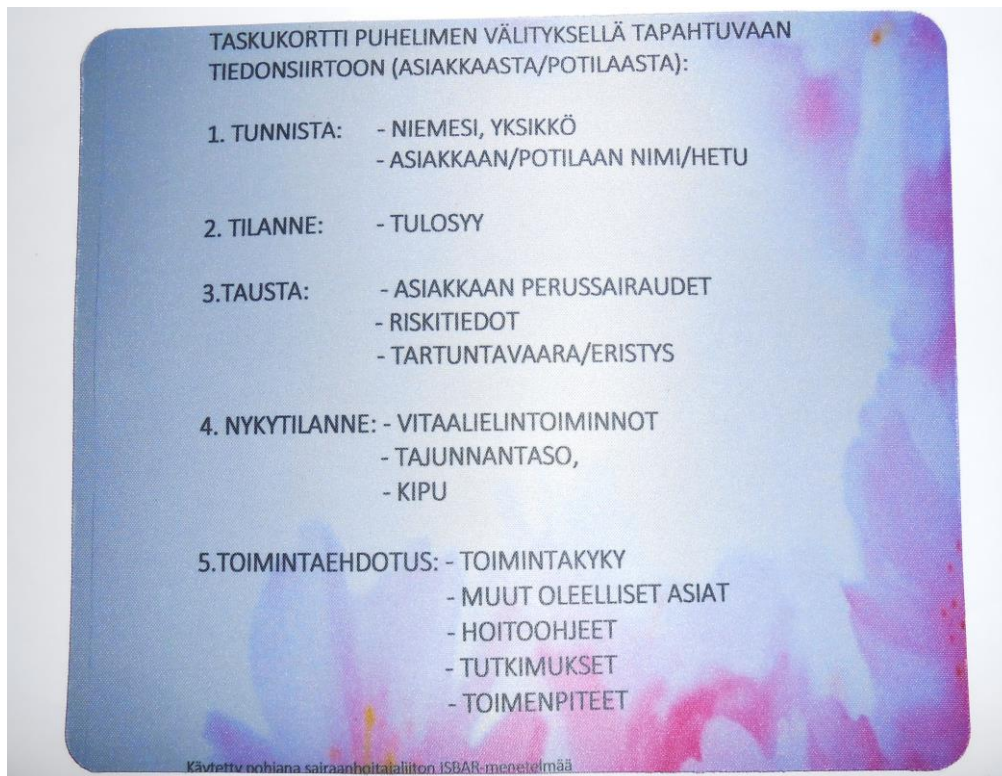
Taulukko 18. Kysymys 8. Arvioi potilasturvallisuuden lisääntymistä suullisessa raportoinnissa puhelimen välityksellä liittyen taskukortin prototyypin käyttöön kuukauden ajalta

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Koen potilasturvallisuuden lisääntyneen taskukortin prototyypin käytön myötä puhelimitse saamassani suullisessa raportoinnissa	0%	5%	72%	17%	6%
Koen virheellisten raportoinnin vähentyneen ja potilasturvallisuuden lisääntyneen taskukortin prototyypin käytön yhteydessä puhelimitse saadussa raportoinnissa	0%	11%	72%	11%	6%
Taskukortin prototyypin käyttö on lisännyt ajanhallinnan tunnetta suullisessa raportoinnissa puhelimen välityksellä asiakkaan/potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen antaessani raporttia	0%	11%	78%	5%	6%
Taskukortin prototyypin käyttö on lisännyt ajanhallinnan tunnetta suullisessa raportoinnissa puhelimen välityksellä asiakkaan/potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen saadessani raporttia	0%	5%	83%	6%	6%

Taulukko 19. Kysymys 9. Arvio omaa kokemustasi työturvallisuudesta liittyen puhelimen välityksellä tapahtuvaan suulliseen raportointiin käyttökuukauden aikana

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei kokemusta asiasta	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Työturvallisuuteni on lisääntynyt taskukortin prototyypin käytön myötä suullisessa raportoinnissa	0%	5%	78%	11%	6%
Työturvallisuuteni on lisääntynyt taskukortin prototyypin käytön myötä, koska olen saanut riittävästi tietoja asiakkaasta/potilaasta puhelimen välityksellä	0%	0%	78%	17%	5%
Työturvallisuuteni on lisääntynyt taskukortin prototyypin käytön myötä, koska minun ei ole tarvinnut etsiä tarvittavia tietoja asiakkaasta/potilaasta tietojärjestelmästä	0%	17%	72%	5%	6%

Hiirimatto, jonka mallipohjana toiminut Sairaanhoidtajaliiton ISBAR-kortti.



Kehittämistyön vaiheet

