

**ISBAR –MENETELMÄN MUKAINEN MUISTILISTA HILJAISEN  
RAPORTOINNIN TUEKSI HOITOHENKILÖKUNNALLE**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

Hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja

Kevät, 2020

Emmi Anttila

Hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja  
Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

---

<b>Tekijä</b>	Emmi Anttila	<b>Vuosi</b> 2020
<b>Työn nimi</b>	ISBAR –menetelmän mukainen muistilista hiljaisen raportoinnin tueksi hoitohenkilökunnalle	
<b>Työn ohjaaja</b>	Kaisa Seppälä	

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä ISBAR-menetelmän mukainen muistilista hiljaisen raportoinnin tueksi hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyön tavoitteena oli muistilistan avulla luoda raportointitilanteeseen yhtenäinen käytäntö ja helpottaa uuden raportointitavan vakiinnuttamista hoitohenkilökunnan keskuudessa. Työn tilaajana toimi Kanta-Hämeen keskussairaalan neurologian vuodeosasto 4B. Tilaajalla oli tarve hiljaisen raportin muistilistalle, sillä osastolla ei ole ollut käytössä ohjeistusta hiljaisen raportoinnin tueksi hoitohenkilökunnalle.

Opinnäytetyön tietoperustassa käsiteltiin hoitotyön kirjaamista, erilaisia raportointimenetelmiä sekä ISBAR -raportointimenetelmää. Tietoperusta pohjautui niin alan oppikirjoihin kuin myös tutkimuksiin edellä mainituista aiheista. Opinnäytetyö oli toiminnallinen opinnäytetyö.

Toiminnallisen opinnäytetyön lopputuotoksena valmistui muistilista hiljaisen raportoinnin tueksi, joka noudattaa ISBAR -raportointimenetelmän mukaista järjestystä. Muistilistasta tuli hiljaisen raportoinnin tilaan tietokoneiden läheisyyteen seinälle sijoitettava taulukkomuotoinen muistilista. Muistilista esiteltiin tilaajalle sovittuna ajankohtana, jonka jälkeen se otettiin käyttöön. Muistilistaa on mahdollisuus kehittää vielä kerättävän tilaajan palautteen perusteella, vaikka opinnäytetyöprosessi päättyikin.

**Avainsanat** Hiljainen raportointi, rakenteinen kirjaaminen, hoitotyön prosessimalli, ISBAR, muistilista

**Sivut** 20 sivua, joista liitteitä 1 sivu

Degree programme of nursing  
Visamäki Hämeenlinna University Center

---

<b>Author</b>	Emmi Anttila	<b>Year</b> 2020
<b>Subject</b>	Written Report Checklist for Health Care Workers Based on ISBAR Handover Tool	
<b>Supervisor</b>	Kaisa Seppälä	

---

ABSTRACT

The purpose of the Bachelor's thesis was to produce a written report checklist for health care workers based on ISBAR handover tool. The aim was to create a common practice and to make it easier to handle the new reporting method. The commissioner of this thesis was the neurological ward of the Central Hospital of Kanta-Häme. There was a need for written report checklist, because there weren't any instructions how to use the written report at the ward.

The theoretical basis of the thesis consisted of nursing documentation, different reporting methods and ISBAR handover tool. Sources of this thesis were gathered from nursing textbooks and different studies regarding the subject. This thesis was based on practice.

The outcome of this thesis was the written report checklist which is based on ISBAR handover tool. The checklist was designed to be put on the wall close to the computers which are used for written report. The checklist will be presented for the commissioner at scheduled time. After this, the checklist will be implemented. It is possible to further develop this checklist if any development proposals occur.

**Keywords** Written report, structured nursing documentation, the nursing process, ISBAR, checklist

**Pages** 20 pages including appendices 1 page

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TIEDONHAKU .....	2
3	HOITOTYÖN KIRJAAMINEN.....	4
3.1	Kirjaamisen eettisyys ja juridiikka .....	4
3.2	Hoitotyön prosessi ja rakenteinen kirjaaminen .....	5
3.3	Kirjaamisen kehittäminen raportoinnin näkökulmasta .....	7
4	RAPORTOINTI HOITOTYÖSSÄ .....	8
4.1	Suullinen raportointi .....	8
4.2	Hiljainen raportointi .....	8
4.3	ISBAR –raportointimenetelmä .....	10
5	OPINNÄYTETYÖN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS.....	12
5.1	Toimeksiantajan esittely .....	12
5.2	Suunnittelu ja toteutus .....	13
6	POHDINTA.....	15
	LÄHTEET .....	17

## Liitteet

Liite 1 ISBAR-menetelmän mukainen hiljaisen raportin muistilista

## 1 JOHDANTO

Hoitotyössä on tärkeää potilasturvallisuuden kannalta potilaan hoidon jatkumisen turvaaminen. Keskeinen hoitotyön keino siihen on raportointi. Raportointikeinot voidaan karkeasti jaotella joko suulliseksi tai kirjalliseksi raportoinniksi. Kirjallista raportointia kutsutaan hiljaiseksi raportoinniksi. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 52)

Koska hiljainen raportointi perustuu kirjalliseen dokumentointiin, on kirjaamisen laadun oltava sellaisella tasolla, että kirjallinen raportti saadaan potilasturvallisesti. Kirjaamisen yhtenäistämiseksi on kehitetty hoitotyön rakenteinen kirjaamisen malli. Kinnusen ym. (2020, s. 2) mukaan rakenteisen kirjaamisen mukaisesti kirjatessa dokumentointi on yhdenmukaista ja siten myös vertailukelpoista, jolloin se turvaa potilaan hoidon jatkuvuutta.

Opinnäytetyön tilaajana on Kanta-Hämeen keskussairaalan osasto 4B. Osastolla on siirrytty hiljaiseen raportointiin hoitotyön resurssien tehostamiseksi ja potilasturvallisuuden lisäämiseksi sekä käytäntöjen yhtenäistämiseksi organisaation sisällä.

Opinnäytetyössä esitellään teoria- ja tutkimustietoa hoitotyön raportoinnista ja kirjaamisesta. Työelämälähtöisen tarpeen ja teoretiedon pohjalta on suunniteltu ja toteutettu opinnäytetyön toiminnallinen osuus eli muistilista henkilökunnan apuvälineeksi hiljaiseen raportointiin. Lopuksi opinnäytetyön pohdinnassa arvioidaan työn saavuttamia tavoitteita ja tutkimuskysymykseen vastaamista. Opinnäytetyön prosessia kokonaisuudessaan sekä työn eettisyyttä ja luotettavuutta arvioidaan kriittisesti.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TIEDONHAKU

Tilaaajaosastolla on siirtymävaihe suullisesta raportoinnista hiljaiseen raportointiin, hiljaisen raportoinnin ollessa käytössä toistaiseksi yhdessä vuorossa. Osastolla on tarkoituksena tulevaisuudessa vakiinnuttaa raportointikäytäntöä muihinkin työvuoroihin. Tilaaajalla ei ole käytössä ohjeistusta hoitohenkilökunnalle avuksi hiljaiseen raportointiin.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa hoitotyön raportointitilanteen kannalta loogisessa järjestyksessä etenevä ISBAR-menetelmän mukainen muistilista hiljaisen raportoinnin tueksi. Muistilista on suunniteltu käytettäväksi seinälle laitettavana muistilistana, joka voidaan sijoitella raportointitilassa käytettävien tietokoneiden välittömään läheisyyteen.

Muistilista perustuu ISBAR -raportointimenetelmän mukaiseen raportointijärjestykseen, mitä käytetään laajasti hoitotyössä raportoidessa potilaan tilasta suullisesti. Muistilistassa esitellään, mistä eri osioista raportilla tarvittavat tiedot saadaan potilastietojärjestelmässä, joka tilaajaorganisaatiolla on käytössä.

Opinnäytetyön tavoitteena on muistilistan avulla luoda yhtenäinen käytäntö hoitohenkilökunnalle kattavan raportin saamiseksi hiljaista raportointia käytettäessä. Opinnäytetyön lopputuote helpottaa omalta osaltaan uuden raportointitavan käyttöönottoa henkilökunnan keskuudessa sekä edistää uuden käytännön vakiinnuttamista osastolla.

Opinnäytetyössä on tavoitteen tueksi kerättynä tutkittua tietoa hiljaiseen raportointiin liittyen sekä aiheeseen olennaisesti liittyvää tietoa myös hoitotyön kirjaamiseen liittyen. Teoriatiedon tavoitteena on lisätä tietämystä aiheesta ja tukea hoitohenkilöstöä muutoksessa osaston siirtyessä uuteen raportointitapaan.

Kyseessä on toiminnallinen opinnäytetyö, jota ohjaa opinnäytetyökysymys ”Minkälaista tutkittua tietoa löytyy hiljaisesta raportoinnista?”

Tiedonhaussa on käytetty Hämeen ammattikorkeakoulun kirjaston sähköistä Finna -tiedonhakupalvelua. Finnan kautta on saatavilla useita tietokantoja, joista opinnäytetyössä on hyödynnetty Cinahlia. Tietoa etsiessä on myös käytetty Google Scholar -tietokantaa. Näiden lisäksi tiedonhaussa on käytetty Google -hakukonetta. Työssä käytettyjä keskeisiä hakusanoja ovat olleet ”hiljainen raportointi” ”ISBAR” sekä ”rakenteinen kirjaaminen”.

Cinahl -tietokannasta tietoa etsittiin hakusanoilla hiljai\* AND report\* aikavälillä 2010-2020, jolla tuli kolme hakutulosta. Näistä vain yksi valikoitui työhön lähteeksi, sillä loput tulokset koskivat sosiaalialan tutkimuksia. Hakusanoilla hoitotyö\* AND kirjaaminen aikavälillä 2010 – 2020 hakutuloksia tuli kaksi, joista lähteeksi valitsin tuoreemman.

Kansainvälistä lähdettä haettiin Cinahl -tietokannasta hakusanoilla written AND report\*, mutta tuloksia näillä hakusanoilla saatiin liian runsaasti, 83 282. Hakutulosten ensimmäisellä sivulla mikään ei käsitellyt hiljaista raportointia, jolloin haun todettiin olleen epäonnistunut. Hakua suodatettiin edelleen hakusanayhdistelmällä written AND report\* AND nursing, jolloin tuloksia tuli edelleen 61 607 kappaletta, tulosten ollessa edelleen hyödyttömiä opinnäytetyön näkökulmasta.

Lisäksi tiedonhaussa on käytetty painettuja kirjoja aiheeseen liittyen. Tiedon keräämiseksi on myös otettu yhteyttä LifeCare -potilastietojärjestelmän tuottamaan tahoon. Lähteinä on käytetty aiheen kannalta oleellisia lakeja ja asetuksia.

### 3 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Potilaan hoidon etenemisen ja jatkuvuuden edellytykset luodaan kirjaamisella (Nissilä, 2005, s. 56). Kirjauksilla tarkoitetaan tallennettua tietoa, jolla voidaan oikeuttaa tai perustella hoito, jonka potilas on saanut tai se voi toimia hoidon vaikuttavuuden todisteena (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 40).

Hoitotyön mukaisesti myös kirjaamisen tulisi perustua näyttöön. Tavoitteena kirjaamisessa tällöin on, että potilasasiakirjoista saadaan hoitoa ja terveyttä koskevista vaihtoehdoista luotettavaa tietoa, jolloin myös tehottomat tai tieteellisesti epävarmat hoitotyön auttamiskeinot karsiutuvat. Lisäksi tiedonkulun tuomat hyödyt huomioidaan kohdistamalla voimavarat oikein ja taloudellisesti sekä päästään eroon epätarkasta ja muistinvaraisesta suullisesta tiedottamisesta. (Hallila, 2005a, s. 13)

Potilaan hoidossa keskeisiä tietoja kutsutaan ydintiedoiksi. Kirjattavia ydintietoja ovat potilaan tunnistetiedot, hoitajaksoon ja tapahtumiin liittyvät tunnistetiedot, diagnoosit ja ongelmat, toimintakyky ja apuvälineet, erilaiset mittaukset ja tutkimukset, terveyteen vaikuttavat tekijät, lääkehoito, toimenpiteet, hoitotyön ydintiedot, hoitotahto ja elinluovutustestamentti, lausunnot, suostumus, jatkohoitoon liittyvät tiedot sekä hoitotyön yhteenvedo sekä näiden lisäksi vielä tunnistetiedot hoidon antajasta. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 45)

#### 3.1 Kirjaamisen eettisyys ja juridiikka

Hoitotyön kirjaamisessa on noudatettava eettisiä periaatteita. Esimerkiksi kirjatessa hoitotyöntekijä voi joutua pohtimaan, mitä voi kirjoittaa potilaskertomukseen. Päätöksenteossa apuna on hoitotyötä ohjaava lainsäädäntö. (Hallila, 2005b, s. 23) Lait koskevat kaikkia ammattihenkilöitä terveydenhuollossa ja jokaisella on velvollisuus perehtyä tarkemmin hoitotyötä ohjaavaan lainsäädäntöön. Lainsäädännön lisäksi kirjaamista ohjaavat myös asetukset, normistot, jo aiemmin mainittu etiikka, kirjaamisohjeet organisaatiossa sekä yksikkökohtaiset ohjeet. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 40)

Potilaslaissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992) kerrotaan, että potilasasiakirjoihin tulee kirjata tarpeelliset tiedot potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun ja seurannan turvaamiseksi. Tarvittaessa terveyden- ja sairaanhoitoa toteuttaessa on laadittava suunnitelma koskien tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta. Hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu tulee ilmetä suunnitelmasta, joka on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai laillisen edustajansa kanssa.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) koskee säännöksiä potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niihin merkittävistä

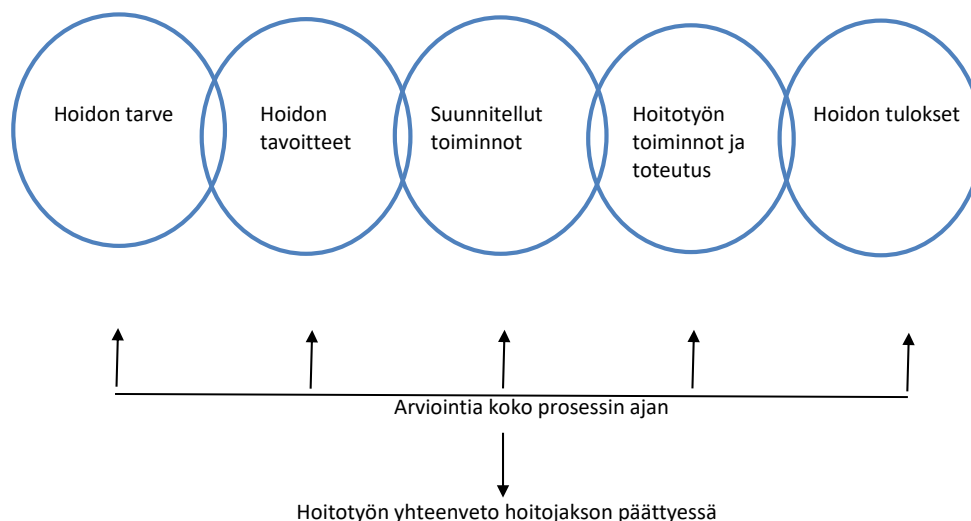
tiedoista sekä asiakirjojen säilyttämisaikoja ja -tapoja. Potilasasiakirjojen tulisi olla yhtenäisesti laadittujen periaatteiden mukaisia. Potilasasiakirjojen merkintöjen tulee olla ymmärrettäviä ja selkeitä ja niistä tulee ilmetä tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot turvataksien potilaan hyvän hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteutus ja seuranta. Jokaisen palvelutapahtuman keskeiset hoitotiedot tulee löytyä potilaskertomuksesta. Potilaan hoitoon osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja ja tehdä niihin merkintöjä. Potilasasiakirjojen merkinnät tulee tehdä riittävän usein, viivytyksettä ja aikajärjestyksessä. Potilaskertomukseen tulee myös merkitä mahdolliset riskitiedot, hoidosta ilmenneet haitalliset vaikutukset ja epäilyt vahingot.

Hallilan (2005b, ss. 33–34) mukaan kirjaamisessa on huomioitava potilaan yksityisyys sekä salassapitovelvollisuus sekä kirjatessa tulisi kirjata vain oleelliset tiedot potilaan hoidon ja hoitotyön kannalta. Potilaan arkaluontoisia ja leimaavia asioita tulisi kirjata vain, jos se on välttämätöntä sen hetken hoidon kannalta. Potilasvahingon sattuessa potilaskertomuksessa tulee olla tapahtuneesta yksityiskohtaiset merkinnät tapahtuneesta, sen syistä sekä mukana olleista ammattihenkilöistä. Kirjaamisen tulisi olla arvioivaa päivittäistoimintojen osalta ja kirjauksista tulee ilmetä, onko jokin asia hoitotyöntekijän päätelmää vaiko potilaan tai omaisen kertomaa. Päätokeenteossa tulee näkyä hoitotyöntekijän perustelut.

### 3.2 Hoitotyön prosessi ja rakenteinen kirjaaminen

Kirjaamisen jäsentämistä helpottaa hoitotyön prosessimenetelmä. (Hallila, 2005b, s. 24) Kuvassa 1 esitellään seuraavat hoitotyön prosessiin kuuluvat käsitteet. Hoidon tarve (SHTaL) tarkoittaa potilaan hoidon tarpeen määrittystä ja priorisointia. Hoidon tavoitteissa määritellään tavoitteet; mitä potilaan tilassa odotetaan tapahtuvan. Nämä tavoitteet asetetaan tärkeysjärjestykseen. (Iivanainen & Syväoja, 2012, s. 15)

Kuvassa 1 esitellään myös hoitotyön prosessissa suunnitellut toiminnot sekä toimintojen toteutus (SHToL). Nämä tarkoittavat hoitotyön toimintojen määrittelyä tavoitteiden saavuttamiseksi sekä tehtyjen toimintojen kuvaamista ja vaikutuksen arviointia. Hoidon tulokset (SHTuL) kertovat, toteutuivatko tavoitteet ja syntyikö uusia hoidon tarpeita. Hoitoon liittyvää arviointia tulee tehdä koko prosessin ajan eri vaiheissa ja arvioiva hoitotyön yhteenveto potilaan hoidosta hoitojakson päättyessä. (Iivanainen & Syväoja, 2012, s. 15)



Kuva 1. Hoitotyön prosessi (Mukaillen Iivanainen & Syväoja, 2012, s. 15)

Suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden Finnish Care Classification (FinCC) uusimman käyttäjäoppaan version 4.0 mukaan kansallinen hoitotyön kirjaamismalli koostuu hoitotyön prosessista, keskeisistä rakenteisista hoitotyön tiedoista ja FinCC-luokituskokonaisuudesta. SHTaL:lla ja SHToL:lla eli hoidon tarpeella ja hoitotyön toiminnoilla on rakenteisessa kirjaamisessa yhtenevä hierarkkinen rakenne, johon kuuluvat kolme tasoa: komponentti, pääluokka ja alaluokka. SHTuL:n mukaan hoidon tulosta arvioidaan kolmen eri vaihtoehdon mukaisesti: ennallaan, parantunut, heikentynyt. (Kinnunen ym., 2020 s. 2)

Rakenteinen kirjaaminen tapahtuu hoitotyön prosessin eri vaiheissa valitsemalla luokitukselta pää- tai alaluokka, jota voi tarvittaessa täydentää vapaalla tekstillä valitun luokan sisällön mukaisesti. Kirjaamiskäytäntöjen ollessa yhtenäistä eri organisaatioissa ja hoitoyksiköissä, on kirjaaminen yhdenvertaista ja takaa hoidon jatkuvuuden hoitovastuun siirtyessä hoitotalta toiselle. (Kinnunen ym., 2020 s. 2) Myös yhtenäisesti käytössä olevat termit mahdollistaa hoitoketjujen ja hoidon arvioimisen sekä niiden laadullisen kehittämisen, mikä hyödyttää potilaita, organisaatioita ja koko terveydenhuoltosektoria. (Tanttu & Rusi, 2007, s. 121)

Prosessin mukaisen systemaattisen kirjaamisen suurin ongelma ja kansainvälinen ilmiö on, ettei hoitosuunnitelmaa päivitetä ajan tasalle potilaan tilan muuttuessa. Tällöin on vaarana, että prosessin mukainen suunnitelman osuus jää pois ja kirjataan suoraan toteutuksiin ilman suunnitelmaa. Tarkoitus kuitenkin on, että hoitosuunnitelman tulisi ohjata hoidon etenemistä. Myös hoidon tuloksia arviointia tehdään liian vähän hoitajakson aikana, ainakaan sillä tavalla, että arvioinnin pohjalta hoitosuunnitelmaa muutettaisiin. Näin jää myös hoidon tulos näyttöä vaille. (Salmela, Ritvanen & Ylönen, 2011, ss. 13, 16)

### 3.3 Kirjaamisen kehittäminen raportoinnin näkökulmasta

Hiljaista raporttia käyttävien tulee huolehtia kirjaamisen hyvästä laadusta (Laukkanen, Lehti, Hassinen & Hupli, 2012, s. 16). Laitilan, Leikkolan, Immosen & Pitkäsen (2016, s. 37) mukaan hiljaisen raportoinnin edellytyksenä on kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen laadukkaammaksi. Turtiaisen (2005, 128) tutkimuksen mukaan hiljaiseen raportointiin siirryttyä hoitajat kokivat, että muutoksen myötä kirjaaminen oli parempaa.

Turtiaisen (2005, s. 129) tutkimuksessa osastolla kehitettiin kirjaamista muun muassa osastoa palvelevien kirjaamiskriteerien laatimisella, osallistuttiin kirjaamiskoulutuksiin sekä kirjaamista ja uutta käytäntöä käsiteltiin osastotunneilla. Tutkimuksen päätteeksi huomattiin, että yhdenkään potilaan asiakirjoista ei puuttunut hoitosuunnitelmaa ja hoitosuunnitelman kirjaukset olivat selkeämpiä. Kehitettävää kirjaamiseen liittyen kuitenkin jäi esimerkiksi aikojen ja allekirjoitusten suhteen.

Mykkäsen, Miettisen ja Sarannon (2018, s. 203) mukaan Suomessa ei ole tutkimuksellisin keinoin arvioitu järjestelmällisesti hoitotyön rakenteista kirjaamista. Tutkimuksessaan Mykkänen ym. (2018, s. 203) analysoivat auditointimallilla rakenteisen kirjaamisen toteutusta tilastollisin menetelmin hoitokertomusmerkinnöistä vuosina 2010–2016 otoskoon ollessa 9860 kappaletta. Tutkimuksessa arvioitiin kirjaamisen eri osa-alueita: hoitotyön prosessin vaiheiden toteutumista, potilaslähtöisyyttä ja johdonmukaisuutta kirjaamisissa. Tutkimustuloksena kirjaaminen kehittyi kaikissa edellä mainituissa tuloksissa ja suurin myönteinen kehitys tapahtui kirjattessa hoidon tuloksia.

## 4 RAPORTOINTI HOITOTYÖSSÄ

Raportoinnilla turvataan potilaan hoidon jatkuvuus. Raportointi pohjautuu potilasasiakirjoihin ja hoitosuunnitelmaan. Raportti annetaan hoitovastuun siirtyessä esimerkiksi työvuorojen vaihtuessa tai potilaan siirtyessä toiseen hoitoyksikköön. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 52)

Raportilla hoitovastuun ottavat hoitajat kirjaavat itselleen muistiinpanoja tiedoista, joilla turvataan potilaan hoidon jatkuvuus. Näitä tietoja ovat potilaan huone ja vuodepaikka, nimi, ikä, diagnoosi, perussairaudet, allergiat, lääkärin määräykset, hoitotoimenpiteet (tehdyt ja suunnitteilla olevat), potilaan vointi, lääkehoito ja muut hoitotyössä huomioitavat asiat. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 52)

### 4.1 Suullinen raportointi

Suulliset raportit tulisi pitää rauhallisessa suljetussa tilassa. Työvuoron vaihteessa raportin pitäjä tiedottaa suullisesti potilaiden hoitoon ja vointiin liittyvät asiat seuraavan työvuoron hoitohenkilökunnalle. Samalla vastuu potilaiden hoidosta siirtyy raportin vastaanottajille, jotka tekevät muistiinpanoja raportilla kuulemistaan asioista, joita tarvitaan turvatakseen hoidon jatkuvuus. Tarvittavia tietoja ovat esimerkiksi jo aiemmin esitellyt potilaan ydintiedot. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 52)

Suullisen raportoinnin etuna on, että silloin voi potilaan hoidosta käydä kollegiaalista keskustelua. Suullinen raportointi vie kuitenkin paljon aikaa. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 52) Suullisen raportoinnin vaarana on kuitenkin potilasturvallisuuden vaarantaminen ja hoitotyöntekijöiden oikeusturvan heikkeneminen, kun raportointi perustuu käytännössä muistinvaraiseen tietoon (Hallila, 2005c, s. 125).

Lisäksi suullista raportointia on myös potilaskeskeinen potilaanvierusraportointi, joka tapahtuu potilaan läsnä ollessa. Tällöin raportin vastaanottaja saa potilaan voinnista välittömän kuvan. Potilaanvierusraportti mahdollistaa myös potilaan osallistumisen hoitoon ja päätöstekoon. Siksi onkin tärkeää käyttää sellaista kieltä, jota myös potilas ymmärtää. Myös yksilöllistä ohjausta ja neuvontaa voidaan antaa potilaanvierusraportin yhteydessä. (Rautava-Nurmi ym., 2016, ss. 52–53)

### 4.2 Hiljainen raportointi

Hiljainen raportointi tarkoittaa kirjallista tiedonvälitystä, jolloin työvuoron alussa hoitotyöntekijät lukevat vastuullaan olevien potilaiden tarvittavat tiedot sähköisestä potilastietojärjestelmästä. Hiljaisesta raportista huolimatta on mahdollista ja suorastaan eettisesti vastuullista kysyä suullisesti potilaan vointiin ja hoitoon liittyen lisätietoa edellisen työvuoron hoitajalta

tarvittaessa. (Rautava-Nurmi ym., 2016, s. 52) Suullisten raporttien vähentäminen mahdollistetaan hoitotyön kirjaamisen kehittymisellä (Hallila, 2005c, s. 125).

Laitilan ym. (2016, s. 33) mukaan hiljaiseen raportointiin siirtyminen edellyttää muutosvalmiutta, joka koskee niin esimiehiä kuin henkilöstöäkin. Muutosvalmiuksilla tarkoitetaan esimiesten ja henkilöstön motivoitumista, kouluttautumista henkilöstön keskuudessa mutta myös henkilöstön kuulemista. Henkilöstöresurssien määrä, kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen, toiminnan uudelleen organisoiminen sekä muutoksenhallintakyky tarvitaan uuteen tapaan siirtyessä. Oikeilla henkilöstöresursseilla tarkoitetaan henkilökuntamäärän lisäämistä ja muutoksia henkilöstörakenteessa. Työvälineillä ja sopivilla tiloilla mahdollistetaan kirjalliseen raportointiin siirtyminen.

Kirjallisen raportoinnin tiedetään tutkimusten perusteella säästävän hoitajien aikaa. Turtiaisen (2005, s. 128) tutkimuksen mukaan hiljaiseen raportointiin siirryttyä hoitajat kokivat, että sairaskertomuksiin tutustumiseen oli aiempaa paremmin aikaa, jolloin aikaa säästyi esimerkiksi käytännön potilastyöhön aiempaa enemmän. Ajansäästön lisäksi hiljaisen raportoinnin myötä erilaiset ennakkoluulot, asenteet ja tulkinnat vähenivät. Hiljainen raportointi vastaa yksilöllisiin tiedontarpeisiin. (Laukkanen ym., 2012, s. 16)

Turtiaisen (2005, s. 131) mukaan hiljaiseen raportointiin siirtymisen jälkeen aiemmasta raportointikäytännöstä oli jääty kaipaamaan hoitoetiikan siirtymistä uusille ja nuoremmille hoitajille suullisen raportoinnin yhteydessä sekä osa hoitajista koki, että pitkän poissaolon jälkeen suullinen raportti olisi tuntunut selkeämmältä kokonaisuuden kannalta. Myös Laukkanen ym. (2012, s. 21) mukaan hiljaisen raportoinnin heikkoutena on vuoro-vaikutuksen vähentyminen sekä potilasturvallisuuden vaarantuminen huonon kirjaamisen myötä tai mahdollisten potilastietojärjestelmien toimimattomuuksien vuoksi. Hiljaiseen raportointiin siirtyessä tulisi keskittyä haasteiden voittamiseen esimerkiksi kirjaamista parantamalla.

Laukkanen ym. (2012, s. 22) tutkimuksessa esitettyjä syitä hiljaiseen raportointiin siirtymättömyydelle eri osastoilla olivat henkilökunnan vastustus, taustalla vaikuttanut aiempi huono kokeilukokemus sekä kirjaamisen taso ei ollut riittävää eikä halua sen parantamiseen ollut ennen siirtymistä hiljaiseen raportointiin.

Hoitajat kokivat hiljaisen raportoinnin myötä, että työ tuntui mielekkäämmältä sekä hoidon suunnittelussa myös potilaan näkökulma huomioitiin aiempaa paremmin. Alun muutosvastarinnasta huolimatta tutkimuksen päätteeksi kukaan ei enää halunnut palata vanhaan tapaan. (Turtiainen, 2005, ss. 128, 131)

### 4.3 ISBAR –raportointimenetelmä

ISBAR -lyhenne tulee sanoista Identify = tunnista, Situation = tilanne, Background = tausta, Assessment = nykytilanne ja Recommendation = toimintaehdotus. ISBAR -lyhenteellä kuvataan raportin etenemistä alusta loppuun järjestyksessä. (Suvanto, Tuomikoski, Juntunen & Heikkilä, 2019) Kuvassa 2 esitellään Sairaanhoidajaliiton ammatillisen työkalun mukainen suullisen ISBAR -raportin kulku ja mitä tietoja missäkin raportin kohdassa potilaasta tulisi saada kiireettömässä raportointitilanteessa.

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



Kuva 2. Sairaanhoidajaliiton ammatillisen työkalun mukainen ISBAR (Sairaanhoidajaliitto, 2019)

ISBAR-menetelmän avulla saadaan raportointitilanteessa esitettyä oleellinen tieto potilaan tilasta selkeästi jäsennellyssä muodossa. ISBAR-raportointimenetelmä saattaa edistää potilasturvallisuutta tiedonkulussa tiimin kesken sekä raportointitilanteissa, sillä tutkimustuloksissa sen käytöstä on saatu positiivisia suuntavia tuloksia vahvan näytön vielä puuttuessa. ISBAR-raportointimenetelmä on laajasti käytössä, sillä Maail-

man terveysjärjestö WHO, Suomen Sairaanhoidajaliitto ja Suomen Potilasturvallisuusyhdistys suosittelevat sitä yhdenmukaistaakseen suullista tiedonkulkua. (Suvanto ym., 2019)

Müllerin ym. (2018) mukaan huono viestintä on ollut myötävaikuttavana tekijänä yli 60 prosentissa sairaaloissa tapahtuneissa haittatapahtumissa. Viestinnän katkeaminen etenkin hoitovastuun siirtyessä on yksi suurimmista haittatapahtumien syistä. ISBAR on kehitetty parantamaan potilasturvallisuutta hoitovastuun vaihtuessa. Müllerin ym. (2018) systemaattisen katsauksen johtopäätöksenä löydettiin kohtuullista näyttöä potilasturvallisuuden paranemisesta ISBAR-menetelmän avulla erityisesti puhelimitse tapahtuvassa raportoinnissa. Katsauksessa oli mukana kahdeksan tutkimusta sekä kolme kontrolloitua kliinistä tutkimusta. Aiheesta ei kuitenkaan ole korkealaatuista tutkimusta.

Tutkimusnäytön osoittaessa ISBAR-menetelmästä olevan potilasturvallisuuden kannalta enemmän hyötyä kuin haittaa, se tukee valintaa opinnäytetyön lopputuotoksen ohjenuoraksi hiljaiselle raportille. Vaikka ISBAR on kehitetty erityisesti suulliseen raportointiin, on se sopiva muokattavaksi myös kirjallisen raportoinnin pohjana käytettäväksi.

## 5 OPINNÄYTETYÖN KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS

Kiinnostukseni hiljaiseen raportointiin opinnäytetyön aiheena syntyi työskennellessäni opintojen ohella Kanta-Hämeen keskussairaalan neurologian vuodeosastolla, missä on hiljattain otettu hiljainen raportointi käyttöön. Aloin pohtimaan, mistä näkökulmasta kyseistä aihetta opinnäytetyössäni käsittelisin. Huomasin, että osastolla muutosta kohtaan esiintyi jonkin verran vastarintaa, mistä heräsi ajatus laadullisen kyselytutkimuksen tekemisestä.

Toteutustavassa päädyin lopulta toiminnalliseen opinnäytetyöhön käytännön työelämän tarpeen pohjalta. Vilkan ja Airaksisen (2003, s. 51) mukaan toiminnallisessa opinnäytetyössä lopputuotoksena kehitetään aina jokin konkreettinen tuote. Koska tilaajalla ei vielä ole käytössä varsinaista ohjeistusta hoitohenkilökunnalle avuksi hiljaiseen raportointiin, koin tässä olevan työelämälähtöinen kehittämiskohde, johon voisin omalla opinnäytetyölläni vaikuttaa. Näin syntyi idea muistilistasta hiljaisen raportoinnin tueksi hoitohenkilökunnalle.

### 5.1 Toimeksiantajan esittely

Osasto 4B on akuuttineurologian vuodeosasto, jossa hoidetaan neurologisten potilaiden lisäksi suukirurgian, silmätautien sekä kurkku-, nenä- ja korvatautien potilaita. Vuodepaikkoja osastolla on 17 sekä näiden lisäksi valvontayksikkö, jossa on neljä potilaspaikkaa. (Kanta-Hämeen keskussairaala, n.d.) Osastolla henkilökuntaa on 17,8 sairaanhoitajaa, neljä perushoitajaa, osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja. (Vesterinen, 2020)

Vesterisen (2020) mukaan hiljainen raportointi on otettu osastolla käyttöön hoitotyön resurssien käytön tehostamiseksi, sillä koko henkilökunnan ei tarvitse olla raportilla samaan aikaan. Tällöin esimerkiksi aamuvuoro voi tehdä kentällä töitä samalla, kun iltavuoroon tulijat lukevat raporttia. Hiljaiseen raportointiin on siirrytty myös potilasturvallisuuden parantamiseksi, koska raportilla siirtyvä tieto ei ole pelkästään puhutun tiedon varassa, vaan perustuu kirjattuun faktaan. Tavoitteena on organisaation sisällä yhtenäistää raportointimuotoa koko talossa siirtymällä kirjalliseen raportointiin, mikä on potilasturvallisuuden kannalta tarpeellinen myös siksi, että varahenkilöt kiertävät talossa eri yksiköissä. Myös kirjaamisen tason odotetaan parantuvan kirjallisen raportoinnin myötä.

Kanta-Hämeen keskussairaalassa on käytössä LifeCare-potilastietojärjestelmä, jonka käyttöliittymään opinnäytetyön lopputuotos pohjautuu. LifeCare-järjestelmä Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä sisältää potilaan koko hoitopolun sisältäen ajanvarauksen, hoidon, lääkityksen ja laskutuksen. LifeCaren tavoitteena on antaa sen käyttäjille yhdellä silmäyksellä hoidon kannalta olennaisista potilastiedoista kokonaiskuva. (Tieto Finland Oy, 2020)

Hoitotyön kannalta keskeistä on potilaan tunnistaminen. Potilaan tunnistetiedot löytyvät potilaan Perustiedot-sivulta. Näitä tietoja ovat muun muassa potilaan nimi, henkilötunnus, osoite sekä tiedot lähiomaisista ja tietojen luovuttamiseen liittyvät suostumukset.

LifeCare-potilastietojärjestelmässä sähköisistä potilasasiakirjoista löytyy potilaan hoidon kannalta tärkeät tiedot, kuten aikaisemmat käynnit diagnooseineen, ajanvaraukset, riskitiedot, eri erikoisalojen lehdet teksteineen, ajantasainen lääkitys, lääkärin määräykset ja hoitokertomus eli HOKE, joka sisältää niin hoitotyön suunnitelman kuin myös hoitotyön toimintojen toteutukset. Hoitokertomuksessa toteutetaan rakenteisen kirjaamisen mallia. Hoitokertomukseen sisältyy myös Muistilappu-toiminto, jonne voidaan kirjata tärkeitä, lyhyitä viestejä tai muistutuksia potilaan hoitoon liittyen.

LifeCare-järjestelmän yksi keskeisin toiminto hoitotyön toiminnoissa ja arvioinnissa on Kuumekurva. Kuumekurva, jonka avulla voidaan seurata ja arvioida potilaan vointia muun muassa potilaan lämmön, pulssin, nestetasapainon, verenpaineen ja suolen toiminnan kautta. Kuumekurva on tarkoitettu potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen tueksi käyttäjälle. (Tieto Corporation, 2015, s. 3)

Tilajaosastolla on myös yhtenäisesti sovittu kirjaamiskäytäntö, jonka mukaan Kuumekurvassa olevaan Työdiagnoosit-osioon kirjataan potilaan tullessa osastolle potilaan aikaisemmat sairaudet, tulosyy, diagnoosi, nykytila ja muita potilaan tilaan tai hoitoon liittyviä erityisiä huomioon otettavia asioita. Osastolla on myös yhtenäisesti sovittu kirjattavan DIA-lehdelle insuliinihoitoa saavan potilaan mitatut verensokeriarvot sekä potilaalle annetut insuliinimäärät.

## 5.2 Suunnittelu ja toteutus

Työn lopputuotosta eli muistilistaa suunniteltaessa tein lopulta kolme erilaista luonnosta, joista viimeisin on valmis tuotos. Vilkan ja Airaksisen (2003, s. 51) mukaan toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä viestinnällä ja visuaalisella ilmeellä on suuri rooli. Viestinnän ja visualisoinnin keinoilla luodaan kokonaisilme, josta tunnistetaan tuotteen päämäärä.

Tuotetta luonnosteltaessa kävin myös keskustelua tilaajan kanssa heidän tarpeistaan. Ensimmäisessä luonnoksessa muistilistassa oli toistoa ja aina uudelleen samaan toimintoon palaamista raportin myöhemmässä vaiheessa. Toiveissa tilaajan näkökulmasta oli loogisesti etenevä, yksinkertainen muistilista, jossa ei ”hypitä” potilastietojärjestelmässä paikasta toiseen, vaan yhden toiminnon avatessa sieltä luetaan kaikki oleelliset potilaaseen ja potilaan hoitotyöhön liittyvät tiedot, kunnes siirrytään toiseen

toimintoon ja sieltä tarpeelliset tiedot luettua taas eri toimintoon. Muistilistan olisi siis oltava selkeä ja johdonmukaisesti etenevä ja sellainen, kuin sen oikeasti voisi lukea potilastietojärjestelmästä siinä järjestyksessä.

Muistilistaa luonnostellessa kokeilin erilaisia värivalintoja, kuten esimerkiksi punaista, joka osoittautui liian silmiinpistäväksi väriksi. Päädyin lopulta rauhallisiin sinisen sävyihin, sillä ne viestivät rauhallisuutta ja päättävyyttä, mikä taas sopii raportointihetkeen hyvin.

Kahdessa ensimmäisessä muistilistan luonnosteluissa työtä ohjaava käsite ISBAR oli esitelty sivun laidalla pystysarakkeessa ja vieressä muistilistan sisältö eli LifeCaren toiminnot sekä toiminnosta haettava hiljaisen raportin asiasisältö. Tämä ei kuitenkaan väliseminaarissa saadun palautteen perusteella vastannut varsinaisesti siihen, millä tavalla raportista haettava tieto vastaa juuri ISBAR -menetelmän mukaisesti raportin kulkua.

Tämän vuoksi lopullisessa tuotoksessa päädyttiin taulukkomuotoiseen ratkaisuun, jossa on selkeästi vaakatasossa teksti ISBAR, jonka kirjaimet ovat omilla soluissaan. Näin saatiin selkeästi rajattua ja eroteltua tiedot ja toiminnot, jotka liittyivät juuri tunnistamiseen, tilanteeseen, taustaan, nykytilanteeseen ja toimintaehdotukseen eli juuri ISBAR-menetelmän mukaiseen raportointijärjestykseen.

Muistilistasta olisi voinut saada lyhyemmän, jos olisi jätetty yksilöimättä erikseen, mitä tietoja kyseisestä potilastietojärjestelmän osiosta kuuluu hakea. Halusin kuitenkin avata ne tarkemmin auki, koska näin se palvelee parhaiten kaikkia, myös uransa alussa olevia hoitajia, sijaisia sekä opiskelijoita. Yksilöidyt tiedot myös luovat yhteyttä teorian ja lopputuotoksen välille, sillä teoriaosuudessa on määritelty muun muassa potilaista kirjattavat ydintiedot sekä tiedot, jotka potilaasta tulisi raportilla saada hoitovastuun siirtyessä.

Ulkoasultaan muistilistasta (LIITE 1) tuli rauhallinen ja loogisesti etenevä ja sitä on helppo seurata. Siinä on myös huomioitu muistilistassa tilaajaosaston käytössä olevat yhtenäiset kirjaamiskäytännöt. Valmiin muistilistan avulla saadaan yhtenäinen käytäntö hoitohenkilökunnalle kattavan raportin saamiseksi hiljaista raportointia käytettäessä ja se helpottaa omalta osaltaan uuden raportointitavan käyttöönottoa henkilökunnan keskuudessa ja näin ollen edistää uuden käytännön vakiinnuttamista osastolla. Muistilista vastaa ISBAR -menetelmää kirjallisen raportin muodossa.

## 6 POHDINTA

Opinnäytetyön prosessi oli kokonaisuudessaan pitkä, sillä mielenkiintoisesta aiheesta huolimatta työtä oli vaikea saada aluille. Suurimmaksi haasteeksi koin järjestelmällisen tiedonhaun, vaikka osallistuinkin tiedonhaunpajaan. Opinnäytetyön prosessia tukivat kirjoittamispajat sekä opinnäytetyön ohjauspiirit, sillä niissä sain palautetta työstäni, minkä pohjalta tein muutoksia työhöni ja opin samalla uutta ja sitä kautta pääsin kehittämään itseäni.

Työssäni on käytetty luotettavia lähteitä ja työni on tehty eettisten ohjeiden mukaisesti loukkaamatta hyvää tieteellistä käytäntöä. Työn luotettavuutta olisi lisännyt vielä uudempien lähteiden löytäminen, sillä työssäni esiintyvät lähteet ovat melko vanhoja osittain. Lähteiden iästä sain palautetta väliseminaarissa, mutta koska minulla oli kiireinen aikataulu saada työ valmiiksi, tuoreempien lähteiden etsintä jäi siinä kohtaa toissijaiseksi.

Opinnäytetyön tuloksena voidaan todeta tutkimustiedon perusteella, että hiljaisen raportoinnin on todettu säästävän hoitotyön resursseja aikaa säästämällä, vähentävän ennakkoluuloja ja -oletuksia ja loppujen lopuksi hiljaiseen raportointiin siirtymisen jälkeen myös hoitohenkilökunnan olevan tyytyväisiä uuteen raportointitapaan alun vastustuksesta huolimatta. Nämä voivat olla rohkaisevia tuloksia myös tilaajaorganisaatiossa.

Opinnäytetyössäni olen tuonut ilmi tietoperustan ja lopputuotoksen yhteyden tutkimusten ja teorian tiedon valossa. ISBAR -menetelmä on todettu tutkimuksissa kelvolliseksi raportointivälineeksi ja teorian tiedossa olen esitellyt raportilla hankittavat, hoidon kannalta oleelliset tiedot hoidon jatkuvuuden kannalta, ja näitä tietoja myös muistilistan mukaisesti haetaan potilastietojärjestelmästä hiljaisella raportilla.

Opinnäytetyöni menetelmä on perusteltu ja työelämälähtöinen. Työlläni vastaan työn alussa määriteltyyn opinnäytetyökysymykseen sekä saavutan tavoitteen, sillä muistilistaa käyttämällä saadaan yhteneväinen raportti luetuksi tilaajaorganisaatiossa.

Opinnäytetyöni ulkoasu ja teksti ovat loogisesti etenevää, selkeää tekstiä. Työssäni on myös kuvia elävöittämässä työn ulkoasua. Kuvien käytössä olen noudattanut hyviä eettisiä periaatteita, sillä toinen kuvista on itse tekemäni lähde mukailen ja toisen käyttöön on kysytty julkaisijalta sähköpostitse lupa.

Työstä kerätään tilaajapalautte samalla, kun työ esitellään tilaajaorganisaatiossa loppuseminaarissa. Tämän tilaajapalautteen pohjalta työtä voidaan myös jatkokehittää vielä opinnäytetyön prosessin jälkeen ollessani osa tilaajaosaston työyhteisöä. Muistilista otetaan käyttöön palautteen mukaan

joko loppuseminaarin jälkeen tai sitten tarvittavien mahdollisten muutosten jälkeen.

## LÄHTEET

Hallila, L. (2005a). Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa L. Hallila (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, ss. 13–15.

Hallila, L. (2005b). Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa L. Hallila (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, ss. 23–35.

Hallila, L. (2005c). Raportointikäytäntöjen kehittäminen hoitotyössä. Teoksessa L. Hallila (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, s. 125.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. (2012). *Hoida ja kirjaa*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kanta-Hämeen keskussairaala. (n.d.) Osasto 4B (akuuttineurologia). Haettu 1.5.2020 osoitteesta

<https://www.khshp.fi/palvelut/osastot/osasto-4b-akuuttineurologia/>

Kinnunen, U., Liljamo, P., Härkönen, M., Ukkola, T., Kuusisto, A., Hassinen, T. & Moilanen, K. (2020). *FinCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäopas FinCC 4.0: versio 1.2*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, ss. 2–32. Haettu 30.4.2020 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202002246350>

Laitila, M., Leikkola, P., Immonen, E. & Pitkänen, A. (2016). Hiljaiseen raportointiin siirtymisen edellytykset erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla: hoitohenkilökunnan näkemyksiä. *Tutkiva Hoitotyö*, Vol. 14, Iss. 2. ss. 33–39. Helsinki: Sairaanhoidtajaliitto. Haettu 6.2.2020 osoitteesta

<http://tuhto.emagz.fi.ezproxy.hamk.fi/reader/issue/10228/177290/32>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Haettu 26.2.2020 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laukkanen, L., Lehti, T., Hassinen, T. & Hupli, M. (2012). Hiljainen raportointi Turun yliopistollisessa keskussairaalaissa. *Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja*, sarja A nro 11, ss. 1–32. Haettu 6.2.2020 osoitteesta <http://vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/A-nro-11-2012.pdf>

Müller M., Jürgens J., Redaelli M., Klingberg, K., Hautz, W. & Stock, S. (2018) Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2018;8:e022202.

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>

Mykkänen, M., Miettinen, M. & Saranto, K. (2018). Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen auditointi – näyttö kirjaamisen tasosta, laadusta ja kehittämismisalueista. *Hoitotiede* 2018, 30 (3), ss. 203–213.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-2527703>

Nissilä, A. (2005). Esimerkkinä sähköinen hoitotyön dokumentointi Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Teoksessa L. Hallila (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, ss. 56–60.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. (2016). *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Sairaanhoidajaliitto. (2019) Sairaanhoidajaliiton webinaari: ISBAR. Haettu 25.5.2020 osoitteesta <https://www.youtube.com/watch?v=lrWxe-b1nyl>

Salmela, M., Ritvanen, J. & Ylönen, M. (2011). Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen. Teoksessa M. von Schantz, H. Toivonen & K. Lind (toim.) *Asiantuntijana terveysalan muuttuvilla työmarkkinoilla. Aluevaikuttavuutta ASTE-projektilla*. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 104, ss. 12–21.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Haettu 27.2.2020 osoitteesta

<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Suvanto, A., Tuomikoski, A., Juntunen, J. & Heikkilä, K. (2019). Edistääkö ISBAR-raportointimenetelmän käyttö potilasturvallisuutta? Hoitotyön tutkimussäätö. *Näyttövinkki 8/2019*. Tiivistelmä. Haettu 7.5.2020 osoitteesta <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/08/nayttovinkki8-2019.pdf>

Tanttu, K. & Rusi, R. (2007). Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Teoksessa L. Koponen & H. Hopia (toim.) *Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja*. Helsinki: Fioca Oy, ss. 113–122.

Tieto Corporation. (2015) Effica Kuumekurva. Tuotekuvaus. V1.2, ss. 3–8. Sähköpostiviestin liite tekijälle 25.5.2020.

Tieto Finland Oy. (2020). Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri: Lifecare vapauttaa aikaa potilastyöhön. Haettu 25.5.2020 osoitteesta <https://www.tieto.com/fi/asiakastarinoita/2019/Kanta-Hameen-sairaanhoitopiiri-Lifecare-vapauttaa-aikaa-potilastyohon/>

Turtiainen, T. (2005). Hoitotyön kirjaamiseen perustuva raportointikäytäntö osastolla K10 Helsingin lasten ja nuorten sairaalassa. Teoksessa Hallila, L. (toim.) 2005. *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, ss. 126–131.

Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vesterinen, N. (2020). Asiaa opinnäytetyöhön liittyen. Sähköpostiviesti tekijälle 16.4.2020.

## ISBAR- MENETELMÄN MUKAINEN HILJAISEN RAPORTIN MUISTILISTA

Hiljaisen raportin muistilista				
I	S	B	A	R
Tunnista	Tilanne	Tausta	Nykytilanne	Toimintaehdotus
<p>Paikkakartta -&gt; potilaan valinta -&gt; perustiedot -sivu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilaspaikka</li> <li>• Nimi</li> <li>• Hetu</li> <li>• Asuinpaikkakunta</li> <li>• Lähiomaiset ja tietojen luovutus</li> </ul>	<p>Potilaan kooste</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Silmäille hoidon kannalta oleelliset tiedot, kuten aiemmin tehdyt diagnoosit (määräaikaiset ja pysyvät), potilaan ajanvaraukset</li> </ul>	<p>Riskitiedot</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allergiat</li> <li>• Hoidon rajaukset</li> <li>• Eristyksen tarve</li> </ul> <p>Erikoisala – lehti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tulotilanne</li> </ul> <p>Kuumekurva -&gt; työdiagnoosit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aikaisemmat sairaudet</li> <li>• Tulosity</li> </ul>	<p>Kuumekurva -&gt; työdiagnoosit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnoosi</li> <li>• Nykytila</li> <li>• Muuta erityistä potilaan tilassa</li> </ul> <p>Kuumekurva</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilaan vitaalielintoiminnot</li> </ul> <p>Lääkitys – osio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajantasainen lääkitys</li> </ul> <p>DIA -lehti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verensokeriarvot</li> <li>• Potilaan saamat insuliinit</li> </ul> <p>HOKE – toteutukset</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potilaan saama hoito ja vointi sekä niiden arviointi</li> </ul> <p>HOKE – suunnitelma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oireet</li> <li>• Toimintakyky ja avun tarve</li> <li>• Vitaalien seurannan tarve ja tavoitearvot</li> </ul>	<p>HOKE – suunnitelma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tulevat hoitotoimenpiteet</li> <li>• Muut hoitotyön kannalta merkittävät suunnitelmat</li> </ul> <p>HOKE – muistilappu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toimintaehdotus/ muistutus hoitotyöntekijöiden kesken potilaan hoitoon liittyen</li> </ul> <p>Määräykset</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoidon jatko lääkärin määräysten mukaisesti</li> </ul>