



Raportointi heräämöstä (ISBAR) ja raportin vastaanottaminen

Matti Laine

Toni Lehtola

OPINNÄYTETYÖ
Maaliskuu 2022

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma
Perioperatiivinen hoitotyö
Sisätauti-kirurginen hoitotyö

LAINEN, MATTI & LEHTOLA, TONI:
Raportointi heräämöstä (ISBAR) ja raportin vastaanottaminen

Opinnäytetyö 36 sivua, joista liitteitä 7 sivua
Maaliskuu 2022

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli suunnitella ja tuottaa opetusvideo ISBAR-raportoinnista TAMKIn sosiaali- ja terveysalan käyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää sairaanhoitajaopiskelijoiden tietoutta ISBAR-menetelmästä ja sen vaikutuksesta potilasturvallisuuteen sekä hoidon jatkuvuuteen. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä ja sen tilaajana toimi Tampereen ammattikorkeakoulu.

Opinnäytetyön teoreettisten lähtökohtien selvittämiseen käytettiin kirjallisuushakua, jonka avulla tutustuimme ajankohtaiseen, kotimaiseen sekä kansainväliseen, kirjallisuuteen ja tutkittuun tietoon ISBAR-menetelmästä, heräämötöiminnästä, potilasturvallisuudesta ja hoidon jatkuvuudesta. Tämän lisäksi perehdyimme opetusvideon tekemiseen ja siihen, miten luoda hyvä opetusvideo.

Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu kirjallisesta ja toiminnallisesta osuudesta. Tämän työn toiminnallinen osuus, eli tuotos, oli opetusvideo. Tuotos toteutettiin animaatiota ja erilaista still-materiaalia käyttäen siten, että lopputulos olisi informatiivinen ja helposti seurattava. Videon tehtävänä oli havainnollistaa ISBAR-raportoinnin kulku potilaan siirryessä heräämöstä kirurgiselle vuodeosastolle, sekä nostaa raportointiin liittyviä haasteita ja mahdollisia ongelmatilanteita.

Selkeä johdonmukainen kommunikointi on potilasturvallisen hoitotyön yksi kulmakivi. ISBAR-raportoinnin käyttöönoton on näytetty vähentävän hoitovirheiden määrää maailmanlaajuisesti eri hoitoyksiköissä, joten rakenteellisen raportoinnin harjoittelu ja käyttöönotto jo koulutuksen aikana on tärkeää.

Asiasanat: ISBAR, hoidon jatkuvuus, potilasturvallisuus, heräämö, opetusmateriaali

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

LAINEN, MATTI & LEHTOLA, TONI:
Handover (ISBAR) from Recovery Ward to Surgical Ward

Bachelor's thesis 36 pages, appendices 7 pages
March 2022

The purpose of this study was to design and produce an instructional video on ISBAR approach, and specifically when a patient is being handed over by a recovery ward nurse to a surgical ward nurse. This study aimed to increase the awareness and importance of handovers made by using ISBAR, and the effect it has on patient safety and continuity of care. This study was ordered by Tampere University of Applied Sciences.

This study was conducted as a practice-based thesis. The theoretic data was collected by reviewing recent literature and research material on ISBAR, recovery wards, patient safety, continuity of care and how to produce a good instructional video. Both national and international literature databases were used when gathering the theoretic data. The results showed that when using ISBAR regularly in handovers it decreases the amount of misinformation and misunderstandings. Therefore, it has a positive effect on patient safety and continuity of care.

The instructional video produced, as part of this practice-based study, was made by using animation and still-material. The video walks the viewer through an ISBAR handover and notes different challenges and possible problems that must be considered throughout the process.

Clear and consistent communication is one of the backbones of patient safe nursing. ISBAR gives a structured approach to handovers, and it has been shown to increase patient safety, hence it is important to begin using ISBAR in early stages of nursing studies.

Key words: ISBAR, handover, continuity of care, patient safety, recovery ward, educational material

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
	3.1. ISBAR	9
	3.2. Heräämö	12
	3.3. Potilasturvallisuus	13
	3.4. Hoidon jatkuvuus.....	14
	3.5. Hyvän opetusvideon elementit	15
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	18
	4.1. Toiminnallinen opinnäytetyö.....	18
	4.2. Tiedonhaku	18
	4.3. Tuotoksen tekeminen vaihe vaiheelta	19
	4.4. Opinnäytetyöprosessi.....	21
5	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	23
	5.1. Eettisyys ja luotettavuus.....	23
	5.2. Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	24
	5.3. Pohdinta.....	25
	LÄHTEET.....	27
	LIITTEET	30
	Liite 1. Alustava käsikirjoitus	30
	Liite 2. Lopullinen käsikirjoitus	31

LYHENTEET JA TERMIT

I-PASS	Illness severity, Patient summary, Action list, Situation awareness and contingency planning, Synthesis by the receiver
ISOBAR	Identify, Situation, Observations, Background, Assessment, Recommendation
ISBAR	Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation
ISBARR	Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation, Read back/Repeat
SBAR	Situation, Background, Assessment, Recommendation
SBAR-R	Situation, Background, Assessment, Recommendation, Review/Response

1 JOHDANTO

ISBAR on akronyymi sanoista Identify, Situation, Background, Assessment ja Recommendation. Alkuperäinen SBAR kehitettiin Yhdysvaltojen merivoimissa, josta se siirtyi terveydenhuollon käyttöön vuonna 2002 Yhdysvaltojen Coloradossa. Se on saanut suosiota varsinkin hoitajien keskuudessa ja moniammatillisessa kommunikaatiossa hoitajien ja lääkäreiden välillä. ISBARin kaltainen strukturoitu raportointimalli yhdenmukaistaa ja selkeyttää viestintää, jolla on vaikutusta potilasturvallisuuden kannalta. (Achrekar, Murthy, Kanan, Shetty, Nair & Khattry 2016, 46.)

Miksi sitten tarvitsemme ISBARin kaltaista raportointimenetelmää? On arvioitu, että jopa 80 % vakavista hoitovirheistä liittyy tavalla tai toisella huonoon kommunikaatioon potilassiirtojen yhteydessä (Seifert 2012, 476). Vaikka ISBAR-menetelmän käytöstä saatu vahva tutkimusnäyttö puuttuu, on tästä huolimatta saatu useita viitteitä sen potilasturvallisuutta edistävästä vaikutuksesta. Erilaiset haittatapahtumat, kommunikaatiokatkokset ja kuolemantapaukset ovat vähentyneet ISBAR-menetelmän myötä. Varsinkin hoitajan ja lääkärin välisessä puhelinviestinnässä menetelmän on todettu toimivan potilasturvallisuutta edistäväksi. (Müller, Jürgens, Redaelli, Klingberg, Hautz & Stock 2018, 8.) Suomessa hoitotyön tutkimussäätiö suosittelee SBAR-menetelmän käyttöä (Hoitotyön tutkimussäätiö 2019).

Tämän opinnäytetyön tilaajana toimii Tampereen ammattikorkeakoulu. Yhteishenkilönä toimii Piia Lavonius. Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa opetusmateriaalia ISBAR-menetelmän käytöstä, kun potilas siirtyy heräämöstä kirurgiselle vuodeosastolle. Opetusmateriaalin kohderyhmänä ovat 1. ja 2. vuoden terveydenhuollon alan opiskelijat. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta lisäämällä tietoa ISBAR-menetelmän käytöstä.

Tietous ISBAR-menetelmästä on lisääntynyt runsaasti ja aiheesta löytyy paljon yleistä opetusmateriaalia ja -videoita. Tämän opinnäytetyön aihe on rajattu potilaan postoperatiiviseen vaiheeseen, jossa potilas siirtyy heräämöstä kirurgiselle

vuodeosastolle. Selvitämme tämän hoitovaiheen kannalta olennaista tietoa ISBARin käytöstä, ja mitä siinä on otettava huomioon, jotta potilasturvallisuus ei vaarantuisi. Kerättyjen tietojen pohjalta muodostuu opinnäytetyön lopullinen tuotos, joka on videoitu opetusmateriaali ISBARin käytöstä.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

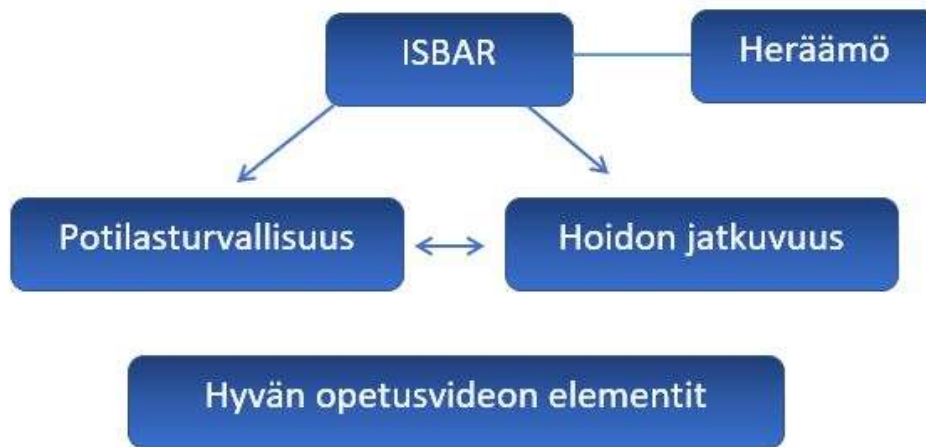
Opinnäytetyön tarkoitus on suunnitella ja tuottaa video ISBAR-raportoinnista TAMK:n sosiaali- ja terveysalan opetuskäyttöön. Opetusvideo toteutetaan käyttäen keksittyä tilannetta, jossa heräämön hoitaja raportoi kirurgisen osaston hoitajalle potilaan jatkoa ajatellen.

Opinnäytetyön tehtäviä on selvittää:

- ISBAR menetelmä kirurgisen potilaan raportoinnissa
- ISBAR menetelmän haasteet kirurgisen potilaan raportoinnissa
- Millainen on hyvä opetusvideo?

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää sairaanhoidon opiskelijoiden tietoutta ISBAR-menetelmästä käytännössä ja sen myötä potilasturvallisuutta. Samalla turvataan hoidon jatkuvuus.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT



3.1 ISBAR

Alkuperäisestä SBAR-menetelmästä on muodostettu useita eri johdannaisia. ISBAR on yksi näistä johdannaisista. Muita johdannaisia ovat mm. SBAR-R, ISBARR ja ISOBAR. (Müller ym. 2018, 2.) Lisäksi on olemassa muitakin erilaisia strukturoituja malleja kuten lastenlääkäreiden käyttämä I-PASS, jotka on suunniteltu tiettyä ammattiryhmää varten. Selvästi yleisimmin käytössä on kuitenkin ISBAR. (Burgess ym. 2020.) ISBAR-menetelmässä esittäytyminen, I = identify, on omana kohtanaan, jonka avulla korostetaan itsensä esittäytymisen tärkeyttä. Tämä korostuu varsinkin puhelimen välityksellä käydyissä keskusteluissa. (American Nurse Journal 2016.) SBAR-menetelmässä esittäytyminen sisältyy osana S = situation -kohtaa (Müller ym. 2018, 2).

Kuvassa 1 kuvataan ISBAR-menetelmän rakenne. Raportointi tulee suorittaa aina samassa järjestyksessä mallin mukaisesti väärinymmärrysten välttämiseksi. Kun samaa raportointimenetelmää käytetään rutiininomaisesti, saavutetaan sillä useita etuja. Ensinnäkin raportin antoon käytetty aika vähenee ja raportin sisältö keskittyy potilaan kannalta olennaisiin asioihin. Erityisen suurta huolellisuutta on noudatettava kun raportoidaan asioista tai toimenpiteistä, jotka ovat kesken tai tekemättä, koska vastuu niiden hoitamisesta siirtyy raportin vastaanottajalle.

Strukturoidun rakenteen myötä raportin vastaanottaja tietää missä järjestyksessä hän saa tietoa, joka helpottaa keskittymistä ja vähentää väärinymmärrysten riskiä. (Burgess ym. 2020.)

I	Identification Tunnistus (Kerro kuka olet ja mistä soitat)	Olen lääkäri N.N. ja soitan osastolta O potilaasta P.P.
S	Situation Tilanne (Kerro alkuun tilanne, jonka vuoksi soitat)	Potilas on kompastunut ja on tajuton
B	Background Taustatiedot (Kerro tilanteen ja potilaan taustatiedot)	Potilas on 70-vuotias ja on osastolla hoidossa keuhkokuumeen vuoksi. Hänellä on eteisvärinä, jonka vuoksi käytössä on varfariini. Muita todettuja sairauksia hänellä ei ole. Hän oli jo toipumassa keuhkokuumeesta ja kompastui WC:hen mennessään.
A	Assessment Arvio (Kerro arviosi tilanteesta)	Potilaan verenpaine on 180/90, syke epäsäännöllinen 90 / min. Kipureaktiona kouristaa vasenta yläraajaa, paikantaa kivun ja äännähtää örähtäen. Hän hengittää kuorsaten. Happisaturaatio on 95 % huoneilmalla.
R	Recommendation Toimintaehdotus (Kerro toimintaehdotuksesi)	Potilaalla on todennäköisesti kallovamma. Haluan tehdä pään TT-tutkimuksen ja toivoisin, että tulet arvioimaan tilannetta paikan päälle.

KUVA 1. ISBAR-taulukko (Finnanest.fi)

ISBAR-raportin ensimmäinen kohta on I = identification, jossa raportin antaja esittelee itsensä kertoen koko nimensä, ammattinimikkeensä ja osaston, jossa työskentelee. On tärkeää esittäytyä koko nimellä, koska yksikössä voi olla useita työntekijöitä, joilla on sama etunimi mikä voi aiheuttaa sekaannuksia, jos esittäytyään vain etunimeä käyttäen. Oman esittäytymisen jälkeen kerrotaan potilaan koko nimi ja tarvittaessa muut tunnistetiedot. Toinen osa on S = situation, jossa kerrotaan lyhyesti syy yhteydenottoon ja mikä on sen hetkinen tilanne. Taustatietojen, eli B = background, yhteydessä kerrotaan sen hetken tilanteen kannalta olennaiset potilaan taustatiedot. On tärkeä muistaa, että koko hoitohistorian kertominen ei usein ole tarkoituksen mukaista. Tilanteen kannalta epäolennaisten taustatietojen kertominen vie aikaa, heikentää raportoinnin laatua ja hankaloittaa raportin vastaanottamista. A = assessment tarkoituksena on antaa arvio nykytilanteesta. Jos potilaan nykytila poikkeaa normaalista se on selvästi kerrottava, ja jos vitaalimittauksien tuloksia on saatavilla, ne on kerrottava; sekä normaalit ja poikkeavat arvot kokonaisuudessaan. Viimeinen kohta R = recommendation, eli toimintaehdotuksen antaminen on erittäin tärkeä ja se usein koetaan hankalimmaksi kohdaksi. Toimintaehdotusta antaessa on myös selkeästi kerrottava mitä raportin antaja haluaa tai tarvitsee raportin vastaanottajalta. Jos raportin antaja vastaanottaa jatko- tai hoito-ohjeita on ne selkeästi toistettava, jotta raportin vastaanottaja voi edelleen varmistua, että ohjeet on ymmärretty oikein. (Park 2020, 812–813.)

Hyvin onnistunut ISBAR-menetelmän avulla annettu raportti edellyttää, että sekä raportin antaja ja raportin vastaanottaja tuntevat ISBAR-menetelmän. Raportin antajan on hyvä valmistautua raportin antoon keräämällä kaikki tarvittavat tiedot, muistiinpanot ja lomakkeet, joita hän tulee tarvitsemaan. Raportin vastaanottajan tulee keskittyä raportin antoon, eikä ulkopuolisia häiriötekijöitä saa olla raportin aikana, tai ainakin niiden mahdollisuus tulisi minimoida. Raportin jälkeen tulee kysyä, jos jokin asia jäi epäselväksi. Minkäänlaisia omia oletuksia ei tule ikinä tehdä, koska ne voivat lisätä mahdollisen haittatapahtuman vaaraa. Muistiinpanojen ottaminen voi helpottaa tiedon sisäistämistä, varsinkin haastavampien potilastapausten yhteydessä. (Burgess ym. 2020.)

Selkeä kommunikointi ja hyvä raportointitaito kuuluvat terveydenhuollon ammattilaisten perusosaamiseen, jota on myös pyrittävä jatkuvasti kehittämään. ISBAR-menetelmän onnistunut käyttö työyhteisössä vaatii henkilöstön jatkuvaa kouluttamista ja seuranta (Tamminen & Metsävainio 2015, 342.) Hyvä esimerkki on vuonna 2017 tehty laadun parantamiseen liittyvä projekti, jossa seurattiin ISBARin käyttöä kahdessa eri perioperatiivisessa yksikössä. Projekti osoitti, että jatkuvat tarkastukset ja koulutus edesauttoivat ISBAR-menetelmän noudattamista ja käyttöä. (Kitney, Tam, Bramley & Simons 2020, 38.)

ISBARin käyttöön liittyvä koulutus tulisikin aloittaa opintojen varhaisessa vaiheessa, jolloin siitä muodostuu luonnollinen osa ammatillista osaamista. Raportoinnin harjoittelua simulaatioissa tulisi edistää, jolloin opiskelijat ovat myös valmiita harjoittelemaan opittuja taitoja kliinisillä harjoittelujaksoilla. Tuoreessa korealaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa muodostettiin kolme ryhmää hoitoalan opiskelijoista. Ensimmäinen ryhmä sai opetusta SBAR-menetelmästä, toinen assertiivisuudesta ja kolmas näistä molemmista. Opetuksen jälkeen kaikki ryhmät osoittivat parannusta viestintäosaamisessa, viestinnän selkeydessä, itsevarmassa toiminnassa ja kliinisessä osaamisessa. Ryhmä, joka sai opetusta sekä assertiivisuudesta ja SBAR-menetelmästä osoitti kuitenkin vielä parempaa kliinistä osaamista ja selkeämpää kommunikointia kuin kaksi muuta vertailuryhmää. Tämän lisäksi kyseinen ryhmä koki ainoana ryhmänä lievempää stressiä kliiniseen harjoitteluun liittyen. (Noh & Kim 2021, 6.)

3.2 Heräämö

Heräämö (valvontayksikkö) on tehostetun hoidon ympäristö. Heräämövaihe alkaa heti intraoperatiivisen vaiheen loputtua, jolloin postoperatiivinen hoito voi alkaa. Heräämön tarkoituksena on tarjota potilaalle mahdollisimman turvallinen toipuminen anestesiasta ja minimoida haittavaikutuksia. Heräämössä potilasta tarkkaillaan niin kauan, kunnes potilaan tila täyttää siirtymisen kriteerit. Valvonta-aika vaihtelee 1–3 tunnin välillä, mutta vaihtelee potilaskohtaisesti. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013.)

Heräämössä tarkkaillaan erityisesti hengitystä, verenkiertoa, diureesia, lämpötilaa, kipua ja tajunnan tasoa. Lisäksi seurataan haavan mahdollista vuotoa ja muita operaatioon mahdollisesti liittyvien komplikaatioiden muodostumista, minkä takia on tärkeää, että heräämössä työskentelevät sairaanhoitajat tuntevat kyseisellä leikkausosastolla tehtävät toimenpiteet. Kivun ja pahoinvoinnin hoito aloitetaan usein jo leikkauksen loppupuolella ja niitä jatketaan heräämössä. (Maksimov 2021.) Monipuolinen kivun hoito jossa yhdistetään useita hoitomuotoja on sitä keskeisempää mitä suuremmasta toimenpiteestä on ollut kyse. Kivun kokeminen on kuitenkin yksilöllistä, joten sitä on seurattava tiuhasti. Kivun tasoa on myös muistettava seurata kipulääkkeen annostelun jälkeen, jotta voidaan arvioida sen vaikutus ja teho. (Kontinen & Hamunen 2015, 1922.)

Heräämö on usein sijoitettu leikkaussalin välittömään läheisyyteen, mikä on myös kansainvälinen suositus. Kun potilas saapuu heräämön anestesiahoitaja, tai anestesiahoitaja, antaa suullisen raportin heräämön sairaanhoitajalle potilaan tiedoista, tehdystä toimenpiteestä, mahdollisista toimenpiteen aikana tapahtuneista komplikaatioista, leikkausvuodosta, hemodynamiikasta ja annetuista lääkkeistä. Välitön hoitovastuu kuitenkin usein pysyy samalla anestesiahoitajalla, ellei kyse ole erillisestä heräämöstä, jonka toiminnasta vastaa eri anestesiahoitaja. Anestesiahoitajan vastuu potilaasta vaihtuu vasta kun potilas siirtyy vuodeosastolle. (Maksimov 2021.)

Päätös potilaan siirtämisestä heräämöstä vuodeosastolle on kriittinen ja sen takia sen oikeaan ajoittamiseen on kiinnitettävä huomiota. Tiedot kriteerit on täyttyvä,

jotta potilas on siirtokelpoinen. Näistä keskeisimmät ovat: potilaan on oltava tajuissaan, normaalilämpöinen, hemodynamiikka vakaata, hengitys rauhallista ja esteetöntä, hengityslaman riski ohittunut sekä kivun ja pahoinvoinnin oltava hallinnassa. Kun mietitään yksittäisen kriteerin arvoja, niitä on tärkeä peilata potilaan preoperatiivisessa vaiheessa olleisiin arvoihin. Jatkuva potilaan intra- ja postoperatiivinen monitorointi antaa myös paljon tietoa esim. vitaaliarvojen kulusta ja kehityksestä, jota käytetään siirtokelpoisuuden arvioinnissa. (Maksimov 2021.)

3.3 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuudella tavoitellaan potilaan tai asiakkaan oikea-aikaista hoitoa niin, että se parantaa henkilön elämänlaatua aiheuttaen mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuuden edistäminen ja varmistaminen kuuluu jokaisen hoitoalalla työskentelevän ammattilaisen vastuulle. Mahdolliset haittatapahtumat aiheuttavat potilaalle helposti inhimillistä kärsimystä, sekä lisäkustannuksia yhteiskunnalle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 12.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettava ohjausryhmä laati ensimmäisen potilasturvallisuusstrategian vuosiksi 2009–2013. Strategia on päivitetty vuosille 2017–2021 josta on tehty periaatepäätös 26.6.2017. Strategian tarkoituksen on edistää ja kehittää terveydenhuollon turvallisuuskulttuuria, ehkäistä vaaratapahtumia, turvata tarvittavat voimavarat sekä osaaminen ja ottaa asiakas aktiivisemmin mukaan potilasturvallisuuden kehittämiseen. Terveydenhuollon järjestäjillä ja tuottajilla on vastuu edistää potilas- ja asiakasturvallisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 11–13.)

Kehitys lääketieteessä tuo mukanaan uusia lääkkeitä ja teknologioita, jotka ovat entistä vaikuttavampia, mutta joiden oikea käyttö tuo lisää vaatimuksia terveydenhuollon ammattilaisille. Terveydenhuollon erikoistumisen myötä ja sen johdosta vastuu hoidosta on hajaantunut. Ongelmat etenkin tiedonkulussa lisäävät virheiden riskiä. Nyt käytössä olevat sähköiset potilasasiakirjajärjestelmät eivät tarjoa riittävää tukea potilasturvallisuuden seurantaan ja edistämiseen. Tämän lisäksi niukka henkilöstömäärä ja työntekijöiden vaihtuvuus on nopeaa, mikä vaikuttaa suoraan potilasturvallisuuteen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Jokaisessa terveydenhuollon yksikössä tapahtuu virheitä, sillä toimijat ovat ihmisiä ja kaikkeen inhimilliseen toimintaan sisältyy virheen mahdollisuus. Potilaskartoituksen mukaan, jota on tehty useissa maissa, on arvioitu, että noin joka kymmenes sairaalapotilas kärsii haittaa hoidon seurauksena. Sairaalassa joka sadas potilas saa vakavan haitan ja yhdellä tuhannesta haitta tai virhe johtaa kuolemaan. Suomessa vastaavaa tutkimusta ei ole tehty, koska on arvioitu tulosten kuvaavan myös omaa maatamme. Ulkomailta tehtyjen tutkimusten perusteella voidaan arvioida, että Suomen sairaaloissa voi sattua vuosittain kuolemaan johtavia hoitovirheitä vuosittain noin 700–1700. Merkittävää tuloksissa on se, että jopa puolet haittatapahtumisista voitaisiin estää riskien ennakkoinnilla, toiminnan järjestelmällisellä seurannalla sekä vaara-, ja haittatapahtumista oppimalla. Mainittujen lukujen perusteella laskien haittatapahtumista ja hoitovirheistä aiheutuu Suomessa 409 miljoonan euron lisäkustannukset pelkästään vuodeosastoilla. Näin ollen ainakin puolet kustannuksista eli 205 miljoonaa euroa olisi estettävissä. Potilasturvallisuutta edistävät toimenpiteet siis vähentävät merkittävästi sekä inhimillistä kärsimystä, että terveydenhuollon kustannuksia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Tiedonkulku potilaiden, terveydenhuollon ammattilaisten sekä organisaatioiden välillä on olennaista potilasturvallisuudelle. Potilasturvallisuussuunnitelmassa onkin määriteltävä tiedonkulun periaatteet eri rajapinnoilla esim. vuodeosaston ja leikkaussalin välillä. Tiedonkulun toimivuus tulee varmistaa, kiinnittämällä huomiota erityisesti moniammatillisen tiimityöskentelyn vaatimukseen terveydenhuollon yksiköiden ja organisaation eri tasoilla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

3.4 Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuus voi liittyä pitkäaikaiseen hoitosuhteeseen, tiedon kulkuun tai hoidon järjestämiseen (Raivio 2017). Tässä opinnäytetyössä hoidon jatkuvuutta tarkastellaan varsinkin tiedon kulun näkökulmasta potilaan siirron aikana.

Potilaan kannalta hoidon jatkuvuus korostuu etenkin pitkäaikaisia, vaikeasti hoidettavia sairauksia hoitaessa. Jatkuvuudella on myös merkittävä vaikutus terveydenhuollon laatuun, tehokkuuteen ja kustannuksiin. Myös hoidon tuloksiin, hoitoon sitoutumiseen, että terveydentilaan on positiivisia vaikutuksia (Raivio 2017).

Sairaanhoitajan kannalta tehokas kommunikaatio sekä yhteistyö eri hoitotyön ammattilaisten kesken on tärkeää hoidon jatkuvuuden kannalta. Yksi haasteista onkin eri alojen hoitajien (esimerkiksi heräämössä ja vuodeosastolla työskentelevän) yhteisymmärryksen löytyminen. Toinen tärkeä osa hoitovastuun siirtyessä on täysi pääsy samoihin potilastietoihin mitä aiempi hoitava taho on käyttänyt ja kirjannut. (Garcia-Vivar, Soto-Ruiz, ym 2022)

3.5 Hyvän opetusvideon elementit

Hyvä opetusvideo koostuu useasta eri osasta, jotka kaikki on huomioitava hyvän lopputuloksen aikaansaamiseksi. Ennen kuin videota aletaan suunnittelemaan, on tiedettävä, kenelle video tehdään, eli mikä on kohderyhmä? Kohderyhmän tunteminen on oleellista, koska ilman sitä on käytännössä mahdotonta suunnitella tarkoituksenmukaista opetusvideota. (Helsingin yliopisto 2016.)

Kun videon suunnittelu aloitetaan, on oltava käsitys videon pituudesta. Mitä pidempi video tulee olemaan, sen tarkemmin sen tarinallinen rakenne on suunniteltava. Esim. yli 3-minuuttinen video tarvitsee jo tarinallisen rakenteen. (Ailio 2015.) Isommat kokonaisuudet on hyvä jaksottaa lyhyempiin kokonaisuuksiin, koska pituuden lisääntyessä katsojan tarkkaavaisuus laskee. Opetusvideon optimaalinen pituus on maksimissaan n. 6 minuuttia, jonka aikana katsojan huomiolarvo on korkeimmillaan (Guo, Kim & Rubin 2014, 44). Videon pituuden lisäksi hyvässä opetusvideossa korostuu myös ennakkosuunnittelu, oman innostuksen välittyminen, sekä monipuolinen kerronta visuaalisesti ja puheen avulla (Guo ym. 2014, 45–48).

Yli 3 minuuttia pidemmillä videoilla on oltava selkeä aloitus, keskiosa ja lopetus. Rakenteellisuuden merkitys korostuu entistä enemmän videon pituuden kasvaessa, jotta katsojan mielenkiinto pysyy yllä videon loppuun asti. Videon rakenne voidaan jakaa tarkemmin kuuteen osaan, joka perustuu dramaturgi Ola Olssonin tutkimukseen Hollywood elokuvista: 1. Alkuisysäys, 2. Esittely, 3. Syventäminen, 4. Kiihdytys eli ristiriitojen kärjistyminen, 5. Ratkaisu ja 6. Häilytys. Sama rakenne toimii laajasti myös muunlaisessa kerronnassa ja se helpottaa mielenkiintoisen ja katsojan mielenkiinnon ylläpitävän tarinan luomisessa. (Ailio 2015, 21.) Oppimisen kannalta tärkein tieto on sijoitettu juuri videon keskiosaan, kun katsoja on saatu ensin johdateltua aiheeseen (Kuokkanen 2019).

Alkuisysäyksen tarkoitus on herättää katsojan mielenkiinto heti tarinan alussa. Jos aloitus on tylsä tai mitäänsanomaton, on katsojan mielenkiintoa vaikeampi herättää uudestaan tarinan myöhäisimmissä vaiheissa. Mielenkiintoinen alkuisysäys voidaan saavuttaa usealla eri tavalla kuten esim. esittelemällä ristiriita, arvoitus tai menemällä suoraan asiaan. (Ailio 2015, 22–23.) Toimivan alkuisysäyksen luomiseksi tärkeää olisikin miettiä mikä toimisi parhaiten juuri oman kohderyhmän kanssa.

Tarinan esittelyssä ja syventämisessä kerrotaan ensin tarinan keskeisiä perusasioita, jotka vievät tarinaa eteenpäin. Kerronnan tulee olla tasapainoista eri materiaalia käyttäen. Samalla kun tarinan myötä nousseisiin kysymyksiin vastataan, on tärkeä luoda uusia jatkokysymyksiä, jotka edelleen johtavat tarinan syventämiseen. Kun päästään tarinan syventämiseen asti, katsoja on jo sitoutunut seuraamaan tarinan loppuun asti. Syventämisen -osio koostuu tarinan keskeisimmästä asiasisällöstä, jota kerrotaan katsojalle eri menetelmiä vuorotellen käyttäen. Ylenmääräistä tietoähkä lyhyessä ajassa on kuitenkin vältettävä, koska se helposti puuduttaa katsojan. Hyvä tarina herättää aina tunteita katsojassa, jolloin se jää myös paremmin katsojan mieleen. (Ailio 2015, 23–24.)

Tarinan loppua kohden ristiriidat kärjistyvät ja tunnetila on saatu kasvatettua huippuunsa. Tässä kohtaa ei enää esitetä uusia kysymyksiä vaan keskitytään jäljellä olevien ratkaisuun, jolloin katsojakin alkaa odottamaan tarinan lopetusta. Lopun ratkaisun on oltava selkeä, tyydyttävä ja tarjottava tarinan keskeiset vastaukset. Häilytys seuraa heti ratkaisun jälkeen ja sen tarkoitus on saattaa katsoja ulos

tarinasta. Dokumentaarisessa tarinassa tähän sopii hyvin käsiteltyjen asioiden yhteenveto tai pääkohtien kertaus. (Ailio 2015, 24–25.) Loppuhuipennus voi olla myös yllättävä ja herättää katsojaa tarkastelemaan aihetta uudella tavalla (Kuokkanen 2019).

Videon aikana käytetään spiikkejä, eli selostavaa puhetta, joka vie tarinaa eteenpäin. Spiikkejä laadittaessa on otettava huomioon pari keskeistä asiaa. Spiikit ovat lyhyitä, ytimekkäitä, selkeitä ja niistä käy selvästi ilmi syy ja seuraussuhteet. Lisäksi spiikeissä on hyvä käyttää synonyymeja ja pronomineja. Turhaa toistoa ja kliseisiä sanontoja on vältettävä. Toinen tärkeä seikka on spiikin sijoittaminen videoon. On hyvin keskeistä, että näytetty kuva ja puhe koskevat samaa asiaa, jolloin ne tukevat toisiaan ja tarinaa on helpompi seurata. Spiikki on lisäksi sijoitettava näytetyn kuvan kannalta rauhallisempiin kohtiin. Mielenkiintoinen, tai hyvin tapahtumarikas, näytetty kuva vie helposti katsojan huomion pois puheesta, jolloin keskittyminen ja kokonaisuuden seuraaminen voi herpaantua. Lopuksi spiikkiä nauhoittaessa on huomioitava selkeä ääntäminen ja aavistuksen hitaampi puhetahti. Puheen tulee kuulostaa luonnolliselta ja kuin puhuisi suoraan katsojille. (Ailio 2015, 20.)

Taustamusiikkia valittaessa on oltava erityisen tarkka. Vääränlainen taustamusiikki voi pahimmillaan rikkoa koko katselukokemuksen. Musiikki ei saa kuulua liian kovalla, olla liian nopeatempoista tai muutenkaan olla rakenteeltaan sellainen, että se häiritsee katselukokemusta. Kun taustamusiikki on valittu oikein, se voi parhaimmillaan syventää oppimiskokemusta. Hyvän taustamusiikin valinnassa on hyvä muistaa seuraavat asiat: taustamusiikki ei saa sisältää laulua tai sanoituksia, ota huomioon kohderyhmä, vältä värikästä pop-musiikkia, käytä vain huolella tuotettuja kappaleita ja kysy palautetta valinnastasi ennen lopullista päätöstä. (Water Bear Learning 2020.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on tuotos, jonka tavoitteena on palvella oman ammattikentän osaamista, tai sen edistämistä. Tämä tuotos voi olla esimerkiksi ajankohtainen ohjeistus tai opas, joka on työelämälähtöinen ja jolle on todettu olevan tarvetta. Ennen kuin suunniteltu tuotos voidaan toteuttaa, on suoritettava tiedonhaku tai selvitys, jonka tavoitteena on kerätä ammattikulttuurissa vallitsevaa tietoa, joka toimii työn perustana. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

Toiminnallisesta opinnäytetyöstä käytetään myös termiä ”monimuotoinen työ”, joka koostuu kahdesta osasta, kirjallisesta raportista ja tuotoksesta. Tavoitteena on, että työ on käytännöllinen, soveltava ja kehittävä. Monimuotoista työtä tehdään tutkimuksellisella menetelmällä, eli työ perustuu tutkittuun tietoon ja yhdistää ammattikentän käytäntöjä teorian kanssa. Monimuotoisen työn tuotoksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että taustakirjallisuuteen perehtyminen tehdään kattavasti ja käytetyt lähteet merkitään selkeästi ja tarkasti. (Roivas & Karjalainen 2013, 80.)

4.2 Tiedonhaku

Tiedonhaku tehtiin käyttäen sekä kotimaisia ja kansainvälisiä tietokantoja kuten Cinahl, PubMed, Andor ja Medic. Lisäksi hyödynnettiin TAMK:n ja lähikuntien kirjastoissa saatavilla olevaa ajankohtaista materiaalia. Koska tavoitteena oli käyttää ajankohtaista ja tieteellisesti päteviä lähteitä, rajattiin käytettävien lähteiden julkaisuvuosi 2011–2021. Valittujen lähteiden tuli lisäksi olla vertaisarvioituja, sekä julkaisukielen tuli olla suomi tai englanti. Lopulta löysimme eniten ajankoh-
taisia lähteitä Cinahl -tietokannasta käyttämällä seuraavia hakusanoja: ISBAR, SBAR, Handover, Patient safety, Continuity of care, Recovery ward ja Perioperative Näistä hakusanoista muodostettiin hakulausekkeita, joissa oli mukana kaikki hakusanat tai vain osa niistä. Hyvän opetusvideon tekoon liittyvät lähteet

saatiin TAMK Moodlen ”Opinnäytetyön menetelmäopinnot/Toiminnallinen menetelmä” oppimisalustalta sekä käyttämällä hakukoneita kuten Google.

Myös muuta Internetistä löytyvää materiaalia voitiin hyödyntää, mutta lähdekritiikkiin kiinnitettiin silloin erityistä huomioita. Ainoan poikkeuksen näihin asetettuihin kriteereihin tekee Vilkka & Airaksisen teos Toiminnallinen opinnäytetyö, joka on julkaistu vuonna 2003. Tästä teoksesta ei ollut tullut uutta painosta, eikä vastaavaa teosta löytynyt kotimaisesta tai kansainvälisestä tietokannasta. Teoksesta löytyvää tietoa voitiin kuitenkin pitää pätevänä, koska toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapa on pysynyt pitkälti muuttumattomana. Tästä huolimatta tarkastelimme 18 vuotta vanhaa lähdettä kriittisemmin kuin normaalisti.

Koska kyseessä on toiminnallinen opinnäytetyö, käytetään tutkimuskäytäntöjä hieman väljemmin kuin normaalisti (Vilka & Airaksinen 2003, 57). Tarkoitus oli kerätä laadukasta perustason aineistoa opinnäytetyön aiheesta, joka toimi teoreettisena tietopohjana, jonka avulla opinnäytetyön tuotos voitiin toteuttaa. Lähteitä, jotka käsittelivät erityisesti heräämöhoitajan ja kirurgisen sairaanhoitajan välistä raporttia ei tahtonut löytyä. Aihetta kuitenkin sivuttiin monessa muussa ISBAR-menetelmän käyttöön liittyvässä lähteessä, joten hyödynsimme näitä mahdollisimman kattavasti.

Kansainvälisten lähteiden kääntäminen englannista suomeksi tehtiin pitkälti opinnäytetyön tekijöiden omasta toimesta, kuitenkin lähteessä käytetyn asiatekstin vaativuus sekä opinnäytetyön tekijöiden kielitaito huomioiden. Jos olimme vähänkään epävarma jonkin sanan tai lauseen merkityksestä käytimme sen kääntämiseen MOT kielipalvelua.

4.3 Tuotoksen tekeminen vaihe vaiheelta

Opetusvideon tekeminen voidaan jakaa neljään osaan: käsikirjoitus, kuvaus, editointi ja julkaisu. Työ alkoi kesällä 2021 alustavan käsikirjoituksen hahmottamisella (liite 1), jonka avulla sekä teoreettisten lähtökohtien pohjalta jatkojalostettiin

lopullinen käsikirjoitus (liite 2). Huolellisesti tehdyllä käsikirjoituksella varmistamme, että lopullisessa tuotoksessa on tarvittavat elementit, joilla vastaamme opinnäytetyömme tehtäviin ja tavoitteisiin.

Kohtausluettelo on osa käsikirjoitusta, josta selviää videon kulku. Koska suunnittelemamme lopullisen videon tavoitepituus on 5–6 minuuttia, se vaatii tarinallisen rakenteen, joka herättää ja ylläpitää katselijan mielenkiinnon. (Ailio 2015, 9.) Lopullista käsikirjoitusta kirjoittaessamme meille oli jo selvää, että lopullisessa tuotoksessa ei tulla käyttämään videoitua materiaalia kuin alun perin oli tarkoitus. Tutkiessamme ja tarkasteltuamme erilaisia videon toteutusmuotoja tulimme siihen päätökseen, että jos käytämme animoitua sekä dia -materiaalia videoidun sijasta, voimme saavuttaa enemmän informaatiota sisältävän tuotoksen asettamassamme 5–6 minuutin tavoitepituudessa. Kuvaamalla esimerkkitalanne videokameralla voitaisiin saavuttaa hyvin havainnollistava tilanne, jossa ISBAR-raporttia käytetään, mutta tuotoksen pituus todennäköisesti ylittäisi tavoitteemme ja fokus saattaisi siirtyä käsiteltävään potilastapaukseen, josta raportoidaan. Työelämäyhteistyön kanssa on sovittu, että tuotoksen tarkoitus ei ole käsitellä tiettyä potilastapausta, vaan pelkästään ISBAR-menetelmää.

Ajatuksena oli käyttää ilmaista editointi ohjelmaa videon tekoon, mutta niiden rajoitukset eivät sopineet yhteen haluamamme lopputuloksen kanssa. Päädyimme tekemään videon käyttämällä Biteable applikaatiota. Biteable valikoitui sen helpon käyttöliittymän, monipuolisuuden ja web -pohjaisuuden ansiosta. Lisäksi Biteablen kautta saimme pääsyn kattavaan kuva ja animaatio kirjastoon, joka sopi meidän tarpeisiimme. Biteablen ilmaisversiossa ei kuitenkaan ole sisällön kaupallisen julkaisun oikeutta, lisäksi valmiiseen videoon tulee erittäin iso vesileima. Tästä syystä päätimme hankkia ohjelmasta maksullisen jakson, jonka jälkeen kaupallinen julkaisu on mahdollinen, vesileima poistuu ja sen tilalle voimme asettaa tarvittaessa oman vesileimamme. Biteable applikaation lisäksi käytimme spiikkien nauhoitukseen sekä editointiin ilmaista Audacity -ohjelmaa. Sen ominaisuudet riittivät hyvin videon tarpeisiin.

Lopullinen tuotos vaati useamman editointikerran, jotta spiikeistä koostuva ääniraita ja tekstistä sekä animaatioista koostuva video-osuus saatiin synkronisoitua

oikein. Lopputuotokseksi muodostui animoitu video, jonka pituus on 4 minuuttia ja 26 sekuntia.

4.4 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2021. Valmiita aiheita oli tuolloin esim. PSHP:lla tarjolla todella vähän, eikä meillä itsellämme ollut aihetta valmiina. Lopulta saimme aiheen suoraan Tampereen ammattikorkeakoululta, joka oli kiinnostava, ajankohtainen, sekä koski olennaisesti meidän molempien opinnäytetyön tekijöiden suuntautuvia opintoja. Perioperatiivisessa ja kirurgisessa hoitotyössä raportointi, tiedonkulku ja selkeä kommunikointi ovat avainasemassa. Aiheen varmistumisen jälkeen prosessi jatkui opinnäytetyön suunnitelman teolla.

Suunnitelman teon aikana meille muodostui alustava käsitys millainen lopullinen tuotos voisi olla. Koska opinnäytetyön aiheena on käytännönläheinen raportointimenetelmä, tuntui luontevalta, että tuotoksena olisi opetusvideo, jossa potilas siirtyy heräämöstä kirurgiselle vuodeosastolle. Sen pohjalta kesällä 2021 muodostui ensimmäinen hahmotelma käsikirjoituksesta (liite 1).

Suunnitelmaseminaari pidettiin 25.5.2021, jossa saimme palautteen ja tarvittavat korjausehdotukset. Lopullinen opinnäytetyösuunnitelma hyväksyttiin 2.6.2021. Olimme jo suunnitelman teon aikana tehneet alustavia tietohakuja eri tietokantoihin, kuten Cinahl, Andor ja Medic. Samalla olemme perehtyneet aiheeseen syvemmin ja selvittäneet, mitä aiheesta tiedetään tällä hetkellä.

Opinnäytetyösopimusta emme ehtineet saamaan allekirjoitetuksi ennen kesäloimia, joten se allekirjoitettiin kaikkien osapuolten toimesta vasta 25.8.2021. Tämän jälkeen alkoi opinnäytetyön tiedonhaku. Työmme pääsi alkamaan alun perin suunniteltua myöhemmin, mutta aiheeseen etukäteen tutustumisesta oli selvästi hyötyä ja opinnäytetyön teoreettinen tausta rakentui sujuvasti.

11.11.2021 pidimme opinnäytetyön ohjauspalaverin, johon osallistui molemmat opinnäytetyön tekijät sekä ohjaava opettaja lehtori Piia Lavonius, kuka toimii myös opinnäytetyön tilaajan yhteyshenkilönä. Työn teoreettiset lähtökohdat olivat tässä kohtaa melkein valmiina ja tarkoitus oli siirtyä lopullisen käsikirjoituksen

työstämiseen. Saimme paljon hyvää palautetta ihan opinnäytetyön raportin rakenteellisista asioista, sekä ohjeita tulevan opetusvideon toteutukseen.

15.12.2021 pidettiin opinnäytetyön käsikirjoitusseminaari. Tässä kohtaa opinnäytetyön raportti oli jo hyvällä mallilla ja saimme siihen hyviä parannusehdotuksia. Itse opetusvideon teko päästiin aloittamaan tammikuun alussa 2022. Vallitsevan pandemiatilanteen johdosta työtä oli tähän mennessä tehty pelkästään etänä, mutta videon tekoa ajatellen sovimme keskenämme lähitapaamisia, jotta tuotantoprosessi olisi joutuisampaa. Sen jälkeen, kun löysimme meidän käyttööme ja tarkoitukseen sopivat ohjelmistot, oli itse videon teko lopulta hyvinkin sujuvaa. Tarkka käsikirjoitus auttoi huomattavasti ja siihen tarvitsi lopulta tehdä varsin vähän muutoksia.

Biteablen, jota käytimme videon tekoon, mahdollisuus lisätä projektiin useampi kuin yksi tekijä mahdollisti sen, että pystyimme molemmat edistämään videon tekoa omalta kotikoneeltamme aikataulumme mukaisesti. Tämä oli erityisen tärkeää, jotta opinnäytetyö edistyi aikataulussa. Jatkuva etätyö oli tästä huolimatta paikoin haasteellista ja jotkut projektin osat olisivat vaatineet tiiviimpää samassa tilassa työskentelyä, mutta tästä huolimatta pystyimme saavuttamaan halutut tavoitteemme.

Viimeinen opinnäytetyön ohjauskeskustelu pidettiin 15.2.2022, jolloin pystyimme näyttämään työelämätaholle opetusvideon ensimmäisen version. Ohjauskeskustelussa sovimme yhdessä työelämätahon kanssa videoon vielä tehtävistä muutoksista, jolloin saavutetaan haluttu lopputulos. Tehtävät muokkaukset olivat lopulta pieniä, joten tässä kohtaa työmme oli melko hyvällä mallilla. Raporttiin saimme hyvää palautetta ja kuinka vielä edistää sen luotettavuutta ennen opinnäytetyön palautusta.

5 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöprosessiin kuuluu työn eettisyyden ja luotettavuuden jatkuva arviointi koko prosessin ajan. Lisäksi olemme sitoutuneet noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia, jotka on laatinut opetus- ja kulttuuriministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Ohjeistus on ollut voimassa 1.3.2013 alkaen. Tämän lisäksi olemme tutustuneet Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiin suosituksiin ja opiskelijan muistilistaan, jota olemme myös noudattaneet (Arene ry 2020, 14).

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimusta tehtäessä noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta; kuten myös tutkimuksen tulosten arvioinnissa, tallentamisessa ja esittämisessä. Tiedonhankintamenetelmien on oltava eettisesti kestäviä. Muiden tutkijoiden työ, sekä saavutukset, otetaan asianmukaisesti huomioon käyttämällä tarkkoja lähdeviittauksia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Toiminnallisen opinnäytetyön osalta haluamme edelleen korostaa aiheeseen kattavan perehtymisen sekä lähdekritiikin tärkeyttä. Tämän opinnäytetyön tuotos, eli opetusvideo, perustuu kirjallisuushaun avulla muodostettuihin teoreettisiin lähtökohtiin. Käyttämällä selkeitä sisäänottokriteereitä ja hyväksymällä vain tuoreita sekä tieteellisesti päteviä julkaisuja; olemme voineet varmistaa, että opetusvideo pohjautuu luotettavaan ja yleisesti hyväksytyyn tutkittuun tietoon.

Opinnäytetyön luotettavuutta on voitu edelleen edistää monipuolisella parityökentelyllä. Koska kerättyä tutkimusaineistoa ja sen pohjalta tehtyjä ratkaisuja sekä johtopäätöksiä on tekemässä kaksi tutkijaa, voidaan välttää henkilökohtaisen taipumuksen tai ennakoasenteiden syntymistä (Moon 2019, 103). Tämän lisäksi olemme pyytäneet ja saaneet palautetta työstämme opponenteiltamme sekä ohjaavalta opettajaltamme. Objektivisen palautteen avulla olemme voineet tehdä työhön tarkennuksia ja tarvittavia lisäyksiä.

Opinnäytetyön aikana emme suorittaneet kyselytutkimuksia, haastatteluita tai käsitelleen henkilötietoja. Emme myöskään suorittaneet ihmiseen kohdistuvaa tutkimusta, joten eettistä ennakoarviointia ei ollut tarpeellista hakea ihmistieteiden eettiseltä toimikunnalta.

Tämän opinnäytetyön keskiössä on ISBAR-menetelmä. On kuitenkin tärkeä huomata, että kansainvälisissä tutkimuksissa ja lähdemateriaalissa puhutaan usein pelkästään SBAR-menetelmästä, mihin ISBAR-menetelmäkin perustuu. Rakenteeltaan nämä menetelmät ovat lähes identtisiä ja periaate on täysin sama. ISBAR-menetelmässä on haluttu korostaa esittäytymisen merkitystä, joten se on omana kohtanaan I = identify. SBAR-menetelmää käyttäen esittäydytään myös, mutta se on ajateltu osana S = situation -kohtaa. Tässä opinnäytetyössä on käytetty lähdemateriaalina myös tutkimuksia, joissa puhutaan ainoastaan SBAR-menetelmästä, koska SBAR- ja ISBAR-menetelmän välillä ei ole sellaista merkittävää eroa, että niitä ei voisi verrata toisiinsa.

5.2 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

SBAR- ja ISBAR-raportoinnista löytyy runsaasti vertaisarvioituja tutkimuksia erilaisista hoitoyksiköistä ja saadut tulokset ovat olleet potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden kannalta positiivisia. Tutkimustulokset, joissa potilasturvallisuudessa ei havaittu muutosta, tai se olisi heikentynyt, olivat selvästi vähemmistöä. SBAR-menetelmän tutkimista hankaloittaa kuitenkin se, että kun tutkimusta suoritetaan, niin myös tutkimuksen kohteena olevan henkilöstön tietoisuus asiasta usein kasvaa. Lopulta voi olla hankala eritellä mikä osa saaduista tuloksista on SBAR-menetelmästä johtuvaa ja mikä muista tekijöistä johtuvaa?

Tästä johtuen erityisen tärkeää on hoitoyksiköissä tapahtuva jatkuva seuranta sekä henkilöstön koulutus, jolla edistetään ja ylläpidetään rakenteellisen raportoinnin käyttöä. Koulutuksen tulisi alkaa jo ammatillisen koulutuksen ensimmäisinä vuosina ja opittuja taitoja tulee päästä harjoittelemaan, jotta niistä muodostuu opiskelijalle luonnollinen tapa toimia. Työelämän osuutta ei voi aliarvioida, koska opiskelijan on saatava harjoitella opittuja taitoja myös käytännössä ja hä-

nen tulisi saada siitä palautetta ohjaavalta sairaanhoitajalta ja opettajalta. Jos ISBAR-menetelmää ei käytetä opiskelijan harjoitteluyksikössä, tai sitä käytetään vain osittain tai summittaisesti, niin opiskelijan näkökulmasta oppiminen voi jäädä vajavaiseksi.

Jatkotutkimuksia pitäisi kohdentaa varsinkin ammatilliseen koulutukseen ja sairaanhoitajaopiskelijoihin, sekä siihen kuinka ISBAR-menetelmän käyttö sujuu heiltä ensimmäisinä työvuosina. Jos uusi sairaanhoitaja on omaksunut menetelmän ja käyttää sitä aktiivisesti osana ammattitaitoaan, on todennäköistä, että hän käyttää sitä jatkossakin koko uransa ajan.

5.3 Pohdinta

Opinnäytetyön tekeminen on pitkä prosessi ja kävimme läpi monta versiota esimerkiksi itse videosta. Ensin ajattelimme tehdä kokonaan näytellyn videon, mutta asiaa mietittyämme päädyimme siihen lopputulokseen, että näytelty video ei tuo lisäarvoa itse tuotokselle. Teimme lopulta animoidun videon, jossa on spiikkejä sekä tekstiä luettavaksi samaan aikaan, jotta asia tulisi mahdollisimman selkeästi esitettyä tarkoitettulle yleisölle eli tuleville sairaanhoitajille. Asian ydintiedon saa myös katsomalla pelkästään video-osuuden ilman ääntä, jos sitä mahdollisuutta esimerkiksi ei olisi.

ISBAR-menetelmä itsessään oli meille jo tuttu ennen opinnäytetyön aiheen valintaa, mutta rakenteellisen raportoinnin tärkeys potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden kannalta konkretisoitui vasta kun syvennyimme aiheeseen enemmän. Hyvän ja huonon raportoinnin vaikutukset voivat olla todella huomattavia potilaan kannalta, kuitenkin hoitajan näkökulmasta hyvän raportin antamiseen ei tarvitse käyttää mitenkään enemmän aikaa tai vaivaa. Päinvastoin selkeä rakenteellinen järjestelmä parhaimmillaan sujuvoittaa ja nopeuttaa raportin antoa. Nämä olivat tärkeitä oivalluksia myös meille, ja näiden tietojen avulla voimme nyt omalta osaltamme viedä tätä ISBAR-raportointimenetelmää käytäntöön tuleville työpaikoillemme, jossa tietenkin toivomme, että ISBAR-menetelmä on jo aktiivisesti käytössä.

Kokonaisuutena opinnäytetyön teko oli opettava kokemus ja harjaannutti varsinkin pitkäjänteisessä työskentelyssä, jossa työskentelyolosuhteet eivät kuitenkaan olleet täysin optimaaliset vallitsevan pandemiatilanteen takia. Haasteita nousi matkan varrella ja välillä työ ei edennyt halutusti, mutta näihinkin löytyi lopulta aina ratkaisut. Lopulta saimme työllemme sen laajuuden mitä tavoittelimme, vaikka aina olisi voinut tarkentaa jotain tiettyä asiaa enemmän, mutta halusimme pysyä selkeässä kokonaisuudessa, jonka keskiössä on ISBAR-menetelmä.

LÄHTEET

Achrekar, M.S., Murthy, V., Kanan, S., Shetty, R., Nair, M. & Khattry, N. 2016. Introduction of Situation, Background, Assessment, Recommendation into Nursing Practice: A Prospective Study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 3(1), 45-50.

Ailio, J. 2015. Vähän parempi video – opas laadukkaan videon suunnitteluun ja toteutukseen. Tampere: Juvenes Print Oy.

American Nurse Journal. 2016. Adding an I to SBAR: A new twist on communicating patient emergencies. Luettu 20.1.2022. <https://www.myamerican-nurse.com/adding-sbar-new-twist-communicating-patient-emergencies-2/>.

Arene ry. 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Luettu 5.5.2021. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTI-KORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTI-SET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>.

Burgess, A., Van Diggele, C., Roberts, C. & Mellis, C. 2020. Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*. 20(2). 1-8.

García-Vivar, C, Soto-Ruiz, N, Escalada-Hernández, P, Ferraz-Torres, M, Orzanco-Garralda, M, Martín-Rodríguez, L. 2022. Continuity of Care Challenges for Professional Nursing Practice. *Aquichan*. Vol 22 Nro 1 s.1-5.

Guo, P., Kim, J. & Rubin, R. 2014. How Video Production Affects Student Engagement: An Empiric Study of MOOC Videos. *Proceedings of the first ACM conference on learning @ scale conference*. 41-50.

Helsingin yliopisto. 2016. Opetusvideot. Luettu 29.12.2021. <https://blogs.helsinki.fi/opetusvideot/>.

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2019. Edistääkö SBAR-raportointimenetelmän käyttö potilasturvallisuutta?. *Hoitotyön tutkimussäätiö näyttövinkki 8/2019*. Luettu 7.10.2021. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/08/nayttovinkki8-2019.pdf>.

Kitney, P., Tam, R., Bramley, D. & Simons, K. 2020. Handover using ISBAR principles in two perioperative sites – A quality improvement project. *Journal of Perioperative Nursing*. 33(4), 38–45.

Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksenjälkeisen kivun hoito. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 131(20), 1921-1928.

Kuokkanen, A. 2019. Kuinka tehdä vaikuttavia opetusvideoita?. *Mediamaisteri*. Luettu 21.2.2022. <https://www.mediamaisteri.com/blog/kuinka-tehda-vaikuttavia-opetusvideoita>.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. 1-3.painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Maksimov, A. 2021. Potilaan valvonta anestesian jälkeen. Teoksessa Olkkola, K., Kiviluoma, K., Saari, T., Tallgren, M., Uusaro, A. & Yli-Hankala, A. (toim.) Anestesiologia, teho-, ensi- ja kivunhoito. 4. uud. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 382-393.

Moon, D. Michael. 2019. Triangulation: A Method to Increase Validity, Reliability, and Legitimation in Clinical Research. *Journal of Emergency Nursing*. 45(1), 103-105.

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, WE. & Stock, S. 2018. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2018;8:e022202. 1-10.

Noh, GO. & Kim, M. 2021. Effectiveness of assertiveness training, SBAR, and combined SBAR and assertiveness training for nursing students undergoing clinical training: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*. 103(104958). 1-8.

Park, L. J. 2020. Using the SBAR handover tool. *British Journal of Nursing*. 29(14), 812–813.

Raivio, R. 2017. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim*. 133(17), 1563–1569.

Roivas, M. & Karjalainen, A. L. 2013. Sosiaali- ja terveysalan viestintä. 1. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Seifert, P. C. 2012. Implementing AORN Recommended Practices for Transfer of Patient Care Information. *AORN Journal*. 96(5), 475–493.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja turvallisuusstrategia 2017-2021. Luettu 30.8.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3963-9>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Toimeenpanosuunnitelma. Luettu 30.8.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4133-5>.

Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. *Finnanest*. 48(4), 338-343.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Potilasturvallisuusopas. Luettu 1.11.2021. <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 2.5.2021. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Water Bear Learning. 2020. Tips For Choosing Background Music (For Instructional Videos). Luettu 17.1.2022. <https://waterbearlearning.com/choosing-video-background-music/>.

LIITTEET

Liite 1. Alustava käsikirjoitus

Aloitusotsikko	”Raportointi heräämöstä (ISBAR) ja raportin vastaanottaminen”
Väliotsikko	”ISBAR”
Kohtaus 1	Kerrotaan ISBAR -menetelmän rakenne lyhyesti ja ytimekkäästi. Kerrotaan menetelmän merkityksestä potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden näkökulmasta.
Väliotsikko	”Raportin antaminen ja vastaanottaminen”
Kohtaus 2	Käydään läpi raportin antamisen ja vastaanottamisen kannalta keskeisimmät asiat, jotka on otettava huomioon. Vastaanottajalla sekä antajalla on yhteinen vastuu, että raportinvaihdon tilanne on rauhallinen, ja molemmat osapuolet keskittyvät käsiteltävään asiaan. Raportin vastaanottaminen on yhtä lailla aktiivista toimintaa.
Väliotsikko	”Raportointi heräämöstä ISBAR-menetelmää käyttäen”
Kohtaus 3 -	Videoitu esimerkkutilanne, jossa heräämön anestesia-sairaanhoitaja antaa raportin heräämön potilaasta kirurgisen vuodeosaston sairaanhoitajalla, joka on tullut noutamaan potilasta.
Väliotsikko	”Yhteenveto”
Kohtaus x	Hyvin nopea yhteenveto vielä, mitä asioita osapuolien on pidettävä mielessä raporttia antaessaan tai sitä vastaanottaessaan. Kuten mm. selkeä äänenkäyttö, älä keskeytä ja kysy lopuksi.
Lopetus	Lopputekstit

Liite 2. Lopullinen käsikirjoitus

Kohtausluettelo

HH=Heräämöhoitaja

VOH=Vuodeosastonhoitaja

1. Lähtöasetelma

Potilas on leikattu ja hän on ollut heräämössä tarkkailtavana. Heräämöhoitaja on ilmoittanut vuodeosastolle, että potilas voidaan siirtää takaisin leikkauksen jälkeen osastolle. Vuodeosaston hoitaja saapuu hakemaan potilasta.

SPIIKKI 1

Raportoidessa käytetään rakenteellista ISBAR-menetelmää, jotta kaikki tärkeä ja tarpeellinen tieto saadaan eteenpäin hoitovastuun siirtyessä.

TEKSTIT RUUDULLA

Identify (Tunnista)

Situation (Tilanne)

Background (Tausta)

Assessment (Arvio)

Recommendations (Suositus)

2. Tietoisku (alkusysäys)

TEKSTIT RUUDULLA

Tiesitkö?

On arvioitu, että jopa 80 % vakavista hoitovirheistä liittyy tavalla tai toisella huonoon kommunikaatioon potilaan hoitovastuun siirtyessä.

3. Ennen raporttia huomioitava 1/2

SPIIKKI 2

Ennen kuin potilas voi siirtyä vuodeosastolle, on HH:n varmistettava vastaavalta anestesialääkäriltä, että potilas täyttää vuodeosastolle siirtymisen kriteerit. Samalla HH voi tarvittaessa konsultoida anestesialääkärinä mahdollisissa siirtoon liittyvissä asioissa.

TEKSTIT RUUDULLA

Heräämöstä siirtymisen kriteerit

- Potilas on tajuissaan
- Potilas on normaalilämpöinen
- Potilaan hemodynamiikka on vakaata
- Potilaan hengitys on rauhallista ja esteetöntä
- Hengityslaman riski on ohittunut
- Potilaan kipu ja pahoinvointi on hallinnassa

Lopullisen siirtokelpoisuuden päättää aina anestesialääkäri

4. Ennen raporttia huomioitava 2/2

SPIIKKI 3

Kun potilaan siirtokelpoisuus on varmistettu, ottaa HH yhteyttä vuodeosastolle ja ilmoittaa, että potilas on haettavissa. Viimeistään tässä vaiheessa HH vielä varmistaa, että hänellä on kaikki tarvittava valmiina potilaan siirtoa varten

TEKSTIT RUUDULLA

Sujuvan ISBAR-raportin edellytykset potilaan siirtyessä heräämöstä vuodeosastolle

- Molemmat hoitajat tuntevat ISBAR-menetelmän
- Heräämöhoitaja valmistautuu raportin antoon keräämällä kaikki tarvittavat tiedot etukäteen saataville, mukaan lukien potilaan mukaan lähtevät asiakirjat ja lomakkeet
- Raportin aikana ulkopuoliset häiriötekijät on minimoitava
- Jos jokin asia jää epäselväksi, on siitä kysyttävä raportin jälkeen
- Muistiinpanojen ottaminen voi helpottaa tiedon sisäistämistä, varsinkin haastavien potilastapausten yhteydessä

5. Heräämöhoitaja ottaa vuodeosaston hoitajan vastaan.

HH huomaa VOH tulevan heräämööseen ja tiedustelee, ketä hän on hakemassa. VOH kertoo potilaan nimen ja HH osoittaa oikean potilaan, ja he siirtyvät potilaan luokse raporttia varten

SPIIKKI 4

Vuodeosaston hoitajan tullessa heräämööseen HH selvittää ketä hän on hakemassa ja mihin osastolle. Raportti leikkauksesta annetaan potilaan vieressä. Potilas otetaan mahdollisuuksien mukaan raporttiin mukaan.

TEKSTIT RUUDULLA

Identify (Isbar)

Esittäydytään koko nimellä

Osoitetaan oikea potilas

Identifioidaan potilas (ranneke, suullinen tarkistus)

6. HH Kertoo leikkauksen kulun ja annetut lääkkeet salissa, että heräämössä.

SPIIKKI 5

HH kertoo mitä leikkauksen aikana on tapahtunut, annetut lääkkeet, nesteet sekä muut tapahtumat esimerkiksi sykkeen lasku ja miten se on korjattu leikkaussalissa.

TEKSTIT RUUDULLA

Situation (iSbar)

Kerrotaan, mitä leikkaussalissa ja heräämössä on tehty ja tapahtunut ja miten lääkkeet on annosteltu ja miksi. Mahdolliset komplikaatiot kerrotaan myös. Kerrotaan myös, miten potilas on heräämössä toipunut.

7. HH kertoo potilaan perussairaudet ja niihin liittyen erikoistarpeet esim. diabetes, verenpainetauti sekä lääkityksen.

SPIIKKI 6

HH kertoo potilaasta tarkemmin eli perussairaudet niiden lääkitys sekä muista hoitoon vaikuttavista asioista.

TEKSTIT RUUDULLA

Background (isBar)

Kerrotaan potilaasta tarkemmin

-perussairaudet

-lääkitys

-muut hoitoon vaikuttavat asiat

8. HH kertoo tarkemmin potilaan nykytilanteesta verenkierto, hapetus, tajunnantaso

SPIIKKI 7

HH kertoo potilaan vitaalit , tajunnantason ja muut huomioonotettavat asiat nykytilanteesta

TEKSTIT RUUDULLA

Assesment (isbAr)

Kerrotaan potilaan vitaalit ja nykytila, jotta vastaanottava hoitaja on heti kartalla siitä, mihin pitää kiinnittää huomiota. Leikkaushaavat voidaan tarkastaa visuaalisesti yhdessä, varsinkin jos niissä on mitään normaalista poikkeavaa

9. HH kertoo oman arvion tilanteesta ja miten edetään. VOH toistaa saamansa tiedot ja kysyy tarvittaessa, jos jotain jäi epäselväksi

SPIIKKI 8

HH kertoo oman arvion tilanteesta ja siitä, miten edetään. VOH toistaa raportissa saamansa tiedot ja kysyy jos jokin kohta vaatii tarkennusta tai jos jokin tarpeellinen tieto jäi saamatta.

TEKSTIT RUUDULLA

Recommendation (isbaR)

HH kertoo oman arvion jatkoista ja mihin kannattaa kiinnittää huomiota. VOH toistaa saamansa raportin tiedot sekä kysyy tarvittaessa, jos on epäselvää tai jokin tärkeä asia hoidon kannalta jää saamatta.

10. Huomioitavaa / muistettavaa**SPIIKKI 9**

Raportointitilanne on potilaan hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden kannalta kriittinen hetki, muista kiinnittää huomioita seuraaviin asioihin

TEKSTIT RUUDULLA

Muista ja huomioi mahdolliset vaaranpaikat!

- Kun raportoidaan jatkohoito-ohjeista tai toimenpiteistä, jotka ovat kesken tai tekemättä → Varmistu, että raportin vastaanottaja saa niistä tiedon, koska vastuu niiden hoitamisesta siirtyy vastaanottajalle
- Raportoi aina ISBAR-rakenteen mukaisessa järjestyksessä. Se helpottaa myös raportin vastaanottajan työtä
- Rauhoita tilanne ja ympäristö ennen raporttia. Pyydä tarvittaessa apua heräämön muilta hoitajilta.
- Jos raportinanto kuitenkin keskeytyy esim. hätätilanteen vuoksi, molempien osapuolten on varmistuttava mistä kohtaa raporttia jatketaan, vai aloitetaanko se alusta

11. Kertaus loppuksi**SPIIKKI 10**

Oikein toteutettuna rakenteellinen raportointi lisää potilasturvallisuutta. ISBAR onkin tärkeä työkalu hoitajalle kaikilla osastoilla käytettäväksi. Suomessa hoitotyön tutkimussäätiö suosittelee ISBAR-menetelmän käyttöä.

TEKSTIT RUUDULLA

Identify (Tunnista)

Situation (Tilanne)

Background (Tausta)

Assessment (Arvio)

Recommendations (Suositus)

Ota ISBAR-menetelmä osaksi omaa työskentelyäsi heti koulutuksen alusta alkaen, jolloin siitä tulee luonnollinen osa omaa ammatillista osaamistasi!