

Sanni Vuorinen

Moniammatillisen viestintäosaamisen kehittäminen teho- ja valvontahoitotyössä

Sairaanhoidaja ylempi (AMK)

Kajaanin ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan
koulutus ylempi (AMK)

Kevät 2020



KAJAANIN
AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiivistelmä

Tekijä(t): Vuorinen Sanni

Työn nimi: Moniammatillisen viestintäosaamisen kehittäminen teho- ja valvontahoitotyössä

Tutkintonimike: sairaanhoitaja ylempi (AMK), Sosiaali- ja terveysalan koulutus ylempi (AMK)

Asiasanat: viestintä, kommunikaatio, tiimityö, osaamisen kehittäminen, tehohoito, valvontahoito

Opinnäytetyön tavoite oli potilasturvallisuuden edistäminen teho- ja valvontaosastolla henkilökunnan viestintäosaamista kehittämällä akuuteissa potilaiden hoitotilanteissa. Kommunikaation puutteet moniammatillisten ryhmien välillä sekä niiden sisällä on todettu potilasturvallisuutta vaarantavaksi tekijäksi. Henkilökunnan viestintäosaamisen kehittäminen on keskeinen tekijä potilaiden hoidon laadun ja turvallisuuden kehittämiseksi.

Opinnäytetyön metodologiaksi valikoitui toimintatutkimus, koska sen keskeinen tarkoitus oli tuottaa tietoa käytännön kehittämiseksi. Ensimmäisen syklin tarkoitus oli kartoittaa aikaisempi tutkimustieto siitä, mikä on merkityksellistä potilasturvallisuutta edistävässä henkilökunnan välisessä kommunikaatiossa kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa. Kehittämiskysymys oli, mikä on merkityksellistä henkilökunnan välisessä potilasturvallisessa kommunikaatiossa kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa. Vastaus kysymykseen haettiin kirjallisuuskatsauksen avulla Cinahl ja Oula-Finna tietokannoista (N=9968, n=11). Aineisto analysoitiin induktiivisella aineistonanalyysillä ja tuloksena muodostui kaksi luokkaa: viestintästrategiat ja turvallisuuskulttuuria tukeva kommunikointi ja toimintatapa. Opinnäytetyön ohjausryhmässä kehitettäväksi teemaksi valittiin viestintästrategiat, koska se oli kehittämiskohde, jonka avulla henkilöstön viestintäosaamista arvioitiin olevan mahdollista kehittää.

Toisen syklin tarkoitus oli kartoittaa teho- ja valvontaosaston henkilökunnan välinen viestintäosaaminen kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa. Tutkimuskysymys oli, miten henkilökunta kommunikoi kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa. Nykytila kartoitettiin simuloidun potilastilanteen avulla. Aineistoa kerättiin havainnoimalla, kuvaamalla simulaatiotilanne ja nauhoittamalla simulaation reflektiokeskustelu. Aineistosta tehtiin induktiivinen sisällönanalyysi, jonka tuloksena muodostui kolme luokkaa. Luokat olivat yhteistyö ja toiminnan koordinointi, viestinnän selkeys sekä lääke- ja hoito-ohjeen määräystahtuma. Viestintäosaamisen nykytilassa havaittiin eroja verrattuna ensimmäisen syklin kirjallisuuskatsauksen tuloksiin, joten tarve henkilökunnan osaamisen kehittämiseksi oli selkeä.

Kolmannen syklin tarkoitus oli kehittää henkilökunnan viestintäosaamista akuutissa potilaan hoitotilanteessa. Tutkimuskysymys oli, miten henkilökunnan viestintäosaamista kehitetään simulaatiokoulutuksen avulla akuutissa potilaan hoitotilanteessa. Neljälle henkilökuntaan kuuluvalle pidettiin simulaatiokoulutus, jonka tavoitteena oli kaksisuuntaisen viestinnän, kohdennetun viestinnän, briefingin, call outin ja time outin käytön osaaminen potilaan hoitotilanteessa. Koulutukseen sisältyi kaksi simulaatioharjoitusta. Koulutuksen perustana käytettiin ensimmäisen syklin kirjallisuuskatsauksen tuloksia sekä toisessa syklissä selvitettyjä viestintästrategioita. Koulutusintervention tulokset olivat lupaavia. Osallistujat kokivat viestintäosaamisensa kehittyneen merkittävästi. Viestintä oli kohdennettua ja kaksisuuntaista, katsekontaktia käytettiin aiempaa enemmän ja viestinnän määrä lisääntyi potilaan hoitotilanteessa. Osallistujat kokivat käsityksensä viestinnän merkityksestä muuttuneen, ja viestintää pidettiin tärkeänä tiimissä toimiessa. Osaamisen vahvistamiselle koettiin olevan vielä tarvetta ja jatkossa simulaatioharjoituksia pitää olla kerralla kolme, kahden harjoituksen sijasta. Näin osaamista voidaan syventää jo ensimmäisessä koulutusinterventiossa.

Neljännän syklin tarkoituksena oli kuvata moniammatillisen viestintäosaamisen kehittämisen käyttöönottoprosessi teho- ja valvontahoidossa. Tutkimuskysymys oli, minkälainen on näyttöön perustuva viestintäosaamisen kehittämisen käyttöönottoprosessi teho- ja valvontaosastolla. Näytön käyttöönottoa varten tehtiin suunnitelma Ottawa-mallin mukaisesti, jota hyödyntämällä toiminta vakiinutettiin osaksi hoitohenkilöstön pysyviä viestintäkäytäntöjä. Mallin mukaisesti työyhteisössä arvioitiin näytön käyttöönottoa estävät ja edistävät tekijät. Estäviä tekijöistä sekä niiden ratkaisuehdotuksista tehtiin aineiston analyysi ja luokittelun tuloksena saatiin neljä estävää tekijää (osaaminen, toimintakulttuuri, muutoksenhallinta ja henkilöstöresurssit) ja yhdeksän ratkaisuehdotusta (työyhteisötaidot, tietotaidon kehittäminen, yhteistyö, osaamisen kehittäminen, vuorovaikutus, jaksamisen tukeminen, ilmapiiri, rekrytoinnin ja osaamisen vahvistaminen). Tekijät huomioitiin käyttöönottosuunnitelmassa lisäämällä tiedottamista ja yhteistä keskustelua työyhteisössä, sitouttamalla henkilökuntaa muutokseen ja luomalla sekä ylläpitämällä avointa ilmapiiriä.

Opinnäytetyön tavoitteeseen vastattiin kehittämällä koulutusmalli, jossa on huomioitu potilasturvallisuutta edistävät viestintästrategiat. Yhtenäistämällä toimintatapoja voidaan ehkäistä vaaratapahtumia ja edistää potilaiden laadukasta ja turvallista hoitoa. Operatiivisella tasolla viestintästrategioita käytetään päivittäin, strategioiden käyttöä arvioidaan säännöllisesti ja toimintaa kehitetään edelleen.

Jatkotutkimuskysymykset ovat 1) Miten työyhteisökulttuuria voidaan kehittää niin, että se tukee potilasturvallisen viestinnän toteutumista työyhteisössä? 2) Miten viestintästrategioiden käyttöönotto edistää potilasturvallisuutta teho- ja valvontaosastolla? Miten potilasturvallisuuden kehittämistä mitataan, ja mitä mittareita sen osoittamiseen voidaan käyttää? 3) Miten kehitettyä koulutusmallia voidaan soveltaa muiden erikoissairaanhoiton palvelujen yksiköissä henkilökunnan kouluttamiseksi?

Abstract

Author(s): Vuorinen Sanni

Title of the Publication: Development of interprofessional communication competence in intensive care

Degree Title: Master of Health Care

Keywords: communication, teamwork, competence development, intensive care

The objective of the Master's thesis was to promote patient safety in the intensive care unit by developing the communication competence of the staff in acute care. Lack of communication between and within multidisciplinary groups has been identified as a significant risk to patient safety. The development of staff communication competence is a key factor in improving the quality and safety of patient care.

Action research was chosen as the methodology of the thesis, because its main purpose is to produce information for practical development. The purpose of the first cycle was to designate previous research on what is relevant in interpersonal communication that promotes patient safety in the care of a critically ill patient. The development question was, what is relevant in patient-safe communication between staff in the care of a critically ill patient? The answer to the question was retrieved from the Cinahl and Oula-Finna databases with a literature review from 2009-2019 (N = 9968, n = 11). The data were analyzed by inductive data analysis and the analysis resulted in two categories: communication strategies and safety culture promoting communication and procedure. Communication strategies were chosen as the theme to be developed as it was a concrete development object with which it was assessed that it was possible to develop the staff's communication competence.

The purpose of the second cycle was to designate the communication skills between the staff of the intensive care unit in the care of a critically ill patient. The research question was how staff communicates' in the care of a critically ill patient. The present state was designated using a simulated patient situation. Data were collected by observing, filming the situation, and recording a reflection discussion of the simulation. The data were analyzed by inductive data analysis and the analysis resulted in three categories. The categories were cooperation and coordination of activities, clarity of communication, and a prescribing event for medication and treatment instructions. Differences were observed in the current state of communication competence compared to the results of the literature review and the need to develop staff competence was clear.

The purpose of the third cycle was to develop staff communication competence in an acute patient care. The research question was how to develop staff communication skills through simulation training in an acute patient care? Simulation training was provided to four staff members with the goal of using two-way communication, targeted communication, briefing, call out, and time out in a patient care situation. The training included two simulation exercises. The training was based on the results of the first cycle literature review and the communication strategies defined in the second cycle. The results of the training intervention were promising. Participants felt that their communication skills had developed significantly. Communication was targeted and two-way, eye contact was used more than before, and the amount of communication increased. Participants felt that their perceptions of the importance of communication had changed, and communication was seen as an important part of working in a team. There was still a need to strengthen competence and in the future there should be three simulation exercises at a time, instead of two. In this way, competence can be deepened already in the first training intervention.

The purpose of the fourth cycle was to describe the implementation process of the development of multidisciplinary communication skills in intensive care. The research question was, what is the evidence-based communication competence development implementation process in the intensive care unit? To implement evidence-based practice, a deployment plan was made using the Ottawa model to incorporate the practices into the staff's permanent communication customs. According to the model, the work community assessed the factors that prevent and promote the implementation of evidence-based practice. The data were analyzed by inductive data analysis and the analysis resulted in four categories that can prevent the implementation (competence, operating culture, change management and human resources) and nine proposals for solving the problems (work community skills, knowledge development, cooperation, competence development, interaction, coping support, atmosphere, recovery, atmosphere, strengthening). The factors were taken into account in the implementation plan by increasing information and joint discussion in the work community, engaging staff in change, and creating and maintaining an open atmosphere.

The objective of the thesis was responded by developing an educational model which includes communication strategies that promote patient safety. By harmonizing procedures, incidents can be prevented and high-quality and safe patient care can be promoted. At the operational level, communication strategies are used on a daily basis, the use of the strategies is regularly evaluated and operations are developed further.

The questions for further research are 1) How can the work community culture be developed so that it supports the implementation of patient-safe communication? 2) How has the implementation of communication strategies contributed patient safety in the intensive care unit? How is the development of patient safety measured and what indicators can be used to demonstrate it? 3) How can the developed training model be applied in other special health care units to train staff?

Alkusanat

Kaksi vuotta sitten tein ratkaisun lähteä opiskelemaan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Opiskelu on vaatinut aikaa, uhrauksia ja asioiden priorisointia, mutta kaikki on ollut sen arvoista. Aika on kulunut todella nopeasti, ja olen oppinut paljon kahden vuoden aikana. Vielä en tiedä, mikä on määränpääni, mutta tutkinnon avulla olen avannut monta uutta ovea, joista yhdestä vielä astun jonain päivänä johonkin uuteen.

Haluan kiittää Kainuun keskussairaalan teho- ja valvontaosaston johtoa ja työntekijöitä siitä, että mahdollistitte opinnäytetyöni toteutumisen käytännössä. Kiitos kuuluu myös opiskelutovereilleni kannustamisesta ja vertaistuen jakamisesta näiden kahden vuoden aikana, jotka yhdessä olemme kulkeneet samaan suuntaan. Opettajani Rauni ja Kirsi ovat olleet vaativia, osaavia luotseja, eikä ikinä ole tarvinnut epäillä, etteikö teiltä olisi saanut tukea ja neuvoja silloin, kun niille oli tarve. Suuri kiitos teille. Kuitenkin suurimman kiitoksen annan miehelleni Markolle, joka on tukenut minua koko ajan ja joka uskoo minuun silloinkin, kun itse en siihen pysty.

Sanni Vuorinen

Kajaanissa 7.5.2020

Sisällys

1	Johdanto.....	1
1.1	Potilasturvallisen viestinnän lähtökohdat	1
1.2	Osaamisen johtaminen	3
1.3	Opinnäytetyön metodologia	6
1.4	Opinnäytetyön projektiorganisaatio.....	8
1.6	Lähteet	11
2	Kirjallisuuskatsaus (1. sykli)	15
2.1	Johdanto (suunnittelu).....	15
2.2	Tutkimusten haku (toiminta).....	16
2.3	Aineiston analyysi (havainnointi).....	22
2.4	Tulokset.....	23
2.4.1	Turvallisuuskulttuuria tukeva kommunikointi ja toimintatapa	24
2.4.2	Viestintästrategiat.....	24
2.5	Johtopäätökset (reflektointi).....	27
2.6	Luotettavuus ja eettisyys.....	29
2.7	Lähteet	32
3	Viestintäosaamisen nykytila (2. sykli).....	37
3.1	Potilasturvallisuuteen vaikuttavat työskentelymenetelmät (suunnittelu) ..	37
3.2	Nykytilan analyysi (toiminta).....	40
3.3	Aineiston analyysi (havainnointi).....	44
3.4	Tulokset.....	45
3.4.1	Yhteistyö ja toiminnan koordinointi.....	46
3.4.2	Viestinnän selkeys	47
3.4.3	Lääke- ja hoito-ohjeen määräystapahtuma	47
3.5	Johtopäätökset (reflektointi).....	49
3.6	Lähteet	52
4	Moniammatillisen viestintäosaamisen kehittäminen (3. sykli)	57
4.1	Teoreettiset lähtökohdat (suunnittelu).....	57
4.1.1	Dialogisuus viestinnän välineenä	58
4.1.2	Simulaatio-opetus osaamisen kehittämisen menetelmänä	60
4.2	Simulaatiokoulutuksen suunnittelu (toiminta).....	62
4.3	Simulaatiokoulutuksen toteutus ja arviointi (havainnointi).....	65
4.4	Johtopäätökset (reflektointi).....	70
4.5	Lähteet	72

5	Käyttöönottosuunnitelma (4. sykli)	77
5.1	Näyttöön perustuva toiminta (suunnittelu).....	77
5.2	Käyttöönottoprosessi.....	78
5.3	Ottawa-malli (toiminta ja havainnointi)	81
5.3.1	Toimintaympäristön arviointi	83
5.3.2	Muutoksen määrittäminen	83
5.3.3	Käyttöönottoa edistävien ja estävien tekijöiden arviointi	84
5.3.4	Tiedonsiirtostrategian valinta ja seuranta.....	90
5.3.5	Käyttöönoton seuranta	90
5.3.6	Tulosten arviointi	91
5.4	Johtopäätökset (reflektointi).....	93
5.5	Lähteet	95
6	Johtopäätökset.....	98
6.1	Moniammatillisen viestintäosaamisen kehittämistä kuvaavat johtopäätökset ja jatkotutkimuskysymykset.....	98
6.2	Lähteet	103
7	Pohdinta	105
7.1	Luotettavuus.....	105
7.2	Eettisyys.....	108
7.3	Osaamisen johtamisen kehittyminen	110
7.4	Lähteet	115

Liitteet (8 kpl)

1 Johdanto

Suomessa on noin 16 000-17 000 tehohoitojaksoa vuosittain. Nämä potilaat ovat aina kriittisesti sairaita tai vakavasti vammautuneita. Osassa Suomen teho-osastoista hoidetaan myös valvontapotilaita, joiden hoito on vähemmän kajoavaa ja monitoroitua, kuin varsinaisella teho-osastolla. (Murola-Niemi, Jalonen, Juntila, Metsävainio & Pöyhiä 2012, 61.) Kainuun keskussairaalan teho- ja valvontaosastolla hoidetaan sekä teho- että valvontahoitoa tarvitsevia potilaita. Osastolla on neljä tehohoitopaikkaa, kymmenen valvontapaikkaa ja yksi eristyshuone. Osastolla työskentelee 47 sairaanhoitajaa ja kolme lähihoitajaa. Lisäksi osastolla työskentelee useita lääkäreitä, joista yksi on päätoiminen.

Opinnäytetyön tavoite on potilasturvallisuuden edistäminen teho- ja valvontaosastolla henkilökunnan viestintäosaamista kehittämällä akuuteissa potilaan hoitotilanteissa. Opinnäytetyön prosessi tuloksineen koskettaa koko teho- valvontaosaston hoitohenkilökuntaa.

1.1 Potilasturvallisen viestinnän lähtökohdat

Potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että hoito edistää ihmisen kokonaisterveyttä sekä hyvinvointia ja potilas ei koe tarpeetonta haittaa saadun hoidon seurauksena. Potilasturvallisuus määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon ympäristössä henkilöstön ja organisaation toiminnoiksi ja normeiksi, joiden tavoite on turvata palvelujen ja hoidon turvallisuus sekä varjella potilaita haittatapahtumilta. (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021 2017, 25.)

On arvioitu, että jopa 70 prosenttia terveydenhuollon haittatapahtumista johtuu inhimillisistä tekijöistä. Kommunikaation puutteet moniammatillisten ryhmien välillä sekä niiden sisällä on todettu huomattavaksi potilasturvallisuutta vaarantavaksi tekijäksi. (Saaranen, Pääkkönen, Vaajoki, Aura & Tossavainen 2012, 28.) Terveydenhuollossa tapahtuvat virheet ovat merkittävä uhka sairaalapotilaiden hoidon onnistumiselle. Joka kymmenes potilas kärsii haittatapahtumasta ja joka sadas potilas saa vakavan haitan. Yhdellä potilaalla tuhannesta haittaa tai virhettä seuraa kuolema. (Saaranen ym. 2012, 28; Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma n.d., 8.) Nämä samat luvut pitävät paikkansa myös suhteutettuna suomalaiseen väestöön ja tutkimusten mukaan haittatapahtumista johtuvia kuolemia suomessa on vuosittain 700-1700 (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma n.d., 4). Vuonna

2018 Suomessa tehtiin 8522 potilasvahinkoilmoitusta ja vuosittain vahingoista maksettavat korvaukset ovat noin 40 miljoonaa euroa (Potilasvakuutuskeskukselle ilmoitetut tapaukset ratkaisuvuosittain vuosilta 2013–2018 2018, 4, 13).

Vahinko- ja vaaratilanteita voidaan vähentää ennakoimalla niitä ja parantamalla laatua riskienhallinnan avulla. Riskit otetaan huomioon sekä käytännön työssä, että organisaation strategisessa suunnittelussa. Strategisella tasolla tarkastellaan laadun varmistamista, palvelujen tarvetta ja saatavuutta pitkällä aikavälillä. Turvallisuusriskejä voidaan vähentää rakenteiden, prosessien ja informaation kulun jatkuvalla kehittämisellä. Operatiivisten riskien hallinta on osa päivittäistä toiminnan arviointia, seuranta ja kehittämistä. (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021 2017, 14-15.) Virheet ja erehdykset maksavat terveydenhuollolle noin miljardi euroa vuosittain ja vähintään puolet niistä olisi estettävissä vaara- ja haittatapahtumista oppimalla, riskejä ennakoimalla, toiminnan järjestelmällisellä johtamisella ja seurannalla sekä koulutuksen ja tutkimusten avulla. Myös työturvallisuuslaki (738/2002) velvoittaa työnantajan kartoittamaan erilaiset vaara- ja haittatekijät työympäristössä. (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma n.d., 4, 9-10.)

Työtapoja tulee muuttaa niin, että riskejä ja vaaratilanteita tunnistetaan ennakoimalla ja niin, että potilaalle ei synny haittaa (Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma n.d., 9). Tiedonhallinnan vaaratapahtumat ovat yksi yksittäinen tekijä, joka vaikuttaa haittatapahtumien kehittymiseen, joten potilasturvallisuuden parantamiseksi on oleellista kehittää tiedonhallintaa (Jylhä 2017, 7). Terveystieteiden haastavien tapahtumien yksi tärkein syy on kommunikointivirheet. Havainnoiduista haittatapahtumista jopa 65%:iin liittyy tiedonkulun ongelmat. (Tamminen & Metsävainio 2015, 338; Helovuori 2012, 88; Volmanen & Alahuhta 2015, 335.) Potilaiden hoitoon osallistuu useita eri ammattiryhmien edustajia ja terveydenhuollon järjestelmät ovat muuttuneet aiempaa monimutkaisemmiksi. Johdon tuella, suunnitelmallisella koulutuksella ja seurannalla on käyttöönoton onnistumiseksi suuri merkitys, niin kuin kaikessa potilasturvallisuuden parantamiseen tähtäävässä toiminnassa. (Tamminen & Metsävainio 2015, 338-342.)

Viestintään ja kommunikaatioon liittyviä asioita on pitkään pidetty pehmeinä asioina ja ei niin tieteellisinä asioina tehohoidonkaan ympäristössä. Ei-tekniisiä taitoja on tutkittu ja ymmärretty niiden liittyvän vahvasti potilasturvallisuuteen. Ei-tekniisiä taitoja ovat tiedolliset ja sosiaaliset taidot, kuten kommunikaatio ja aktiivinen kuunteleminen. Ne ovat taitoja, joilla täydennetään teknistä ammatillista osaamista, ja niillä on vaikutusta työn turvalliseen tekemiseen. Haittatapahtumat johtuvat useimmiten juuri näiden ei-tekniisten taitojen puutteista verrattuna tekniisten taitojen hallinnan heikkouteen. Näistä ei-tekniisistä taidoista

kommunikaatio on tärkein menetelmä yhteistyöhön perustuvan potilasturvallisuuden hallinnassa. (Hautamäki 2014, 116; Kemper, Bruijne, van Dyck & Wagner 2011, 1.) Potilasturvallisuuden vaarantuminen johtuu useammin ei-teknisten taitojen puutteesta, kuin teknisen osaamisen heikkoudesta.

WHO on myös korostanut ei-teknisten taitojen opetussisältöjen merkitystä potilasturvallisuudessa ja terveydenhuollon henkilöstön ymmärrystä niistä. Perinteisesti on ajateltu, että ihmisen ollessa tarpeeksi tunnollinen, ahkera ja huolellinen, voidaan välttyä virheiltä. Tämän kaltainen asennoituminen voi olla haitallista. Terveydenhuollon merkittävimmät haittatapahtumien aiheuttajat ovat ihmiset ja korkean riskin aloilla, kuten terveydenhuollossa, inhimillisillä tekijöillä voi olla vakavia ja joskus potilaan kuolemaan johtavia seurauksia. Näitä asioita voidaan kuitenkin kehittää tunnistamalla virheen mahdollisuus ja kehittämällä järjestelmiä ja strategioita virheistä oppimiseksi sekä niiden ehkäisemiseksi. (Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition 2011, 112.)

1.2 Osaamisen johtaminen

Englanninkielinen osaamisen johtamisen käsite knowledge management on merkitykseltään moniulotteinen. Osaamisen johtaminen on alun perin ollut tiedon hallintaan ja välineiden kehittelyyn liittyvää toimintaa, mutta nykyään sillä käsitetään osaamista aikaisempaa laajemmassa kontekstissa. (Moisanen 2018, 64; Hyrkäs 2009, 16.) Yhteistä kaikille osaamisen johtamisen määritelmille on pyrkimys hyödyntää ja edistää organisaation ihmisten osaamista sekä luoda uutta osaamista (Hyrkäs 2009, 16). Osaamisen johtaminen on osaamisen ylläpitoa ja edistämistä niin, että organisaation strateginen päämäärä on mahdollista saavuttaa (Viitala 2002, 159; Moisanen 2018, 63). Se sisältää kaiken tarkoituksellisen toiminnan, jolla tähdätään organisaation strategian edellyttämään osaamisen kehittämiseen, uudistamiseen ja hankintaan. Käsite viittaa koko johtamisen järjestelmään, jonka ohjaamana kaikki edellä mainittu tapahtuu. (Viitala 2013, 170.) Osaamisen johtamisen tulosten tulisi ilmetä aikaisempaa kehittyneempinä tapoina työskennellä, laadukkaina tuotteina ja palveluina, innovaatioina ja viimein parempana taloudellisena tuloksena (Viitala 2002, 15; Viitala 2013, 170).

Osaamisen johtamisen tausta-ajatuksena voidaan pitää oppiva organisaatio -käsitettä. Kaikissa organisaatioissa tapahtuu oppimista, mutta tarkasteltaessa oppivaa organisaatiota käsitteenä, se tarkoittaa ihmisten osaamisen jatkuvaa kehittämistä, jotta halutut tu-

lokset voidaan saavuttaa. (Viitala 2002, 16; Moisanen 2018, 69.) Oppivassa organisaatiossa kyetään tunnistamaan osaamisen kehittämisen tarpeet ja pystytään uudistamaan osaamistaan sekä hyödyntämään sitä (Viitala 2013, 170; Moisanen 2018, 69). Oppivassa organisaatiossa edistetään henkilökunnan kykyä omaan kehittymiseen ja oppimiseen niin, että sillä on vaikutusta organisaation strategiseen kehitykseen (Viitala 2002, 16).

Keskeisessä roolissa henkilöstön osaamisen kehittämisessä ja sen varmistamisessa on laadukas johtaminen, henkilöstön ja lähijohtajien yhteistyö sekä yhteiset toimintatavat työpaikalla (Puttonen, Hasu & Pahkin 2016, 4, 26; Hasu 2017). Uudistumisessa on keskeistä uuden oppiminen, vanhan poisoppiminen, uusien ajattelu- ja toimintatapojen oppiminen sekä rakenteiden uudistaminen. Johtamisella on keskeinen rooli käytettävissä olevan kyvykkyyden esiin saamisessa. (Syvänen, Tikkamäki, Loppela, Tappura, Kasvio & Toikko 2015, 9; Hyrkäs 2009, 80-81.) Jotta työyhteisön vakiintuneita ja itsestään selvinä pidettyjä ajattelu- ja menettelytapoja voidaan muuttaa, täytyy niitä tutkia ja kyseenalaistaa. Toimintatapojen muuttamiseksi tarvitaan luovuutta ja ongelmanratkaisua sekä toiminnan vakiinnuttamiseksi pitkäjänteistä kehittämistyötä. Toimintatutkimuksen näkökulmasta uudistaminen tapahtuu tutkivalla ja osallistavalla työotteella, jolloin toiminnan kehittämiselle annetaan kollektiivinen merkitys. (Syvänen ym. 2015, 9, 39.) Yhteistyössä tapahtuva uuden oppiminen tuottaa myös laadullista hyötyä, kun uuden asian äärellä on joukko ihmisiä, joilla on käytettävissä tietoa ja ratkaisuvaihtoehtoja (Viitala 2013, 176).

Organisaatiossa osaaminen muodostuu tämänhetkisten ja tulevien työntekijöiden olemassa olevista ja potentiaalisesta kyvykkyydestä. Osaaminen voidaan määrittellä usealla eri tavalla. Osaamista tarkoittavat käsitteet eivät ole jäsentyneitä ja eri käsitteillä voidaan tarkoittaa osittain samoja asioita. Toisaalta yhdellä käsitteellä voi olla myös eri merkityksiä osaamisen määrittelyssä. (Moisanen 2018, 47.) Esimerkiksi Sydänmaalakan (2009, 150) mukaan osaaminen on tietoa, taitoa, asennetta, kokemusta ja kontakteja. Paloniemen (2004, 20) mukaan osaamisella käsitetään tietoa, taitoa ja asennetta, jonka mukaisesti osaaminen määritetään myös tässä opinnäytetyössä.

Osaamisen kehittämisessä on keskeistä määrittää, miten kaikki osaaminen kyetään organisoimaan organisaation perustehtävän ja strategian toteutumiseksi parhaalla mahdollisella tavalla. (Puttonen ym. 2016, 26; Viitala 2013, 179; Hyppänen 2013, 107, 110.) Yksittäisten ihmisten osaaminen tulee liittää organisaation strategiaan, jotta osaamisen kehittäminen tukee organisaation toimintaa muuttuvassa yhteiskunnassa. Yksilön osaaminen on organisaation kannatteleva voimavara, jonka avulla toimintamallit, prosessit ja kaikki muu toiminta kehittyvät. (Viitala 2013, 107, 179; Hyppänen 2013, 107, 110.) Muu-

toksesta on tullut pysyvää, mikä edellyttää työntekijöiltä jatkuvaa uuden oppimista, uudistumista ja sopeutumista muutoksiin. Osaaminen vanhenee ja organisaation ainoa menettelmä pysyä kilpailukykyisenä on kyky oppia ja omaksua uutta sekä mukautua uusiin työtapoihin, taitoihin ja tietoon. (Kauhanen 2012, 143; Syvänen ym. 2015, 143; Hasu 2017.)

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon (Kainuun soten) yhtenä perustehtävänä on toteuttaa väestön tarvitsemat palvelut yhdenvertaisesti, laadukkaasti sekä potilas- ja asiakasturvallisesti. Kainuun sotessa on käytössä laadunhallintajärjestelmä, jonka kokonaisuus on linjassa organisaation arvojen, vision ja strategian kanssa. Järjestelmä muodostaa kokonaisuuden, jonka tavoitteena on laadun ja potilasturvallisuuden jatkuva kehittäminen. Sen tavoitteena on muodostaa toimintakulttuuri, jossa on määritellyt toimintatavat laadun ja potilasturvallisuuden kehittämiseksi ja ylläpitämiseksi. (Laatukäsikirja 2018, 3, 5, 12.) Teho- ja valvontaosaston strategian yhtenä tavoitteena on potilasturvallinen hoito ja ammattitaitoinen henkilökunta (BSC teho- ja valvontaosasto 2020 2019). Laki velvoittaa, että hoidon tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua (L 1326/2010).

Sosiaali- ja terveysministeriön potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia linjaa, että potilasta ja asiakasturvallisuuden sekä laadun edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuuta. Palveluidentuottajien vastuuseen kuuluu myös, että potilas- ja asiakasturvallisuus varmistetaan käytännössä. Vaikka terveydenhuollon henkilökunta on ammattitaitoista, ei vaaratapahtumilta voida välttyä ilman kokonaisvaltaista ja resursoitua laadun ja turvallisuuden hallintaa. Toiminnalla on myös kustannusvaikuttavuutta, kun inhimillistä kärsimystä aiheuttavia tapahtumia voidaan vähentää. (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021 2017, 12.) Turvallisen ja laadukkaan hoidon toteutumisen edellytykset ovat yhtenäiset näyttöön perustuvat hoitokäytännöt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos seuraa ja arvioi niiden toteutumista kunnissa ja kuntayhtymissä. Myös kunnan ja sairaanhoitopiirin on itse toteutettava seuranta yhtenäisten toimintatapojen toteutumiseksi. (L1326/2010; Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 71.)

Opinnäytetyön aiheeksi valikoitui potilasturvallisuuden edistäminen Kainuun keskussairaalan teho- ja valvontaosaston henkilökunnan viestintäosaamista kehittämällä akuuteissa potilaan hoitotilanteissa. Tällä hetkellä käytössä ei ole sovittua tai ennalta suunniteltua strukturoitua tapaa kommunikoida tilanteissa, joissa potilaan hoidon on oltava nopeaa, tehokasta ja sujuvaa. Potilaan ollessa hengenvaarassa tai tilanteen muuten vaatiessa kiireellistä hoitoa moniammatillisen tiimin tulee toimia oikea-aikaisesti ja koordinoitusti (Hautamäki 2014, 116). Virheet tai puutteet kommunikaatiossa moniammatillisissa ryhmissä on tutkitusti todettu potilasturvallisuutta merkittävästi vaarantavaksi tekijäksi (Saaranen ym. 2012, 28). Tehohoito on lisäksi tyypillisesti kuormittavaa ja työ on

monimutkaista. Tilanteet ovat usein stressaavia ja niissä vaaditaan nopeaa päätöksentekoa. Tapahtuneet virheet voivat vaikuttaa potilaan ennusteeseen ratkaisevasti. (Hautamäki 2014, 116.) Tiedonkulkuun liittyviä haittatapahtumailmoituksia oli teho- ja valvontaosastolla vuonna 2019 41 kappaletta. Vuonna 2018 niitä oli 26. Ilmoitusten määrän ja niiden lisääntymisen vuoksi yhdeksi osaamisen kehittämisen kohteeksi vuonna 2020 on valittu viestintäosaamisen kehittäminen. (Saarenpää 2020.)

1.3 Opinnäytetyön metodologia

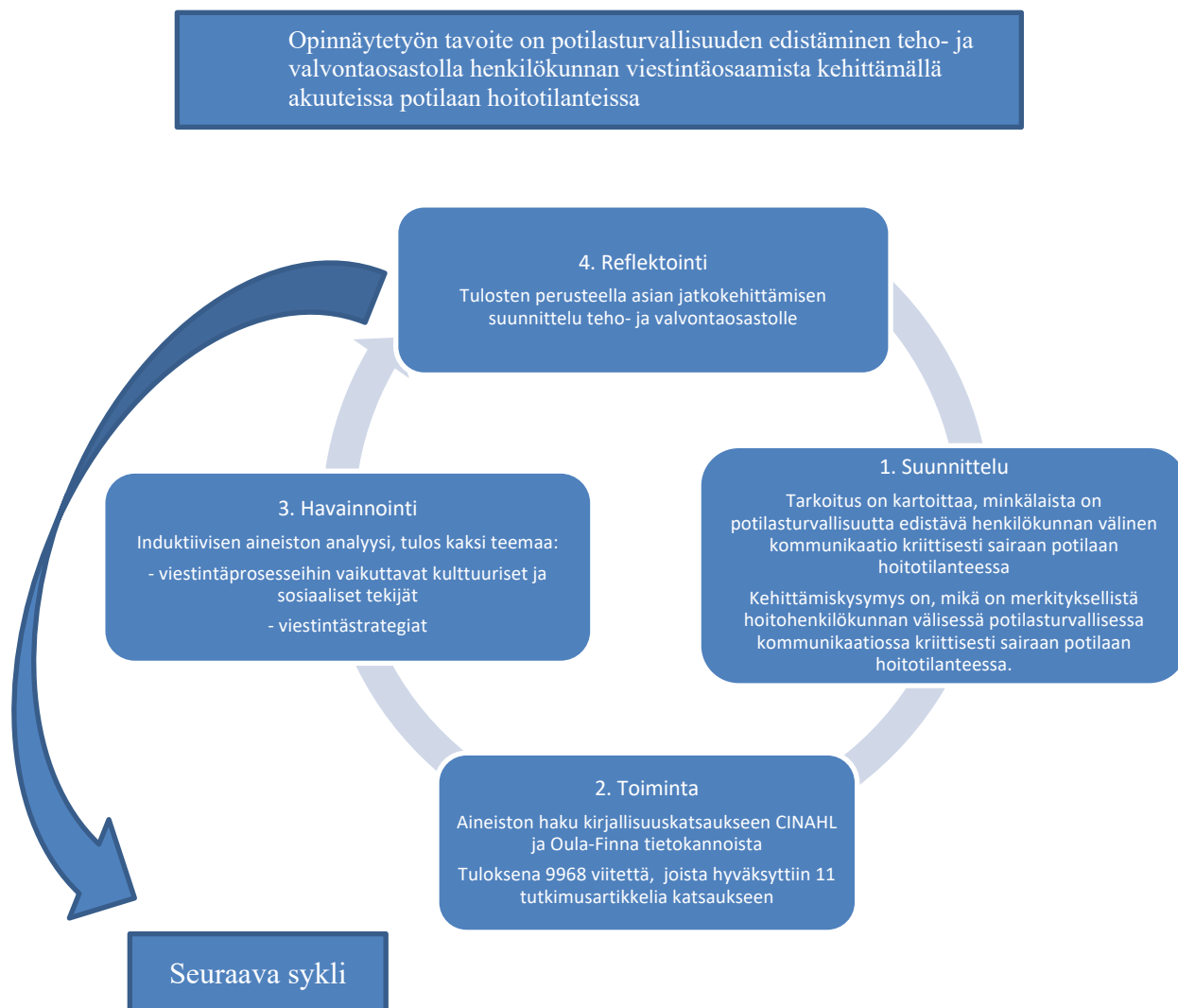
Opinnäytetyön metodologiaksi valikoitui toimintatutkimus, koska sen keskeinen tarkoitus on tuottaa tietoa käytännön kehittämiseksi. Tässä opinnäytetyössä se näkyy viestinnän kehittämisenä konkreettisesti käytännön potilashoitotyössä. Toimintatutkimuksen kohteena on erityisesti ihmisen sosiaalinen- ja vuorovaikutukseen perustuva toiminta ja sen vuoksi se soveltuu juuri tämän teeman kehittämiseen. (Heikkinen 2008, 18.) Teho- ja valvontahoitotyö on ennen kaikkea vuorovaikutukseen perustuvaa tiimityötä. Tiimityö on mahdotonta ilman viestintää ja suurin osa potilasturvallisuutta edistävästä käytännöistä sisältää kommunikaatiota. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 189.)

Termiä "action reseach" käytti ensimmäisen kerran saksalaisamerikkalainen sosiaalipsykologi Lewin 1940-luvulla. Hän käytti termiä kirjoituksissaan ja loi sen perusideat. (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 26.) Hän kehitti metodeja, joilla voitiin auttaa ihmisiä muuttamaan heidän toimintaansa sosiaalisissa konteksteissa. (Bruce & Wyman 1998, 9). Lewin kehitti psykologisia kenttäkokeita, joissa ihmisten käyttäytymistä tutkittiin luonnollisessa ympäristössä. Hän halusi toteuttaa tutkimusta ihmisten arjessa ja yhteisöissä, ei pelkästään laboratorioissa. Tämä siirtymä oli tärkeä vaihe toimintatutkimuksen historiassa. Lewinin ajatukset yhdistää tutkimusta, teoriaa, käytäntöä sekä toimintaa ovat luoneet vankan perustan toimintatutkimuksen kehittymiselle. (Heikkinen 2008, 23-26; Bruce & Wyman 1998, 13-14.) Toimintatutkimus metodologiana jatkaa yhä muotoutumistaan – väistämättä, niin kuin kaikki muutkin asiat tieteessä. (Heikkinen 2008, 23-26.)

Toimintatutkimuksessa kehittämistoiminnan ja tutkimuksen välinen suhde ilmenee samanaikaisena tutkitun tiedon tuottamisena ja käytännön muutosten aikaansaamisena (Toikko & Rantanen 2009, 19; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 37). Opinnäytetyötä kehitetään yhdessä työelämän edustajien kanssa, ja sen kehityskulku rakentuu olennaisesti käytännön ehdoilla. Kehitystyöhön mukaan otettava ryhmä siis osallistuu vahvasti oman toimintansa kehittämiseen ja tätä kautta heitä myös sitoutetaan muutokseen. (Bruce

& Wyman 1998, 13; Ojasalo ym. 2015, 37; Heikkinen 2008, 20.) Myös tutkija itse on toimintatutkimuksessa aktiivinen toimija ja vaikuttaja, vaikka yleensä tutkijan tulee tutkimuksessa olla objektiivinen ja seurata tapahtumia ulkopuolisen näkökulmasta. Tutkija pyrkii käynnistämään muutoksen ja ohjaa muita toimijoita aktiiviseen rooliin. (Heikkinen 2008, 20; Bruce & Wyman 1998, 13.) Toimintatutkimus liittyy siis keskeisesti käytännön työelämän ongelmien tiedostamiseen ja sitä kautta ratkaisujen etsimiseen tai ongelmien poistamiseen. (Bruce & Wyman 1998, 13; Kananen 2014, 11.) Tutkijalle myös omat havainnot ovat merkityksellistä tutkimusaineistoa muun aineiston lisäksi, jolloin tutkijan ymmärrys tutkittavasta aiheesta kehittyy vähitellen. Tätä nimitetään hermeneuttiseksi kehäksi ja toimintatutkimusta pidetäänkin hermeneuttisena prosessina. (Heikkinen 2008, 20.)

Toimintatutkimus on prosessimainen tiedon tuottamisen tapa. Tätä prosessia ei useinkaan voida suunnitella tarkkaan ennalta, vaan prosessi ja sen aikaiset havainnot ohjaavat tutkimuksen etenemistä (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2010, 78.) Toikko ja Rantanen (2009, 31) kuvaavat toimintatutkimusta mahdollisesti tärkeimpänä tutkimuksen ja kehittämistoiminnan risteyspaikkana. Perinteinen tutkimus ja sen tulokset jäävät usein teoreettiselle tasolle ja ongelma kyetään tunnistamaan, mutta sen suhteen ei aleta toimenpiteisiin tai ne jäävä kokeiluasteelle. Toimintatutkimuksessa tutkimus viedään toiminnan asteelle. Tutkimus, toiminta ja muutos tapahtuvat yhtäaikaaisesti. Toimintatutkimusta kuvataan spiraalimaiseksi sykleittäin eteneväksi prosessiksi. Yksi sykli sisältää neljä vaihetta; suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin ja reflektoinnin. Sykliin sisältyy aina tutkimus. Siitä, mihin edellisessä syklissä päästään, seuraava sykli jatkaa tai vaihtoehtoisesti seuraavan syklin teemana on uusi havaittu ongelma tai sen poistaminen. (Kananen 2014, 12, 15-16.) Mallin tästä spiraalista loi Lewin ja myöhemmin monet tutkijat ovat kehittäneet sitä eteenpäin. Malli kuvaa tutkimusprosessia pelkistetyksi. Käytännössä vaiheet ovat päällekkäisiä, eikä niitä voida täysin erottaa toisistaan. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2010, 80) Kuvassa 1. on kuvattu tämän opinnäytetyön ensimmäinen sykli metodologian mukaisesti.



Kuva 1. Toimintatutkimuksen soveltaminen, opinnäytetyön ensimmäinen sykli

Toimintaa siis kehitetään useiden toisiaan seuraavien syklien avulla ja näin muodostuu kokeilujen ja tutkimuksen vuorovaikutuksena etenevä spiraali (Heikkinen 2008, 19).

1.4 Opinnäytetyön projektiorganisaatio

Sana projekti tulee latinan kielen sanasta proicere ja se tarkoittaa kirjaimellisesti heittämistä eteenpäin tai ojentamista (Rissanen 2002, 14). Projekti voidaan määritellä tiettyyn tavoitteeseen pyrkivänä, harkittuna ja suunnitelmallisena hankkeena, jolla on rajattu aikataulu, resurssit ja oma projektiorganisaatio. Sille on yleensä määritelty myös tilaaja, käytettävissä olevat resurssit, toimenpidesuunnitelma sekä tavoite. (Vuorinen 2019, 9; Rissanen 2002, 14; Lööv 2002, 17.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa projektinhallinnasta on

tullut yhä tärkeämpi menestystekijä (Ruuska 2006, 9). Organisaatioille projektit ovat mahdollisuus reagoida ympäristön muutoksiin, joiden avulla voidaan edistää kehittämistoimintaa. Projekti toimii välineenä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi ja projektin päämäärä on tuottaa lisäarvoa toiminnalle. (Vuorinen 2019, 9; Ruuska 2006, 9; Löow 2002, 15-16.) Hyvin toteutetulla projektilla voidaan hallita yksittäisten kehittämistehtävien läpiviientä sekä suunnata koko organisaation toimintaa ja voimavaroja aikaisempaa kehittyneempään suuntaan. (Ruuska 2006, 9, 11.)

Opinnäytetyön tilaus tuli Kainuun keskussairaalan akuuttipalvelujen vastuualueen johtajalta. Opinnäytetyö toteutettiin projektimuotoisena, jota varten perustettiin projekti- ja ohjausryhmä. Projekti- ja ohjausryhmän tarkoituksena oli toteuttaa kehitystehtävälle asetetut tavoitteet. Projektiorganisaatioon oli merkityksellistä koota ihmisiä, joilla oli kyky tehdä päätöksiä ja osallistua aktiivisesti toiminnan kehittämiseen (Löow 2002, 76). Organisaatio perustettiin marraskuun 2019 aikana, jolloin ensimmäinen projektiryhmän kokous järjestettiin. Opinnäytetyön tavoitteiden saavuttamiseksi projektiorganisaatioon valittiin joukko tehohoidon asiantuntijoita. Organisaatio koostui hoitotyön, hoitotyön lähijohtamisen ja lääketieteellisen johtamisen asiantuntijoista, joiden kaikkien osaamista on kehitystyön mahdollistamiseksi hyödynnetty.

Vastuu opinnäytetyön johtamisesta ja asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta oli projektipäälliköllä eli opinnäytetyön tekijällä. Johtaminen perustui asiantuntijoiden tekemään yhteistyöhön, itsenäiseen päätöksentekoon ja ryhmätyöskentelyyn. Kaavamainen johtamistapa ei toimi projektissa, vaan projektin toiminnallinen luonne edellyttää johtamiselta mukautumista. Projektipäällikön tehtäviin kuului projektin päivittäinen johtaminen, suunnittelu, valvonta ja projektin toteutusvastuun jakaminen projektiryhmälle (Kettunen 2009, 34; Ruuska 87-88, 143). Opinnäytetyö oli kestoaltaan lyhytaikainen, joten projektipäällikkö osallistui myös itse kehittämisaiheen toteutusprosessiin. Projektipäällikkö toimi projektissa integraattorina, joka vastasi opinnäytetyön prosessin etenemisestä käytännössä ja huolehti tilaajan sekä sidosryhmiin kuuluvien ajan tasalla pitämisestä ja heidän osaamisensa hyödyntämisestä tavoitteen suuntaisesti. (ks. Ruuska 1999, 87-88, 143.)

Ylin päätöselin projektissa oli ohjausryhmä, jonka vastuulla oli ohjata projektia oikeaan suuntaan ja tehdä päätökset keskeisistä tulostavoitteista sekä mahdollisista muutoksista. (Ruuska 2006, 25-26; Löow, 29-30.) Ohjausryhmään kuuluivat akuuttihoitajan vastuualuepäällikkö, teho- ja valvontaosaston osastonhoitaja, ohjaava opettaja, opiskelija vertainen ja opinnäytetyön tekijä. Projektin tarkoituksen ja tavoitteiden saavuttamisesta vastasi projektiryhmä, johon kuului teho- ja valvontaosaston osastonhoitaja, hoitotyöntekijöitä

ja projektipäällikkö. Projektiryhmäläiset ovat toimineet muutosagentteina, joiden tehtävänä on ollut uuden tiedon levittäminen työyksikössä. Ryhmän tehtäviin kuului lisäksi simulaatioharjoitusten järjestämistä tukevia tehtäviä, kuten suunnittelutyötä ja käytännön toteutukseen järjestämistä. Projektiryhmä osallistui lisäksi käyttöönottosuunnitelman tekemiseen erityisesti kehitystä estävien ja edistävien tekijöiden osalta. Projektiorganisaatio on esitetty kuvassa 2.



Kuva 2. Projektiorganisaation kuvaus

Kehitystyön mahdollistamiseen osallistui myös muita osaston työntekijöitä. He osallistui-
vat järjestettyihin simulaatioihin toimijoina ja mahdollistivat nykytilan analyysin ja ensim-
mäisen koulutusintervention tekemisen.

1.6 Lähteet

- BSC teho- ja valvontaosasto 2020. 2019. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Kajaani. Viitattu 27.3.2020 www.kainuu.fi
- Bruce, R. & Wyman, S. 1998. Changing Organizations. Practicing Action Training and Research. California: Sage Publications.
- Hasu, M. 2017. Henkilöstön osaaminen on yrityksen kilpailuetu. Työterveyslaitos. Viitattu 29.2.2020 <https://www.ttl.fi/blogi/henkiloston-osaaminen-on-yrityksen-kilpailuetu/>
- Hautamäki, R. 2014. Kommunikointi ja vaaratapahtumat. Tehohoito 32 (2), 116–119.
- Heikkinen, H. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä. 2008. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 18-20.
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2010. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.). Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 78-93.
- Heikkinen, H. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa H. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.). Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: PS-viestintä Oy, 25-63.
- Helovuuo, A. 2012. Potilasturvallisuus edellyttää viestintää. Sairaanhoidaja 85 (2), 87-88.
- Helovuuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.
- Hyppänen, R. 2013. Esimiesosaaminen. Liiketoiminnan menestystekijä. Helsinki: Edita Publishing.
- Hyrkäs, E. 2009. Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Kauppateieteellinen tiedekunta. Väitöskirja No 338. Helsinki: Digipaino Oy. Viitattu 20.3.2020 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-214-717-2>

Jylhä V. 2017. Information management in health care. A model for connecting information culture and patient safety. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja No 140. Jyväskylä: Grano Oy.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino-Juvenes Print.

Kauhanen, J. 2012. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kemper, P., Bruijne, M., Van Dyck, C. & Wagner, V. 2011. Effectiveness of classroom based crew resource management training in the intensive care unit: study design of a controlled trial. BMC Health Services Research 11 (304). doi: 10.1186/1472-6963-11-304

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeesta tuloksiin. Helsinki: Skhole Oy.

L1326/2010. Terveydenhuoltolaki. Viitattu 6.3.2020 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P7>

L 738/2002. Työturvallisuuslaki. Viitattu 1.2.2020 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Laatukäsikirja. 2018. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Kajaani.

Löow, M. 2002. Onnistunut projekti. Projektijohtamisen ja -suunnittelun käsikirja. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Moisanen, K. 2018. Asiakslähtöisen osaamisen johtaminen vanhuspalveluissa. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja No 170. Jyväskylä: Grano Oy. Viitattu 10.12.2019 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2775-0>

Murola-Niemi, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K. & Pöyhiä, R. 2012. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Paloniemi, S. 2004. Ikä, kokemus ja osaaminen työelämässä. Työntekijöiden käsityksiä iän ja kokemuksen merkityksestä ammatillisessa osaamisessa ja sen kehittämisessä. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja No 235. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House. Viitattu 20.4.2020 <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2039-9>

Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition. 2011. World Health Organization. Viitattu 11.5.2019 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44641/9789241501958_3ng.pdf;jsessionid=D9676B295D2EFA17AE994329E6E78DD3?sequence=1

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 9. Viitattu 30.1.2019 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Potilasturvallisuutta taidolla -ohjelma. N.d. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 30.1.2019 https://thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_final_180811.pdf

Potilasvakuutuskeskukselle ilmoitetut tapaukset ratkaisuvuosittain vuosilta 2013-2018. 2018. Potilasvakuutuskeskus. Viitattu 10.4.2019 file:///C:/Users/sannivuo/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/PVK_vuosiraportti_2018

Puttonen, S., Hasu, M. & Pahkin, K. 2016. Työhyvinvointi paremmaksi. Keinoja työhyvinvoinnin ja työterveyden kehittämiseksi suomalaisilla työpaikoilla. Työterveyslaitos. Viitattu 29.2.2020 <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130787/Työhyvinvointi%20paremmaksi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rissanen, T. 2002. Projektilla tulokseen. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö pohjantähti.

Ruuska K. 2006. Terveydenhuollon projektinhallinta. Helsinki: Tammer-Paino Oy.

Saaranen T., Paakkonen H., Vaajoki A., Aura A. & Tossavainen K. 2012. Simulaatio-opiniminen Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksella. Pro terveys 1 (1), 28–31.

Saarenpää, T. 2020. Teho- ja valvontaosaston vs. osastonhoitaja. Sähköposti 24.2.2020.

Sydänmaanlakka, P. 2009. Älykäs johtajuus. Helsinki: Talentum.

Syvänen, S., Tikkamäki, K., Loppela, K., Tappura, S., Kasvio, A & Toikko, T. 2015. Dialoginen johtaminen. Avain tuloksellisuuteen, työelämän laatuun ja innovatiivisuuteen. Tampereen yliopisto. Tampere: Tampere University Press.

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

Toikko T. & Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Juvenes Print.

Viitala, R. 2002. Osaamisen johtaminen esimiestyössä. Vaasan yliopisto. Liiketaloustiede. Johtaminen ja organisaatiot. Vaasa. Väitöskirja No 109. Viitattu 3.5.2020 <http://urn.fi/URN:ISBN:951-683-987-8>

Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita Publishing.

Volmanen P. & Alahuhta S. 2015. Olemmeko potilasturvallisuuden edistämisen eturintamassa? Finnanest 48 (4), 332–337.

Vuorinen, L. 2019. Managing Value Creation in Temporary Organizations. Tampereen yliopisto. Tekniikan ja luonnontieteiden tiedekunta. Väitöskirja 155. Tampere: PunaMusta Oy-Yliopistopaino. doi: 978-952-03-1308-1

2 Kirjallisuuskatsaus (1. sykli)

Opinnäytetyön perustaksi tehtiin järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus, jotta tutkittavaa aihetta voidaan ymmärtää kattavasti aiheesta aiemmin tehdyn tutkimuksen perusteella (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7; Salminen 2011, 9). Katsaus käsittelee henkilökunnan välistä potilasturvallista kommunikaatiota kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa. Tutkimus- ja kehittämissuunnitelma ohjasi kirjallisuuskatsauksen kokonaisuutta, jossa rajattiin kehittämiskysymykset riittävän kapeaksi, jotta tutkimusaiheen kannalta oleelliset tutkimukset ja kirjallisuus tulivat hakuprosessissa esiin mahdollisimman laajasti. Selkeän suunnitelman avulla oli mahdollista välttää virheitä ja vahvistaa katsauksen tieteellistä lähtökohtaa. (ks. Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47; Valkeapää 2016, 56; Niela-Vilén & Hamari 2016, 24.)

2.1 Johdanto (suunnittelu)

On osoitettu, että potilasturvallisuuden vaarantavat tekijät liittyvät useimmiten ei-tekniisiin taitoihin. Ei-tekniset taidot ovat tiedollisia ja sosiaalisia taitoja, kuten kommunikaatio ja aktiivinen kuunteleminen. Niillä täydennetään teknisiä taitoja ja edistetään turvallista ja tehokasta potilaan hoitotyötä. (Kemper, de Bruijne, van Dyck & Wagner 2011, 1.) Heikon kommunikaation on toistuvasti osoitettu heikentävän potilasturvallisuutta, aiheuttavan haittatapahtumia ja lisäävän potilaiden tyytymättömyyttä saatuun hoitoon (Conn, Haas, Cuthbertson, Amaral, Coburn & Nathens 2015, 895; Gluyas 2014, 50; Liaw, Zhou, Lau, Siau & Chan 2014, 259; Kemper ym. 2011, 1). Potilaiden hoitoon osallistuvien tiimien yhteistyötaitoja tulee kehittää ja kommunikaatio on niistä keskeisin menetelmä yhteistyöhön perustuvan potilasturvallisuuden hallinnassa (Conn ym. 2015, 895).

Terveystieteiden ammattilaiset tekevät työtä moniammatillisissa tiimeissä. Työntekijöiden taustat ovat erilaisia ja potilaiden hoidon tulokset ovat riippuvaisia näiden ihmisten kyvystä kommunikoida keskenään. (Twedell & Pfimmer 2009.) Tiimien kommunikaatio on keskeistä työn laadun, asetettujen tavoitteiden ja potilasturvallisuuden toteutumisen näkökulmasta (Weller, Boyd & Cumin 2014, 149; Kettunen & Gerlander 2013, 293, 303.) Yleisesti tiedetään, että moniammatillisten tiimien välinen kommunikaatio on herkkä virheille ja seuraukset voivat johtaa potilaan hoidon kannalta kielteisiin seurauksiin ja hoitohenkilökunnan ylikuormittumiseen (Weller ym. 2014, 149).

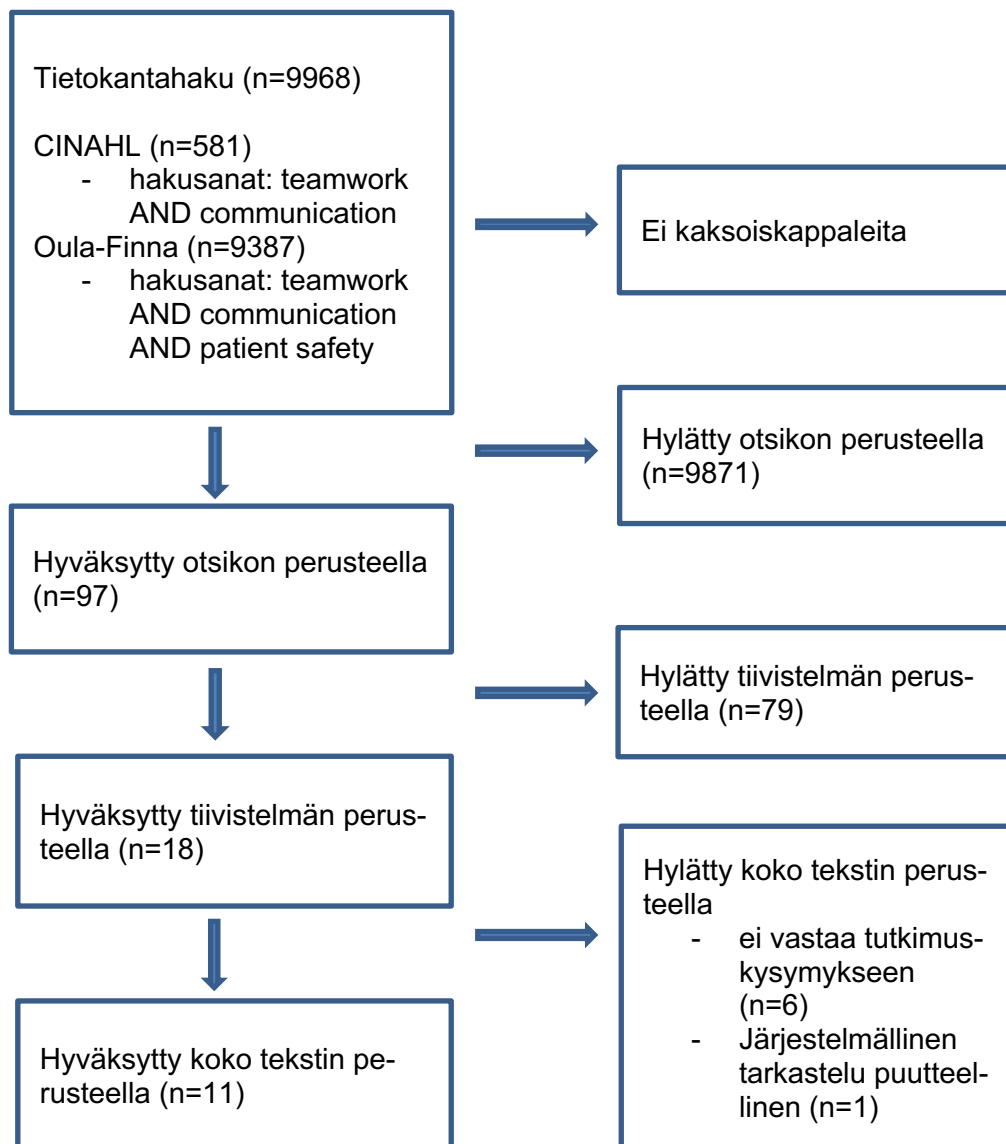
Kommunikaation kehittäminen tehohoidossa on ollut viime vuosina tutkijoiden mielenkiinnon kohteena (Conn ym. 2015, 895; Liaw ym. 2014, 259). Riskit, potilaille aiheutuvat haitat ja haitoista aiheutuvat kulut ovat tehohoidon ympäristössä suurempia, kuin muilla sairaanhoidon osastoilla (Kemper ym. 2011, 1.) Kommunikaatio tapahtuu usein kiireisessä ja ajallisesti rajallisessa ympäristössä, jolloin toiminta on haastavaa hoitohenkilökunnalle (van Leijen-Zeelenberg, van Raak, Duimel-Peeters, Kroese, Brink & Vrijhoef 2014, 320). Toimiva tiimityö tehohoidossa vaatii yhteistyötä, toiminnan koordinoitua ja kommunikaatiota ihmisten välillä haluttujen päämäärien saavuttamiseksi. Hyvin toimivien tiimien avulla voidaan ennalta ehkäistä potilastyössä tapahtuvia virheitä ja lisätä toiminnan tehokkuutta. (Gluyas 2014, 50.) Onnistunut tiimityö on mahdotonta ilman toimivaa viestintää, ja lähes kaikki potilasturvallisuutta lisäävät käytännöt sisältävät kommunikaatiota. Erottava tekijä tehokkaiden ja tehottomien tiimien välillä on puutteet kommunikaatiossa. (Helovuo, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2013, 189.)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli kartoittaa aikaisempi tutkimustieto siitä, mikä on merkityksellistä potilasturvallisuutta edistävässä henkilökunnan välisessä kommunikaatiossa kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa. Tutkimus- ja kehittämissuunnitelmassa määriteltiin tutkimuskysymys, johon katsauksella pyrittiin vastaamaan. Tutkimuskysymys oli, mikä on merkityksellistä henkilökunnan välisessä potilasturvallisessa kommunikaatiossa kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa.

2.2 Tutkimusten haku (toiminta)

Tutkimusten haku toteutettiin Cinahl ja Oula-Finna tietokannoista. Oula-Finna tietokanta sisältää useita eri hakukantoja, muun muassa Cochrane, Ebsco, PubMed, Medic ja Elsevier. On suositeltavaa käyttää useita tutkimuskysymyksen kannalta asianmukaisia tietokantoja, jotta tulosten kannalta oleellisia tutkimuksia ei ohiteta (Valkeapää 2016, 61; Niela-Vilen & Hamari 2016, 25). Muitakin hakukoneita käytettiin, mutta niiden haut eivät tuottaneet tyydyttäviä tuloksia. Hakutermeiksi määriteltiin kommunikaatiota ja tiimityötä koskevia termejä yhdistettynä potilasturvallisuuteen. Hakusanoiksi valikoitui englannin kieliset sanat teamwork, communication ja patient safety. Suomenkielisiä hakuja kokeiltiin, mutta ne eivät tuottaneet sopivia tuloksia. Apuna hakusanojen määrittelyssä käytettiin MeSH-asiasanastoa sekä aihetta koskevien tutkimusten avainsanoja. Haun aikajakso rajattiin vuosiin 2009-2019. Lyhyempi ajanjakso olisi rajannut adekvaatteja tutkimuksia tulosten ulkopuolelle, vaikka tällä aikajaksolla hakujen kokonaistulos oli määrällisesti suuri.

Tutkimusten läpikäyminen vei runsaasti aikaa ja vain pieni osa hakuun tulleista tutkimuksista valikoitui katsaukseen. Hakujen tuloksia tarkasteltiin vaiheittain. Ensin luettiin otsikot, joiden perusteella hylättiin ne tutkimukset, jotka eivät vastanneet hakukriteerejä. Seuraavaksi luettiin tiivistelmät, joiden perusteella karsinta tehtiin samoilla kriteereillä. Lopuksi luettiin koko tekstit ja tehtiin tutkimusten laadunarviointi. Lopputuloksena oli 11 laadukasta ja informatiivista tutkimusartikkelia. (ks. Valkeapää 2016, 61-62; Niela-Vilen & Hamari 2016, 25-28.) Tiedonhakuprosessi on esitetty kuvassa 3.



Kuva 3. Tiedonhakuprosessi

Aineistolle laadittiin tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit aihealueen rajaamiseksi (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41; Valkeapää 2016, 57; Niela-Vilen & Hamari 2016, 27). Kriteerit tulee kuvata tarkasti ja niiden on oltava johdonmukaisia tutkittavan aiheen kannalta. Näin voidaan ehkäistä systemaattisia virheitä. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48-49.) Kriteerit on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Sisäänotto ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
- kieli suomi tai englanti	- kieli muu kuin suomi tai englanti
- julkaisuvuosi 2009–2019	- julkaistu ennen vuotta 2009
- koko teksti saatavilla	- koko teksti ei saatavilla
- väitöskirja, tieteellinen artikkeli tai tutkimus	- opinnäytetyö, pro-gradu tai ei-tieteellinen artikkeli
- julkaisu on saatavilla sähköisenä	- julkaisu ei ole saatavilla sähköisenä

Ihanteellisessa tilanteessa katsaukseen valitaan kaikilla kielillä esiin tulleet asianmukaiset tutkimukset (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48–49). Näin ei kuitenkaan voitu toimia ajan ja käytettävissä olevien resurssien vuoksi, joten tutkimusten kieleksi valittiin suomi tai englanti. Yhtään suomenkielistä tutkimusta ei hauissa tullut esille.

Alkuperäistutkimukset arvioitiin Joanna Briggs Instituutin tutkimusten arviointikriteeristöllä ennen niiden hyväksymistä analysoitavaksi aineistoksi. On tärkeää määritellä alkuperäisten tutkimusartikkeleiden luotettavuutta ja arvioida niiden painoarvoa tuloksille, joita aiotaan hyödyntää katsauksessa (Lementti & Ylönen 2016, 67). Katsausta tehdessä noudatettiin Hoitotyön tutkimussäätiön ohjeistusta, jonka mukaan vähintään puolet arviointikriteeristön kriteereistä tuli täytyä, jotta tutkimus oli kannattavaa hyväksyä mukaan katsaukseen. Arvioinnissa käytettiin arviointikriteereitä järjestelmälliselle katsaukselle, laadulliselle tutkimukselle ja poikkileikkaustutkimukselle (Tutkimusten arviointikriteeristöt n.d). Arviointikriteerit on esitetty liitteessä 1. Yksi tutkimus hylättiin aineistosta arviointivaiheessa, koska se ei täyttänyt arviointikriteerejä. Lisäksi tutkimusten näytönaste arvioitiin Käyvän hoidon näytön aste -luokituksen mukaisesti, jossa otettiin huomioon tutkimusasetelma, tutkimusten laatu ja määrä sekä tutkimustulosten sovellettavuus (Näytön asteen määrittely 2016). Tutkimusten näytön aste oli A- ja B- luokkaa. A-luokan näytössä on epätodennäköistä, että uudet tutkimukset muuttaisivat arviota tutkimuksen vaikutuksen suunnasta tai suuruudesta, ja tutkimuksissa on käytetty tutkittavan aiheen kannalta parasta asetelmaa. B -luokan näytössä uudet tutkimukset saattavat vaikuttaa arviointiin tutkimuksen vaikutuksen suuruudesta ja suunnasta. Tutkittavan aiheen suhteen on käytetty parasta saavutettavaa tutkimusasetelmaa. (Näytön asteen määrittely 2016.) Taulukossa 2. kuvataan katsaukseen valitut alkuperäistutkimukset ja laadun sekä näytön asteenarviointi.

Taulukko 2. Katsaukseen valitut alkuperäistutkimukset

Tutkimuksen tekijät, vuosi ja maa	Tutkimuksen tarkoitus tai tavoite	Tutkimuksen aineisto ja tutkimustyyppi	Keskeiset tulokset	Laadun arviointi (JBI)	Näytön aste (Käytävän hoidon näytön asteiluokitus)
Bristowe, K., Siassakos, D., Hambly, H., Angouri, J., Yelland, A., Draycott, T. & Fox, R. 2012. Teamwork for clinical emergencies: interprofessional focus group analysis and triangulation with simulation Englanti	Tarkoitus oli selvittää terveydenhuollon työntekijöiden kokemuksiin perustuvia uskomuksia tehokkaasta tiimityöskentelystä hätätilanteissa.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. 5 vertailuryhmää, joissa 5–7 osallista.	Optimaalinen tiimityö on riippuvainen hyvästä johtamisesta ja kokeneen hoitohenkilökunnan saatavuudesta. Hoitotiimeille, jotka kohtaavat kriittisesti sairaita potilaita, tulee kehittää opetusohjelmia, jotta voidaan edistää potilasturvallisuutta ja kehittää henkilökunnan osaamista.	7/10	B
Courtenay, M., Nancarrow, S. & Dawson D. 2013. Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review Yhdysvallat	Tavoitteena oli kartoittaa moniammatillisen yhteistyön määrää ja laatua traumatilanteissa.	Kirjallisuuskatsaus	Haittatapahtumat tapahtuvat yleensä systeemivirheen, ei yksilön tekemän virheen, seurauksena. Nämä virheet liittyvät yhteistyötilanteisiin, kuten tiimityöhön ja kommunikointiin teknisten virheiden sijasta. Potilasturvallisuuden edistämiseksi on kriittisen tärkeää kehittää tiimityöntaiteja.	9/11	A
Foronda, C., MacWilliams, B. & McArthur, E. 2015. Interprofessional communication in healthcare: an integrative review Yhdysvallat	Tavoitteena oli kartoittaa, mitä tiedetään moniammatillisesta kommunikaatiosta.	Kirjallisuuskatsaus	Tutkimus esitti, että standardoitujen työkalujen käyttö ja simulaatioiden avulla tehdyt koulutusohjelmat ovat tehokkaita edistämään moniammatillisia kommunikaatiotaitoja. Suositukseen sisältyi kommunikaatiotaitojen lisäksi koulutus, joka käsittelee laajasti potilasturvallisuutta, monimuotoisuuden arvostamista, tiimityötä ja kulttuurisia tekijöitä. Tulevaisuuden suuntaus koulutukseen on lisätä kursseja potilasturvallisuudesta, käyttää standardoituja potilaan siirtotilanteisiin tarkoitettuja työmenetelmiä ja harjoitella moniammatillisesti simulaatio-oppimisen avulla.	7/11	A
Halverson, A., Casey, J., An-	Tavoitteena oli kartoittaa, millai-	Laadullinen havainnointi-	Kommunikaatiovirheet leikkaussalissa liittyvät	7/10	B

dersson, J., Anderson, K., Park, C., Rademaker, A. & Moorman K. 2010. Communication failure in the operating room Yhdysvallat	nen kommunikaatio on virheille altista leikkaussalissa ja arvioida, voidaanko koulutusohjelmalla vaikuttaa virheiden esiintymiseen.	tutkimus. Leikkaussalin moniammatillinen henkilökunta.	yleensä välineisiin ja tiimiin kuuluvien tilannekuvan ylläpitoon. Nämä virheet voivat johtaa potilaan hoidon viivästyksiin ja tehostomuuteen. Ohjelma, jossa opetetaan tiimityöskentelyä ja kommunikaatiotaitoja on yksi tapa, jolla voidaan kehittää leikkausryhmään kuuluvien henkilöiden välistä kommunikaatiota.		
Jones, C., Fawker-Corbet, J., Groom, P., Morton, B., Lister, C. & Mercer, J. 2018. Human factors in preventing complications in anaesthesia: a systematic review Englanti	Tavoite oli kartoittaa uusimmat tutkimukset anesteologiaan liittyvistä inhimillisistä tekijöistä, nostaa esille viimeisimmät kansainväliset raportit ja hoitosuositukset, joissa fokuksena on tiimityö, kommunikaatio, tilannetietoisuus ja inhimilliset virheet.	Kirjallisuuskatsaus	Artikkelissa on kuvattu keskeisiin inhimillisiin tekijöihin, tiimityöhön, kommunikaatioon ja tilannetietoisuuteen sekä inhimilliseen virheeseen liittyvät ajantasaiset tutkimustulokset, jotka liittyvät anesteologian erikoisalaan traumapotilaiden ja päivystyspoliklinikan henkilöstön näkökulmasta.	10/11	A
Martin, H. & Czurzynski, S. 2015. Situation, background, assessment, and recommendation – guided huddles improve communication and teamwork in the emergency department Yhdysvallat	Tarkoituksena oli kuvata hankkeen tulokset ja tämän kaltaisen lähestymistavan toteutettavuus ja yhteys tiimitoimintaan, viestintään ja sairaanhoitajien tyytyväisyyteen.	Määrällinen tutkimus, (n=33) hoitajaa. Koulutusinterventio ennen toimintaa, pre- ja postkysely sekä toiminnan havainnointi.	On optimaalista käyttää standardeitua viestintästrategioita, kuten SBARia, hyvien viestintäkäytäntöjen edistämiseksi henkilökunnan välillä. Yhdessä tehty strukturoitu potilaan tilanarvio voi kehittää kommunikaatiota, tiimityötä ja tyytyväisyyttä hoitotyöhön.	6/8	B
Morrow, K., Gustavson, A. & Jones, J. 2016. Speaking up behaviours (safety voices) of healthcare workers: a metasynthesis of qualitative studies Yhdysvallat	Tavoitteena oli selvittää, kuinka sairaanhoitajat ja muut terveydenhuollon työntekijät suhtautuvat ääneen puhumisen kulttuuriin ja, miten se voi vaikuttaa kliiniseen työhön ja potilasturvallisuuteen.	Metasynthese	Tuloksena oli neljä pääteemaa, 1) hierarkia ja valta-asetelmat vaikuttavat kielteisesti ääneen puhumisen kulttuuriin, 2) ei-strukturoitu kommunikaatio on epäturvallista ja tehotonta, 3) kulttuuriset oletukset ja paineet, kuinka toimia vaikuttavat hoitajien viestintään ja kykyyn puuttua turvallisuuden vaikuttaviin asioihin, 4) johtavilla hoitajilla on voimakas myönteinen tai kielteinen vaikutus turvallisuuskulttuuriin.	11/11	A
Parush, A., Kramer, C., Foster-Hunt, T., Momtahan, K., Hunter, A. & Sohmer, B. 2009. Communication and team situation awareness in the OR:	Tavoitteena oli kartoittaa mahdollisia heikosta tilannetietoisuudesta johtuvia ongelmia ja niiden laatua, jotka voivat johtaa vaaratapahtumiin.	Laadullinen moniammatillisten tiimien havainnointitutkimus, n=38	Tilannetietoisuuden ylläpitoon liittyvä kommunikaatio on herkkää informaation häviämislle.	7/10	B

implications for augmentative information display Kanada.					
Reader, T., Flin, R., Mearns, K. & Cuthbertson, B. 2009. Developing a team performance framework for the intensive care unit Englanti	Tarkoitus oli vahvistaa katsauksen tuloksien avulla tehohoitoyksiköiden suoritumista ryhmätyöskentelyssä.	Kirjallisuuskatsaus	Jotta potilaille voidaan tarjota optimaalista hoitoa teho-osastolla, on tehokas tiimityö välttämätöntä. Erityisesti tiimin johtaminen ja henkilöstön toiminnan koordinoiminen oli merkityksellistä.	9/11	A
Stewart K. & Hand K. 2017. SBAR, communication, and patient safety: an integrated literature review Yhdysvallat	Tavoite oli analysoida SBAR:n toimivuutta hoito-henkilökunnan välisen kommunikation tehostajana potilaan luovutustilanteissa.	Kirjallisuuskatsaus	Virheet kommunikaatiossa ovat edelleen haittatahtumia edistävä tekijä terveydenhuollossa. Terveydenhuollon työntekijöiden kommunikaatiovirheiden systeeminen luonne tukee tarvetta standardoiduille kommunikaatiomenetelmille. SBAR on yksinkertainen ja tehokas menetelmä kommunikoida rajapintojen välillä, ja se on hyvin vastaanotettu menetelmä työntekijöiden keskuudessa. SBAR tulisi implementoida systemaattisesti henkilökunnan kommunikation kehittämiseksi ja potilasturvallisen ympäristön luomiseksi.	8/11	A
Wahr, J. ym. 2013. Patient safety in the cardiac operating room: human factors and teamwork Yhdysvallat	Tavoitteena oli tehdä yhteenveto potilasturvallisuusriskeistä ja täsmentää interventiot, jotka vähentävät perioperatiivisia riskejä ja inhimillisiä virheitä sydänkirurgiassa.	Metasysteesi ja asiantuntijalausunto	Ennalta ehkäistävät virheet eivät ole yleensä yhteydessä teknisten taitojen puutteisiin, harjoitteluun tai tietoon, vaan ne liittyvät kognitiivisiin, systeemisiin tai tiimityöhön liittyviin tekijöihin. Ei-tekniset taidot, kuten kommunikaatio, yhteistyö, toiminnan koordinointi ja johtaminen, ovat kriittisiä asioita tiimitoiminnassa ja usein rajalliset ihmissuhdetaidot ovatkin haittatahtumien taustalla.	11/11	A

Tavoitteena laadun ja näytönasteen arvioinnilla oli valita laadultaan hyvälaatuisia tutkimuksia ja sitä kautta vahvistaa kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta (Tutkimustiedon laadun arvioiminen n.d.). Kriittinen arviointi on merkityksellinen osa kirjallisuuskatsausta ja sen avulla katsauksen lukija saa käsityksen tulosten taustalla olevan näytön luotettavuudesta (Lemetti & Ylönen 2016, 75; Näytön asteen määrittely 2016).

2.3 Aineiston analyysi (havainnointi)

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sen avulla voidaan analysoida dokumentteja, kuten tutkimusartikkeleja tässä kirjallisuuskatsauksessa, systemaattisesti ja objektiivisesti (Tuomi & Sarajärvi 2002, 103, 117.) Aineiston analyysi toteutettiin induktiivisen sisällön analyysin mukaisesti. Silloin tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus, jolloin analyysiyksiköt valitaan tutkimuksen tarkoituksen ja kehittämiskysymyksen mukaisesti. Analyysiyksiköt eivät siis olleet ennalta suunniteltuja ja harkittuja. Opinnäytetyön tekijän aiemmilla havainnoilla tai tiedoilla tutkittavasta ilmiöstä ei ollut merkitystä analyysin tekemiseen tai sen tuloksiin, koska havainnot ovat aineistolähtöisiä. Kaikki, mitä aiheesta on tiedetty ennen analyysiä, on pyritty sulkemaan ulkopuolelle niin, että se ei vaikuttaisi analyysin tekemiseen ja sitä kautta tuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95-96.)

Ensimmäisessä vaiheessa aineisto luettiin useita kertoja ja se litteroitiin eli tiivistettiin tutkimuskysymyksen kannalta oleellinen tieto tutkimuksista ja kirjoitettiin se muotoon, jossa sitä voidaan analysoida. Aineisto poimittiin tutkimusten tulos- ja johtopäätösosioista. Aineisto kirjoitettiin suoraan taulukkomuotoon, josta sitä oli mielekäs käsitellä. Aineistoa luettiin tämän jälkeen vielä useita kertoja läpi, koska aineiston hyvä tuntemus on avuksi analysoinnissa. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 87.) Aineisto vaikutti monipuoliselta ja tutkimuskysymyksen kannalta pätevältä.

Ennen aineiston analyysin aloittamista tulee valita analyysiyksikkö, joka voi olla sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Yksikön määrittämiseen vaikuttaa tutkimustehävä ja aineiston laatu. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110.) Aineiston analyysiyksiköksi valittiin virke, koska tämä kokonaisuus antoi vastauksia tutkimuskysymykseen. Analyysiyksiköt (n=68) koodattiin aineistosta, ja ne pelkistettiin eli redusointiin niin, että alkuperäisten ilmaistujen merkitys säilyi. Kaikki tutkimusaineisto oli englanninkielistä, joten ennen redusointia ne käännettiin suomeksi aineiston käsittelyn helpottamiseksi. Analyysiyksiköitä oli yhteensä 68. Redusoinnin tarkoitus oli karsia aineistosta epäolennainen pois. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin eli klusteroitiin samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien perusteella. Tätä prosessia ohjasi katsauksen tutkimuskysymys, johon ilmausten ryhmittelyllä pyrittiin saamaan vastauksia. Klusteroinnilla luotiin perusta kirjallisuuskatsauksen perusrakenteelle ja muodostettiin alustavia kuvauksia tutkittavista ilmiöistä ilmiöstä. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 87; Tuomi & Sarajärvi 2002, 122-124.) Esimerkki aineiston luokittelusta taulukossa 3.

Taulukko 3. Esimerkki kirjallisuuskatsauksen aineiston luokittelusta

Alkuperäiset ilmaukset	Alkuperäiset ilmaukset suomen kielisenä	Pelkistetyt ilmaukset	Luokat
Observations of the ICU teams have shown errors in the ICU to be concentrated after communication events, and 37% of errors to be associated with communication between nurses and physicians. (1)	Havainnot tehohoitotimistä ovat osoittaneet, että virheet tehohoidossa keskittyvät kommunikation jälkeisiin tapahtumiin ja 37% virheistä liittyy hoitajien ja lääkäreiden väliseen kommunikaatioon. (1)	Virheet tehohoidossa keskittyvät kommunikation jälkeisiin tapahtumiin ja 37% virheistä liittyy hoitajien ja lääkäreiden väliseen kommunikaatioon. (1)	A Turvallisuuskulttuuria tukeva kommunikointi ja toimintatapa (1, 2, 3a, 3b, 12, 14, 26, 30, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 56, 57)
Directed communication and closed-loop communication is particularly important when rapid response is critical, and involves specification of who the order or communication is directed towards, usually by using a hand signal or saying the persons' name. (25)	Kohdennettu ja kaksisuuntainen viestintä on merkityksellistä, kun nopea reagointi on kriittisen tärkeää. (25a) Siinä määritetään, kenelle kommunikaatio tai määräys on suunnattu, yleensä käyttäen käsi-merkkejä tai henkilön nimeä. (25b)	Kohdennettu ja kaksisuuntainen viestintä on merkityksellistä, kun nopea reagointi on kriittisen tärkeää. (25a) Määritetään, kenelle kommunikaatio tai määräys on suunnattu, käytäen käsimerkkejä tai henkilön nimeä. (25b)	B Viestintästrategiat (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25a, 25b, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 42, 44a, 44b, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68)

Viimeisenä vaiheena oli klusterointi, joka on jo osa abstrahointiprosessia. Abstrahoinnissa erotetaan olennainen tieto tutkimuksen kannalta ja valikoitu tieto nimetään sisältöä kuvaavilla nimikkeillä eli muodostetaan teoreettinen käsitteistö. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 125-126). Koko prosessin ajan huomioitiin se, että aineiston analyysissä säilyy yhteys alkuperäisdataan. Aineiston luokittelu on kokonaisuudessaan liitteessä 2, taulukossa 4.

2.4 Tulokset

Ryhmittelyn tuloksena muodostui kaksi luokkaa, jotka nimettiin aineiston sisällön mukaan (ks. Tuomi & Sarajärvi 2013, 124). Luokat ovat turvallisuuskulttuuria tukeva kommunikointi ja toimintatapa sekä viestintästrategiat.

2.4.1 Turvallisuuskulttuuria tukeva kommunikointi ja toimintatapa

Korkeatasoinen ja turvallinen potilashoito on riippuvainen tiimityöstä, toimivasta kommunikatiosta ja yhteistyökykyisestä työilmapiiristä (Wahr ym. 2013, 1153). Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan ilmapiirin tulee tukea *avointa viestintäkulttuuria* ja siihen sitoutumisen tulee lähteä johdon tasolta asti. Ilmapiirin tulee olla avoin ja kaikille osallisille tulee olla mahdollisuus puhua (Morrow, Gustavson & Jones 2016, 46). Myös nuorten tiimiin kuuluvien mielipiteet tulee ottaa huomioon, ja organisaation hierarkia ei saa vaikuttaa työntekijöiden kokemukseen tulla kuulluksi (Jones, Fawker-Corbet, Groom, Morton, Lister & Mercer 2018, 26; Reader, Flin, Mearns & Cuthbertson 2009, 1791). Johtajien tulee omalla esimerkillään rohkaista työntekijöitä avoimeen viestintään. Samalla työyhteisöissä tulee tehdä selväksi, että organisaatiossa ei hyväksytä turvallisuudelle haitallista käytöstä ja työntekijöiden tulee noudattaa organisaatiossa sovittuja toimintatapoja. *Johdon sitoutuminen* on yksi keskeinen tekijä, joka edistää viestintäkulttuuria ja potilasturvallisuutta työyhteisöissä. (Morrow ym. 2016, 46.)

Kulttuuriset perinteet, sosiaaliset tekijät ja hierarkkiset rajoitteet voivat haitata kommunikation onnistumista ja olla esteenä laadukkaan ja turvallisen hoidon toteutumiselle (Morrow ym. 2016, 46). Toimiva viestintä mahdollistuu todennäköisimmin *kannustavassa sekä turvalliseksi koetussa ympäristössä*, jolloin työntekijät myös todennäköisesti sitoutuvat työhönsä (Wahr ym. 2013, 1153; Morrow ym. 2016, 46). Työhönsä sitoutuneet työntekijät ovat välttämättömiä hoidon laadun sekä potilasturvallisuuden ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi (Morrow ym. 2016, 46).

Turvallisuuskulttuurin kehittämisessä tulee lisäksi varmistaa, että koko työyhteisö omaksuu hyvän viestintäkulttuurin ja erilaisia viestintästrategioita osaksi tiimityöskentelytaitojaan (Jones ym. 2018, 16; Reader ym. 2009, 1791; Courtenay, Nancarrow & Dawson 2013, 9). Eri ammattiryhmillä on erilaisia tapoja viestiä keskenään ja tämä johtaa herkästi puutteelliseen tiedon välittymiseen ja potilasturvallisuuden vaarantumiseen (Reader ym. 2009, 1788; Stewart & Hand 2017, 302).

2.4.2 Viestintästrategiat

Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan viestinnän määrän ja laadun lisäämiseksi sekä potilasvahinkojen estämiseksi on suositeltavaa *standardoida viestintästrategioita* (Martin & Ciurzynski 2015, 482, 488; Stewart & Hand 2017, 304; Jones ym. 2018, 16; Halverson,

Casey, Andersson, Anderson, Park, Rademaker & Moorman 2010, 305; Reader ym. 2009, 1789). Standardoidut viestintästrategiat vähentävät viestinnän monimerkityksellisuutta ja tehostavat selkeyttä sekä toiminnan tehokkuutta ja niiden avulla on mahdollista vähentää potilastyössä tapahtuvia virheitä sekä kuolleisuutta (Wahr ym. 2013, 1148; Reader ym. 2009, 1789; Stewart & Hand 2017, 304). Viestintästrategioiden kehittämisprosessit tulisi kuvata tarkasti, jotta tehokkuus ja potilaan hoitopolkuun kuluva aika voidaan optimoida. Hyvä kommunikaatio mahdollistaa ja helpottaa lisäksi tiimitoiminnan muita prosesseja, kuten toiminnan koordinoitua, tilannetietoisuutta ja konfliktien ratkaisukykyä. (Wahr ym. 2013, 1143.)

Epäsuora tai kontekstista irrallinen viestintä sekä informaation viivästyminen voivat vaikeuttaa tiedon jakamista ja johtaa virheelliseen viestien muodostamiseen, ymmärtämiseen tai välittymiseen (Parush, Kramer, Foster-Hunt, Momtahan, Hunter & Sohmer 2009, 477, 480). Myös vaihtelevien kommunikaatiotyylien käyttö voi aiheuttaa vääriä tulkintoja ja johtaa tärkeiden tietojen pois jäämiseen (Stewart & Hand 2017, 302). Lisäksi ryhmän rakenteet ja ominaisuudet vaikuttavat ryhmätyön onnistumiseen. Tehohoitoryhmän viestinnän ja potilaan hoitotulosten välistä suhdetta on tutkittu ja havaittu, että oikea-aikainen sekä tarkka ja avoimessa viestintäympäristössä tapahtuva kommunikaatio sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä ennustaa myös potilaan hoidon kestoa. (Reader 2009, 1789.) Moniammatillinen erinomaisesti kommunikoiva hoitoryhmä mahdollistaa tiimin optimaalisen koordinaation ja suoriutumisen erilaisissa tilanteissa sekä parhaan potilaan hoidon kriittisissä tilanteissa (Jones ym. 2018, 19).

Jotta viestintä olisi tehokasta, siihen ei riitä pelkkä kyky keskustella muiden ihmisten kanssa (Parush ym. 2009, 480). Hyvin toteutettu kommunikaatio on ratkaisevan tärkeää onnistuneen ryhmätyön kannalta ja välttämätöntä korkealaatuisen potilashoidon onnistumiseksi (Martin ym. 2015, 484; Wahr ym. 2013, 1143). *Tehokas kommunikaatio* kuvattiin selkeäksi, ytimekkääksi ja suoraksi, mikä voi tapahtua verbaalisesti tai non-verbaalisesti (Reader ym. 2009, 1788; Bristowe, Siassakos, Hambly, Angouri, Yelland, Draycott & Fox 2012, 1387; Jones ym. 2018, 16). Katsauksen tuloksissa nousi vahvasti esille *kaksisuuntaisen viestinnän* merkitys viestintästrategiana. Siinä varmistetaan, että viesti saavuttaa oikean henkilön ja että vastaanottaja on ymmärtänyt viestin oikein. *Kohdennettu* ja kaksisuuntainen viestintä on merkityksellistä etenkin silloin, kun nopea reagointi on kriittisen tärkeää, tilanne on stressaava ja silloin, kun tietoa tulee useasta eri lähteestä useille vastaanottajille. (Reader ym. 2009, 1788; Wahr ym. 2013, 1148, Parush ym. 2009, 480.) Siinä määritetään riittävän kovalla äänellä, kenelle kommunikaatio tai määräys on suunnattu käyttäen käsimerkkejä tai sanomalla henkilön nimi. Viestin vastaanottaja kuittaa viestin

vastaanotetuksi toistamalla kriittisen tiedon, jolloin molemmat osapuolet voivat vielä varmistua viestin oikeasta sisällöstä. (Parush ym. 2009, 480; Bristowe ym. 2012, 1387; Reader ym. 2009, 1791.)

Suullisen viestin kuittaaminen vähentää myös yhtäaikaista saman tehtävän suorittamista, jolloin tiimin henkilöiden toiminta ohjautuu tehokkaasti (Bristowe ym. 2012, 1387). Kriittisessä tilanteessa on tärkeää, että tiimiin kuuluville pystytään välittämään tietoa ilman riskiä väärästä tulkinnasta tai väärinymmärryksestä tilanteesta tai ryhmän kokoonpanosta riippumatta. Viestintä voi epäonnistua, mikäli viestinnän aloittaja ilmaisee asian epätarkasti tai informaatio on riittämätöntä, viestin vastaanottaja tulkitsee informaation virheellisesti, informaatio on annettu väärään aikaan tai vastaanottaja on väärä. (Jones ym. 2018, 16; Wahr ym. 2013, 1143; Bristowe 2012, 1387.) Virheiden ehkäisemiseksi on tärkeää puhua ääneen, haastaa virheelliset päätökset ja pyytää lisä informaatiota tarvittaessa (Reader ym. 2009, 1791; Jones ym. 2018, 20). Kaksisuuntainen viestistä voi olla erottava tekijä tehokkaiden ja tehottomien tiimien välillä (Parush ym. 2009, 480).

Erilaisten viestintästrategioiden tai -rutiinien käytön opettaminen *simulaation* avulla on yksi toimiva menetelmä ottaa käyttöön uusia toimintatapoja ja mahdollistaa tehokas sekä moniammatillinen harjoitteluympäristö (Foronda, MacWilliams & McArthur 2016, 36). Tiimityössä tarvittavien viestintäkäytäntöjen harjoittelun tulisi olla osa tiimien koulutusohjelmia (Wahr ym. 2013, 1148; Halverson ym. 2010, 305). Simulaatioharjoittelu on lupaava oppimismenetelmä myös muiden ei-tekniisten taitojen arvioimiseksi sekä kouluttamiseksi (Wahr ym. 2013, 1150; Foronda ym. 2016, 40). Lisäksi harjoitteluun voidaan yhdistää saman aikaisesti tekniisten taitojen harjoittelu, jolloin toiminta käsittää asiakokonaisuuden (Wahr ym. 2013, 1150).

Tilanteiden hallitsemiseksi voi olla tarpeen, että tiimin tunteva kokenut henkilö ottaa vastuun *tilanteen johtamisesta* ja jakaa hoidon tavoitteet ja kriittiset tehtävät hoitotiimille (Reader 2009, 1791; Bristowe ym. 2012, 1391). Myös tiimiin kuuluvien henkilöiden nimien ja roolien esittely on tarpeen, mikäli tiimi ei ole ennestään tuttu (Jones ym. 2018, 16). Kommunikaatiolla varmistetaan, että tiimillä on yhteinen päämäärä, odotukset, tilannetietoisuus ja toimintasuunnitelma tilanteessa (Wahr ym. 2013, 1148; Reader ym. 2009, 1791). Yhteinen ymmärrys tilanteesta (*tilannetietoisuus*) edistää täsmällistä ymmärrystä faktoista, ehkäisee virheitä ja sallii koko tiimin kognitiivisen resurssien käyttöönoton päätöksenteossa ja virheiden havaitsemisessa (Jones ym. 2018, 16). Näin voidaan vähentää häiriötekijöitä, sekasortoa ja tehostaa tiimiin kuuluvien selviytymistä (Wahr ym. 2013, 1150).

2.5 Johtopäätökset (reflektointi)

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli kartoittaa aikaisempi tutkimustieto siitä, mikä on merkityksellistä potilasturvallisuutta edistävässä hoitohenkilökunnan välisessä kommunikatiivisessa kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa. Kirjallisuuskatsauksen tulokset, viestintästrategiat sekä turvallisuuskulttuuria tukeva kommunikaatio ja toimintatapa ovat tekijöitä, joilla tiedetään olevan keskeinen merkitys onnistuneen ja potilasturvallisen viestinnän toteutumiseksi akuuttihoiton ympäristössä. Esimerkiksi Helovuori (2012, 87) esittää ihmisten välittömän vuorovaikutuksen ongelmien liittyvän tyypillisesti *viestintäilmapiiiriin ja -tapaan*. Tämä kertoo siitä, että teoriatasolla tiedetään, kuinka turvallisuuskriittisessä ympäristössä tulee kommunikoida, mutta käytännön tason toteutuksessa on puutteita.

Turvallisuuskulttuuria tukeva kommunikaatio ja toimintatapa

Hyvän kommunikaation merkitys on kansainvälisesti laajasti tunnustettu potilasturvallisuuteen vaikuttava tekijä, minkä kehittämiseksi on edelleen tehtävä työtä, jotta heikosta kommunikaatiosta johtuvia haittoja potilaille voidaan ennaltaehkäistä. (Courtenay ym. 2013, 2; Wahr ym. 2013, 1141; Hautamäki 2014, 117.) Terveystieteiden toimintaympäristö on hierarkkinen ja eri ammattiryhmille on profiloitunut erilaiset kulttuurit toimia. Esimerkiksi hoitajien tapa viestiä on usein kuvailevampi kuin lääkäreillä, jotka käyttävät tiiviimpää tapaa kuin hoitajat viestiä potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Erilaiset tyyliä kommunikoida voivat johtaa virheellisen tiedon välittymiseen tai tärkeän tiedon poisjäämiseen ja näin vaarantaa potilasturvallisuuden. Työtä tehdään kuitenkin moniammatillisissa tiimeissä, joten on merkityksellistä pystyä toimimaan ryhmänä tehokkaasti eri tilanteissa potilaan hyväksi. (Helovuori ym. 2013, 184; Stewart & Hand 2017, 298; Morrow ym. 2016, 44-45; Weller, Boyd & Cumin 2014, 150.)

Katsauksen perusteella voidaan todeta, että kulttuuriset ja sosiaaliset tekijät ovat merkittävässä roolissa onnistuneen kommunikaation toteutumiseksi työyhteisöissä. Työyhteisöissä, joissa viestintäkulttuuri on kehittynyt, sen ylläpitämiseksi tehdään töitä. Sen rakentaminen on aloitettava asioista, kuten toisen ihmisen tervehtimisestä ja muiden huomioon ottamisesta eli hyvästä käytöksestä. (Hautamäki 2014, 117.) Se, miten henkilökunta suhtautuu asiaan ja kuinka merkityksellisenä johto kokee asian edistämisen, määrittää perustan hyvän kommunikaation onnistumiselle organisaatiossa. Kun kulttuuriset tekijät mahdollistavat perusteet asioiden kehittymiselle, luo strategiat ja protokollat konkreettisia käytäntöjä potilasturvallisen kommunikaation toteuttamiseksi.

Viestintästrategiat

Useissa tutkimuksissa nousi esiin ilmailun alalla kehitetty miehistöresurssien hallinnassa käytetty termi CRM eli crew resource management, joka on vaikuttanut tiimityön ja kommunikaation kehitykseen myös terveydenhuollossa (Bristowe ym. 2012, 1383; Helovuo ym. 2011, 183; Courtenay ym. 2013, 1). Tiivistetysti CRM:llä tarkoitetaan viestintärutiineja, joita käyttämällä pyritään tehostamaan työtehtävien suorittamista ja varmistamaan kriittisten toimenpiteiden onnistuminen hyödyntämällä kaikki käytettävissä oleva tieto ja työvoima (Helovuo ym. 2011, 184). CRM käsitteenä on kuitenkin laajempi kuin pelkkä viestintä, joten kirjallisuuskatsauksen aihe rajattiin koskemaan pelkästään henkilökunnan välistä kommunikaatiota. Terveydenhuollossa työtä tehdään ryhmissä, joten oppiminen muilta turvallisuuskriittisiltä aloilta on merkityksellistä ottaen huomioon, kuinka monimuotoisessa ympäristössä työtä tehdään. Kyse on käytännön toimintatavoista ja yhteistyöstä, joita kaikkien on mahdollista oppia. (Kemper, Bruijne, van Dyck & Wagner 2011, 2; Helovuo ym. 2011, 184-185.)

Useasta tutkimuksesta tuli esille ilmeinen koulutuksen tarve ja protokollien sekä strategioiden kehittämisen hyödyllisyys (Wahr ym. 2013, 1148, 1150; Foronda ym. 2015, 36; Halverson ym. 2010, 305). Toimintamallien kehittäminen ei sulje pois kommunikaatiossa tapahtuvien inhimillisten virheiden mahdollisuutta, mutta se tarjoaa menetelmiä niiden hallintaan. Yksittäiset kirjalliset ohjeet eivät myöskään ole riittävä menetelmä henkilöstön käyttäytymisen muutoksille, vaan tarvitaan lisä- ja täydennyskoulutusta, aktiivista ohjeiden implementointia käytäntöön, säännöllistä seurantaa ja palautetta. (Wahr ym. 2013, 1144-1145.)

Simulaatioharjoitteiden hyödyllisyys henkilökunnan kouluttamisessa korostui (Foronda ym. 2016; Wahr ym. 2013; Bristowe ym. 2012). Simulaatioharjoittelu on teho- ja valvontaosaston henkilöstölle ennalta tuttua, johon tarvittava välineistö on jo hankittu osaston käyttöön. Harjoittelun tulee olla moniammatillista, jotta koko tiimin toiminta tehostuu ja potilaalle voidaan tarjota hyvää hoitoa. Moniammatillinen osaaminen on tietojen, taitojen ja arvojen jakamista tiimin kesken sekä työtovereiden kunnioittamista. Moniammatillista koulutusta tulee kehittää, jotta viestinnän esteitä voidaan poistaa ja kehittää toimintaa aikaisempaa tehokkaampaan ja potilasturvallisempaan suuntaan. (Tervaskanto-Mäentausta & Vanhanen 2016, 19-20.) Simulaatiomuotoinen opetus on erinomainen uuden toimintamallin oppimista tukeva toimintamalli, jonka avulla voidaan luoda olosuhteet, jotka ovat lähellä todellisuutta. (Saaranen, Paakkonen, Vaajoki, Aura & Tossavainen. 2012, 28.) Se tarjoaa mahdollisuuden opetella teknisten taitojen lisäksi ei-teknisiä taitoja, kuten kommunikaatiota ja tiimitoimintaa. Lisäksi sen avulla voidaan levittää hyviä käytäntöjä sekä oppia antamaan ja ottamaan vastaan osaamista kehittävää palautetta. (Ahlmén-Laiho 2019, 221.)

Simulaatiota käytetään tämän opinnäytetyön toisessa syklissä selvittämään kommunikaation nykytilaa ja kolmannessa syklissä kouluttamaan henkilökunnalle tehokkaita ja potilasturvallisia kommunikaatiomenetelmiä.

2.6 Luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuus

Virheiden välttämiseksi jokaisen tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida (Tuomi & Sarajärvi 2013, 134). Kirjallisuuskatsauksessa keskeisesti luotettavuuteen vaikuttava vaihe on aineiston käsittely (Kangasniemi & Pölkki 2016, 91). Tällöin voidaan käyttää *vahvistettavuuden* kriteeriä luotettavuuden arvioinnissa. Aineiston käsittelyn tulee olla esitetty seikkaperäisesti ja lukijan on pystyttävä seuraamaan tehtyjä ratkaisuja ja päättelyjä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 139; Mäkelä 1998, 53.) Aineiston käsittely ja sen vaiheet on esitetty kirjallisuuskatsauksen osalta läpinäkyvästi niin, että se on toistettavissa myöhemmin toisen henkilön toimesta. Myös aineiston kattavuus kertoo katsauksen luotettavuudesta. (Eskola & Suoranta 1998, 62-63; Tuomi & Sarajärvi 2013, 87.)

Aineisto on riittävän *kyllääntynyttä*, kun uusista tutkimuksista ei nouse enää tutkimusongelman näkökulmasta uutta tietoa (Mäkelä 1998, 52; Eskola & Suoranta 1998, 62-63; Tuomi & Sarajärvi 2013, 87). Tutkimusten haku ulotettiin useisiin eri tietokantoihin ja hakusanoina käytettiin keskeisesti aihetta kuvaavia englanninkielisiä sanoja. Kokonaisuudessaan kirjallisuushakujen tuloksena oli runsas määrä tutkimusartikkeleita (n=9968), jotka käytiin läpi ensin otsikon perusteella. Pelkän otsikon perusteella tehty karsinta suuresta määrästä tutkimusartikkeleita on voinut johtaa siihen, että kaikkia katsauksen kannalta oleellisia artikkeleita ei ole huomattu, ja ne ovat jääneet aineiston ulkopuolelle.

Suhteessa katsauksen tarkoitukseen aineistosta saatiin vastauksia kommunikaation merkityksestä osana kriittisesti sairaan potilaan hoitotyötä. Katsaus tarjosi toistetusti vastauksia sekä aihetta edistävästä, että estävästä tekijöistä. Keskeistä oli viestinnän avoimuus, kannustava ja turvallinen ympäristö sekä viestintästrategioiden standardisointi ja työntekijöiden koulutus. Kehittämiskysymyksen kannalta nämä olivat merkittäviä tuloksia ja niiden toistuvuuden perusteella aineiston voidaan sanoa kyllääntyneen (Mäkelä 1998, 52; Eskola & Suoranta 1998, 62).

Kirjallisuuskatsauksen *uskottavuutta* heikentää se, että sen toteutti yksi henkilö. On tutkittu, että yksittäisen tutkijan tekemissä kirjallisuuskatsauksissa noin kahdeksan prosenttia asianmukaisista tutkimuksista jää huomioimatta, kun kahden tutkijan suorittamissa katsauksissa tutkimuksia löydetään tätä kattavammin (Valkeapää 2016, 64; Kangasniemi & Pölkki 2016, 91). Kirjallisuuskatsauksen haut tehtiin sähköisesti, jotka ovat kustannustehokkaita, mutta tutkimuksen kannalta oleellisia tutkimuksia voi jäädä huomaamatta (Niela-Vilen & Hamari 2016, 25).

Kirjallisuuskatsaukseen pitäisi pyrkiä ottamaan mahdollisimman korkealaatuiset tutkimukset, jotta paras mahdollinen näyttö saadaan tiivistettyä. Tutkimusten korkea laatu lisää katsauksen uskottavuutta. Hoitotieteen tutkimussäätiö on koonnut JBI:n mukaiset kriittisen arvioinnin tarkistuslistat saataville, joiden mukaan kaikki tämän katsauksen tutkimukset on arvioitu hyväksytysti. (Danielsson-Ojala 2016, 126.) Tutkimusten näytön aste on lisäksi arvioitu Käyvän hoidon näytön aste -luokituksen mukaisesti. Tutkimuksista seitsemän oli A ja neljä B asteen tasoisia. Arvioinnin tavoitteena oli tutkimuksissa esitettyjen tulosten merkittävyyden ja yleistettävyyden arviointi (Lemetti & Ylönen 2016, 67). Laadukkaasti tehty katsaus mahdollistaa näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisen, josta on mahdollista saada nopeasti kattava kuva aiheeseen perustuvasta tutkimuksesta ja niiden tuloksista (Niela-Vilén & Hamari 2016, 33). Näyttöön perustuvaa tietoa voidaan käyttää päätöksenteon tukena ja etsiä sen avulla tehokkain ja tuloksellisin toimintatapa. Tiedon määrän nopea lisääntyminen ja tarve toiminnan kehittämislle luovat perustan kirjallisuuskatsauksen hyödyntämiselle organisaatiossa. (Salminen 2011, 10.)

Eettisyys

Kirjallisuuskatsaus voi olla eettisesti hyväksyttävä ja sen tulokset luotettavia vain, jos se on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (Hyvä tieteellinen käytäntö n.d). Tutkimusetiikka määrittää sen, mitä tutkija voi tai ei voi tehdä. Tätä kutsutaan tutkimusmoraaliksi (Grönfors 1982, 188). Kirjallisuuskatsauksen eettisyys on huomioitu katsauksen jokaisessa vaiheessa ja ennakkoon tehdyllä pohdinnalla katsauksen vaikutuksista. Näin voidaan välttää mahdollisten eettisten ongelmien ilmenemistä jo ennalta. (Moisanen 2018, 178.) Tutkimustyön uskottavuus kulkee rinnakkain eettisten ratkaisujen kanssa ja uskottavuus edellyttää hyvää tieteellistä käytäntöä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 132). Kun kehittämistyö on työelämälähtöistä, siinä korostuu niin tieteen kuin organisaationkin eettiset säännöt. Kehittämistyön tavoitteen tulee olla korkeamoraalista, rehellistä, huolellista ja täsmällistä sekä tulosten on oltava käytännön hyödynnettävissä. (Tuomi & Sarajärvi

2013, 132-133; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 48). Vastuu näistä valinnoista on tutkijalla itsellään sekä tutkimuksen tekemiseen osallistuvilla henkilöillä (Hyvä tieteellinen käytäntö n.d.; Tuomi & Sarajärvi 2013, 133).

Kirjallisuuskatsauksen kaikissa vaiheissa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä, toiminta on ollut rehellistä ja raportoinnista on tehty avointa sekä läpinäkyvää. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat yleisesti hyväksytyjä tieteelliselle tutkimukselle ja toiminta on ollut vastuullista. (Hyvä tieteellinen käytäntö n.d.) Katsauksen suunnitteluvaiheessa on huomioitu Kainuun sotien strategia ja toimintaa ohjaavat arvot, jotka ovat taustalla vaikuttavina tekijöinä henkilöstön osaamisen kehittämiseksi organisaatiossa.

2.7 Lähteet

Ahlmén-Laiho, U. 2019. Kaikki tiet vievät simuloimaan. *Finnanest* 52 (3), 220-222.

Conn, L., Haas, B., Cuthbertson, B., Amaral, A. Coburn, N. & Nathens, A. 2015. Communication and Culture in the Surgical Intensive Care Unit: Boundary Production and the Improvement of Patient Care. *Qualitative Health Research* 26 (7), 895-906. doi: 10.1177/1049732315609901

Danielsson-Ojala, R. 2016. Järjestelmällinen katsaus Joanna Briggs instituutin mukaisesti. Teoksessa M. Stolt, R. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turun yliopisto, 118-128.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Guyas, H. 2014. Effective communication and teamwork promotes patient safety. *Nursing Standard* 29 (49), 50-57. doi: 10.7748/ns.29.49.50.e10042

Grönfors, M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Hautamäki, R. 2014. Kommunikointi ja vaaratapahtumat. *Tehohoito* 32 (2), 116-119.

Helovuuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännön läheisesti. Helsinki: Fioca Oy.

Helovuuo, A. 2012. Potilasturvallisuus edellyttää viestintää. *Sairaanhoitaja* 85 (2), 87-88.

Hyvä tieteellinen käytäntö. N.d. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 4.3.2020 <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2016. Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turku: Turun yliopisto, 80-93.

Kemper, P., de Bruijne, M., van Dyck, C. & Wagner, C. 2011. Effectiveness of classroom-based crew resource management training in the intensive care unit: study design of a controlled trial. *BMC Health Services Research* 11(304). Doi: 10.1186/1472-6963-11-304

Kettunen, T. & Gerlander M. 2013. Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa. Teoksessa L. Aaltonen & P. Rosenberg (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 293-314.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (3), 37-45.

Lemetti, T. & Ylönen, M. 2016. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusartikkeleiden arviointi. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja, sarja A73. Turku: Turun yliopisto, 67-79.

Liaw, S., Zhou, W., Lau, T., Siau, C. & Chan, S. 2014. An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for deteriorating patient. *Nurse Education Today* 34 (2), 259-264. doi: 10.1016/j.nedt.2013.02.019

Moisanen, K. 2018. Asiakaslähtöisen osaamisen johtaminen vanhuspalveluissa. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja No 170. Jyväskylä: Grano Oy. Viitattu 10.12.2019 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2775-0>

Mäkelä, K. 1998. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus Ab.

Niela-Vilen, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja, sarja A73. Turku: Turun yliopisto, 23-34.

Näytön asteen määrittely. 2016. Hoitosuositusryhmien käsikirja. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Viitattu 29.1.2020 <https://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Pudas-Tähkä, S-M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen raja- ja hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-

L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku: Digipaino-Turun yliopisto. 46–57.

Saaranen T., Paakkonen H., Vaajoki A., Aura A. & Tossavainen K. 2012. Simulaatio-opiminen Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksella. *Pro terveys* 1 (1), 28–31.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsausten tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja 62. Viitattu 17.10.2019 https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Suhonen, R., Axelin A. & Stolt M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa: M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turku: Turun yliopisto, 7-9.

Tervaskanto-Mäentausta, T. & Vanhanen, M. 2016. Simulaatio moniammatillisten tiimitaitojen laboratoriona. Teoksessa O. Tieranta & P. Poikela (toim.) Helmiä hoitotyön simulaatioissa. Hyviä käytänteitä ammattikorkeakouluista. Lapin ammattikorkeakoulun julkaisuja, sarja B. Rovaniemi: Lapin ammattikorkeakoulu, 19-24.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimusten arviointikriteeristöt. N.d. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 25.4.2020 <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/>

Tutkimustiedon laadun arvioiminen. N.d. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 11.9.2019 <https://www.hotus.fi/tutkimustiedon-laadun-arvioiminen/>

Twedell, D. & Pfimmer, D. 2009. Teamwork and communication. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 40 (7), 294-295. doi: 10.3928/00220124-20090623-09

Valkeapää, K. 2016. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turku: Turun yliopisto, 56-66.

van Leijen-Zeelenberg, J., van Raak, A., Duimel-Peeters, I., Kroese, M., Brink, P. & Vrijhoef, H. 2014. Interprofessional communication failures in acute carechains: How can

we identify the causes? *Journal of interprofessional Care* 29 (4), 320-330. doi: 10.3109/13561820.2014.1003802

Weller, J., Boyd, M. & Cumin, D. 2014. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal* 90 (1061), 149-154. doi: 10.1136/postgradmedj-2012-131168

Kirjallisuuskatsauksen lähteet

Bristowe, K., Siassakos, D., Hambly, H., Angouri, J., Yelland, A., Draycott, T. & Fox, R. 2012. Teamwork for critical emergencies: interprofessional focus group analysis and triangulation with simulation. *Qualitative Health Research* 22 (10), 1383-1394. doi: 10.1177/1049732312451874

Courtenay, M., Nancarrow, S. & Dawson, D. 2013. Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Human Resources for Health* 11 (57), 1-10. doi: 10.1186/1478-4491-11-57

Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. 2015. Interprofessional communication in healthcare: an integrative review. *Nurse Education in Practice* 19 (7), 36-40. doi: 10.1016/j.nepr.2016.04.005

Halverson, A., Casey, J., Andersson, J., Andersson, K., Park, C., Rademaker, A. & Moorman, D. Communication failure in the operating room. *Surgery* 149 (3), 305-310. doi: 10.1016/j.surg.2010.07.051

Jones, C., Fawker-Corbett, J., Groom, P., Morton, B., Lister, C. & Mercer J. 2018. Human factors in preventing complications in anesthesia: a systematic review. *Anaesthesia* 73 (1), 12-24. doi: 10.1111/anae.14136

Martin, H. & Czurzynski, M. 2015. Situation, background, assessment, and recommendation – guided huddles improve communication and teamwork in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* 41 (6), 484-488. doi: 10.1016/j.jen.2015.05.017

Morrow, K., Gustavson, A. & Jones, J. 2016. Speaking up behaviours (safety voices) of healthcare workers: a metasynthesis of qualitative research studies. *International Journal of Nursing Studies* 64 (12), 42-51. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.09.014

Parush, A., Kramer, C., Foster-Hunt, T., Momtahan, K., Hunter, A. & Sohmer, B. 2011. Communication and team situation awareness in the OR: implications for augmentative

information display. *Journal of Biomedical Informatics* 44 (3), 477-485. doi: 10.1016/j.jbi.2010.04.002

Reader, T., Flin, R., Mearns, K., Cuthbertson, B. 2009. Developing a team performance framework for the intensive care unit. *Critical Care Medicine* 37 (5), 1787-1793. doi: 10.1097/CCM.0b013e31819f0451

Stewart, K. & Hand, K. 2017. SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. *Medsurg Nursing* 26 (5), 297-305. Viitattu 1.11.2020 <https://insights.ovid.com/medsurg-nursing/mednu/2017/09/000/sbar-communication-patient-safety-integrated/3/00008484>

Wahr, A., Prager, L., Abernathy, J., Martinez, E., Salas, E., Seifert P., Groom, Spiess, B., Searles, B., Sundt III, T., Sanchez, J., Shappell, S., Culig, M., Lazzara, E., Fitzgerald, D., Thourani, V., Eghtesady, P., Ikonomidis, J., England, M., Sellke, F. & Nussmeier, N. 2013. Patient safety in the cardiac operating room: human factors and teamwork. A scientific statement from the American heart association. *Circulation* 128 (10), 1139-1169. doi: 10.1161/CIR.0b013e3182a38efa

3 Viestintäosaamisen nykytila (2. sykli)

Artikkelissa kuvataan moniammatillisen tehohoitotiimin välisen viestintäosaamisen nykytila akuutissa potilaan hoitotilanteessa. Viestintäosaamisella tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä ihmisten henkilökohtaisia tietoja, taitoja ja asenteita, joilla he kykenevät ilmaistamaan itseään viestintätilanteissa (Salminen 2014, 22; Paloniemi 2004, 20). Osaamista kartoitettiin simulaation, reflektiokeskustelun ja kuvatun tallenteen perusteella. Tulosten avulla täsmennettiin osaamisen kehittämisen tarvetta osastolla ja saatiin jatkokehitysaihe seuraavaan eli kolmanteen sykliin.

3.1 Potilasturvallisuuteen vaikuttavat työskentelymenetelmät (suunnittelu)

Kasvokkain tapahtuvassa viestinnässä tapahtuu herkästi tiedonkulun virheitä, jotka voivat aiheuttaa potilaalle haittaa. Tietoa vaihdetaan tiimien, eri ammatti- ja sidosryhmien kesken ja kaikissa viestintätilanteissa on virheellisen tiedonvälittymisen riski. Nämä tilanteet edellyttävät ennalta sovittuja viestintärutiineja tai vakiomuotoisia viestintäkaavoja, joilla virhemahdollisuuksia voidaan ennakoida ja hallita. Ne luovat viestintään täsmällisyyttä, tehokkuutta ja minimoivat väärinymmärrysten mahdollisuuksia. (Härgestam, Lindkvist, Brulin, Jacobsson & Hultin 2013, 1-2; Wan, Wan, Lin, Shou & Sahng 2017, 81-82; Helovuoto 2012, 86) Erilaiset rutiinit voivat perustua esimerkiksi tarkistuslistoihin tai tietyissä tilanteissa yhteisesti sovittuihin viestintäkäytäntöihin. Rutiinit vaikuttavat viestintään myös vähentämällä siihen liittyviä jännitteitä. Kun viestitään sovitulla tavalla, viestejä ei tulkita henkilökohtaisesti, vaan niitä pidetään neutraaleina ilmaisuina, joita kaikki yleisesti käyttävät. (Jones, Fawker-Corbet, Groom, Morton, Lister & Mercer 2018, 21-22; Helovuoto 2012, 86.) Keskeistä on varmistaa viestinnän selkeys ja ymmärrettävyys. Erityisesti suullinen viestintä on altis ympäristön aiheuttamille häiriöille ja väärille tulkinnoille. (Helovuoto 2012, 86; Härgestam ym. 2013, 2.)

Viestinnässä voidaan kehittää sen selkeyttä, ajoitusta, määrätietoisuutta ja aktiivista kuuntelua (Helovuoto, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 194). Viestinnän selkeys ja tarkkuus merkitsevät sitä, että viestin vastaanottaja saa käsityksen tulevasta tehtävästä ja siitä, kuka siitä on vastuussa (Helovuoto ym. 2011, 194; Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS) System Handbook v1.0. 2012, 10). Tällöin voidaan puhua kohdennetusta viestinnästä. Tällöin viestinnän yhteydessä osoitetaan joko henkilön nimeä käyttämällä tai kädellä osoittamalla henkilöä, kenelle viesti on suunnattu. Lisäksi viesti on sisällöllisesti

tiivis, ja sen tulee sisältää kaikki tarvittava tieto turvallisen toiminnan varmistamiseksi. (Jones ym. 2018, 16; Helovuon ym. 2011, 194.)

Viestintä tulee myös ajoittaa ajallisesti oikein. Mikäli viestin vastaanottaja on juuri tekevässä jotain muuta tehtävää, joka vaatii täyden keskittymisen tilanteeseen, hän ei pysty samanaikaisesti vastaanottamaan uutta tietoa. (Jones ym. 2018, 16; Helovuon ym. 2011, 194.) Häiriöt ja keskeytykset ovat tekijöitä, jotka merkittävästi lisäävät inhimillisten virheiden mahdollisuuksia. Tilannetta, jossa työskennellään, tulee osata tulkita ja viestintä pitää osata ajoittaa oikein. Poikkeuksena on tilanne, jossa tieto on potilasturvallisuuden kannalta niin kriittinen, että se tulee sanoa missä tilanteessa tahansa. (Helovuon ym. 2011, 194.)

Viestintään kuuluu myös määrätietoisuus. Se tarkoittaa ihmisten määrätietoista tapaa tuoda viestin sisältö esille. Se on merkityksellistä silloin, kun turvallisuuden kannalta tärkeää tietoa on välitettävä toiselle henkilölle. (Helovuon ym. 2011, 195; Morrow, Gustavson & Jones 2016, 43; Norris & Lockett 2011, 425.) Potilasturvallisuus voi vaarantua, mikäli virheitä ja potilasturvallisuuteen kielteisesti vaikuttavia tekijöitä havaitaan, mutta niistä ei uskalleta sanoa ääneen. (Morrow ym. 2016, 43-46; Wahr ym. 2013, 1153; Helovuon ym. 2011, 183, 195.)

Kuuntelun taito on merkittävää viestin oikein ymmärtämiseksi. Kuuntelu on aktiivista toimintaa, jossa kiinnitetään huomioita siihen, mitä toinen sanoo ja aidosti tarkoittaa. Hiljaisuus ei kerro ymmärtämisestä ja siitä, onko viesti ymmärretty. Mikäli kuulija ei ymmärrä mitä hänelle sanotaan, hänen tulee lisäkysymyksillä tarkentaa ymmärrystään. Aktiiviseen kuunteluun kuuluu katsekontaktin ottaminen ja keskittyminen kuunteluun sekä tarkentavien kysymysten tekeminen ja viestin vahvistaminen. (Mönkkönen, Leinonen, Arajärvi, Hovatta, Tusa & Salokangas 2019, 53-54; Holm, Poutanen & Stähle 2018; 196; Lunenburg 2010, 9.) Kuuntelijan ei tule keskeyttää viestijää, lopettaa lauseita hänen puolestaan tai tehdä ennako-oletuksia. Merkityksellistä on myös keskittää huomio viestintätilanteeseen, eikä pohtia samanaikaisesti muita asioita tai tehtäviä. (Mönkkönen ym. 2019, 53-54; Lunenburg 2010, 9.)

Opinnäytetyön 1. syklissä tehdyn kirjallisuuskatsauksen perusteella keskeiseksi viestintästrategiaksi nousi kaksisuuntainen viestintä, joka vaikuttaa olevan kaikista yleisin turvallisuuden liittyvä viestintäkäytäntö tällä hetkellä. Tästä tekniikasta käytetään myös nimitystä suljetun ympyrän viestintä (closed loop communication). Tarkoitus tällä viestintäkäytännöllä on, että molemmat, sekä viestin lähettäjä että vastaanottaja, voivat varmistua viestin oikeasta sisällöstä. Viestin vastaanottaja kuittaa lähettäjältä saamansa tiedon toistamalla viestin oleelliset sisällöt, jonka perusteella viestin lähettäjä voi varmistua vastaanottajan

kuulleen ja ymmärtäneen viestin oikein. Tämä tekniikka on tarpeellinen kaikissa tilanteissa, joissa riski ymmärtää viesti väärin on mahdollinen. Esimerkiksi suulliset potilaan lääke- ja tutkimusmääräykset sekä erilaiset hoito-ohjeet ovat tyypillisiä tilanteita, joissa väärin kuultu tai ymmärretty viesti voi aiheuttaa haittaa potilaalle. (Flin, Winter, Sarac & Raduma 2009, 18; Helovuori 2012, 86; Helovuori ym. 2011, 190; Härgestam ym. 2013, 2.)

Esimerkkejä erilaisista viestintärutiineista on Yhdysvalloissa kehitetyt ISBAR, call out, time out ja two challenge rool. *ISBAR* on tiedonkulun yhdenmukaistamisessa käytettävä menetelmä, jota käytettiin alun perin laivastossa vuoronvaihdon yhteydessä, josta se myöhemmin siirtyi terveydenhuoltoon. (Stewart & Hand 2017, 297; Tamminen & Metsävainio 2015, 340.) *ISBAR* tulee sanoista Identify, Situation, Background, Assessment ja Recommendation. Tämän viestintästrategian käytön tarkoitus on kehittää henkilökunnan välistä viestintää raportointi- ja konsultaatiotilanteissa. (Tamminen & Metsävainio 2015, 340; Flin ym. 2009.) *ISBAR*in hyötyjä potilasturvallisuuden kehittymisen myötä ovat raportoinnin tehostuminen ajallisesti sekä sisällöllisesti ja henkilökunnan kokema raportointitilanteiden mielekkäisyys. Tieto välittyy *ISBAR*in avulla aina systemaattisesti vakioidun kaavan mukaan. *ISBAR*in käyttö on merkityksellistä erityisesti silloin, kun tilanteessa on kiire ja oleellista tietoa voi jäädä välittämättä. Menetelmä on apuna myös tilanteissa, joissa hierarkia ja eri ammattiryhmien väliset erot hankaloittavat viestintää. (d'Agincourt-Canning, Kisson, Singal & Pitfield 2011, 705; Stewart & Hand 2017, 302; Flin ym. 2009, 19-20.)

Call out on menetelmä, jonka avulla viestitään tärkeää tietoa kriittisissä tilanteissa. Esimerkiksi hätätilanteessa potilaan vitaalinelintoimintojen muutoksista ilmoitetaan ääneen, jotta tieto on koko tiimin saatavilla. (Haynes & Strickler 2014, 62; Härgestam ym. 2013, 2; Liaw, Zhou, Lau, Siau & Chan 2014, 261.) Tärkeä tieto voidaan suunnata myös yksittäiselle henkilölle, jonka vastuulla kyseinen toiminto on. Tällainen toiminta helpottaa koko tiimiä ennakoimaan seuraavia vaiheita potilaan hoidossa ja valmistautumista niihin. (TeamSTEPPS Fundamentals course 2019; Liaw ym. 2014, 261.)

Briefing eli tiimien tilannepäivitys on toimintatapa, jossa tiimi kokoontuu yhteen hetkeksi ennen tietyn toiminnan tai työvaiheen aloittamista (Helovuori ym. 2011, 205; Twedell & Pfrimmer 2009, 294; Flin ym. 2009). Briefingin tarkoituksena on keskustella tulevan tapahtuman toteuttamissuunnitelma, työnjako ja mahdolliset kriittiset kohdat. Huomionarvoista on myös tuoda esille mahdolliset riskit ja toimintasuunnitelma, miten riskitilanteissa toimitaan. Yksinkertaisimmillaan se voi olla kahden ihmisen välinen lyhyt hetki, jossa keskustellaan lääkkeen annosta tai sitten se voi olla koko tiimin välinen tuokio, jossa selvitetään esimer-

kiksi osastolle tulossa olevan potilaan hoitoon liittyvät asiat. (Helovuo ym. 2011, 205; Twedell & Pfrimmer 2009, 294.) Asioiden läpikäymiseksi voidaan myös kehittää tarkistuslista helpottamaan muistamista (Flin ym. 2009, 10). Toiminnan tarkoitus on aina selventää kaikille osallisille tuleva toimintasuunnitelma, mahdolliset riskit ja niihin varautuminen. (Helovuo ym. 2011, 205; Twedell & Pfrimmer 2009, 294.) *Time out* on käytännössä hyvin samankaltainen toimintatapa kuin briefing. Missä tahansa toiminnan vaiheessa voidaan ottaa niin sanottu time out, ja palauttaa tiimiin kuuluvat henkilöt tilanteen tasalle yhteisellä kokoontumisella. Tämä selkeyttää tiimille yhteistä päämäärää ja tehostaa tiimin toimintaa. (Pesonen 2011, 18-19.)

Two challenge rule on toimintatapa, jonka mukaan tiimiläisten vastuulla on huomauttaa huolenaiheestaan vähintään kaksi kertaa varmistaakseen, että huomautus on kuultu. Henkilön, jolle huomio on suunnattu, tulee osoittaa ottaneensa huolenaihe huomioon. Mikäli huomio sivuutetaan edelleen, voi huolenaiheen esittäjä ottaa johdon tilanteessa ja pysäyttää haitallisen toiminnan. Tämä tapa toimia tukee jokaisen tiimiin kuuluvan henkilön tasavertaisuutta ja oikeutta puuttua turvallisuusriskeihin. (Pocket guide: TeamSTEPS 2014, 29; Haynes & Strickler 2014, 63.)

Potilasturvallisuuden vaarantuminen viestinnän heikkouden vuoksi on siis ennakoitavissa oleva tapahtuma. Virheet viestinnässä johtuvat yleensä usean inhimillisen tekijän yhteisvaikutuksesta, ei niinkään yksittäisen yksilön tekemistä virheistä. Kaksisuuntainen viestintä on merkittävimpiä strategioita näyttöön perustuvista viestintämalleista, jotka perustuvat ajatukseen potilasturvallisuuden kehittämisestä standardoituja strategioita käyttämällä. Kaikki edellä esitetyt strategiat tukevat toisiaan ja niiden avulla on mahdollista saavuttaa viestintäkäytäntöjen kokonaisuus, jonka avulla henkilökunnan viestintäosaamista voidaan kehittää. (Härgestam ym. 2013, 2.) Toisen syklin tarkoitus oli kartoittaa teho- ja valvontaosaston henkilökunnan välinen viestintäosaaminen kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa. Tutkimuskysymys oli, miten henkilökunta kommunikoi kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa.

3.2 Nykytilan analyysi (toiminta)

Nykytilan selvittämiseksi suunniteltiin ja toteutettiin simulaatio, jossa määritettiin kommunikaation nykytila, eli miten henkilökunta kommunikoi keskenään kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa teho- ja valvontaosastolla. Ei-teknisten taitojen, kuten viestinnän, arviointi on yksi keskeisistä simulaatioharjoittelun hyödyistä. Simulaatioon osallistuvalla

henkilöllä itsellään on mahdollisuus havaita, mitä osaamista tarvitsee vahvistaa, ja simulaation ohjaaja voi lisäksi tehdä havaintoja osaamisesta, jota tulee kehittää. (Fanning & Gaba 2007, 117; Kokko 2016, 17.) Simulaatiot ovat kokemuksellista oppimista, jossa yksilön ja tiimin viestintätaitoja voidaan oppia reflektoinnin kautta mahdollisimman todentuntuisessa ympäristössä todenmukaisten potilastapausten avulla. Simulaatioissa korostuu toimintaa ohjaavat strategiat ja niiden aktiivinen kokeilu tavoitteiden saavuttamiseksi. Viestinnän kannalta simulaatiot mahdollistavat ihmiselle monikanavaisen tilaisuuden oppia eri aistihavaintoja, kuten kuuntelemista, havaitsemista, näkemistä sekä sanallista ja ei-sanallista viestintää. (Parkkonen, Rantanen & Kuisma 2013, 148-149.)

Simulaatioon otettiin mukaan neljä sairaanhoitajaa ja yksi erikoistuva lääkäri kyseiseltä osastolta. Osallistujat perehdytettiin simulaatioon ennalta, kuvaamalla aluksi suullisesti potilastapaus. Lisäksi heille selvitettiin simulaation tarkoitus eli nykytilan kartoitus. Heille ei kuitenkaan kerrottu, että tarkkailun kohteena on erityisesti viestintä, koska se olisi voinut muuttaa heidän tavanomaista toimintaansa. Potilas oli 65-vuotias mies, joka oli yskinyt ja kuumeillut kaksi päivää. Hänellä oli hengenahdistusta ja yleistila oli heikentynyt. Hemodynamiikka oli epävakaata ja potilaan tajunta aleni. Potilaan vointi oli kriittinen ja edellytti tiimiltä nopeita toimia elintoimintojen turvaamiseksi. Tiimin nopea järjestäytyminen potilaan hoidon kannalta keskeisiin asioihin edellytti tiimin keskeistä vuorovaikutusta ja yhteistyön koordinoitua (Härgestam ym. 2013, 2). Tilanne luotiin siis sellaiseksi, jossa tiimin tarvitsee väistämättä viestiä keskenään ja näin olemassa olevat toimintatavat saadaan esille analyysia varten. Simulaation kesto oli 45 minuuttia.

Toimiminen simulaatioissa oli henkilökunnalle jo ennalta tuttua, koska simulaatioharjoituksia on järjestetty työyksikössä säännöllisesti. Tilanne järjestettiin in situ, eli aidossa ympäristössä käyttämällä aitoja hoitotyön välineitä ja sen hetkisiä resursseja. Tavoitteena oli, että tilanne vastaa todellisuutta mahdollisimman tarkasti ja aidosti. Potilaana simulaatiossa toimi oikea ihminen, mikä toi tilanteeseen toden tuntua, koska oikea ihminen liikkuu, äänтелеe ja reagoi hoidoille autenttisesti. (Goldshtein, Krensky, Doshi & Perelman 2018, 3; Kivinen & Karjalainen 2016, 55.) Kun havaintoja tehdään luonnollisessa ympäristössä, on etuna se, että toimintaa tarkkaillaan oikeassa asiayhteydessä, jossa se ilmenee (Vilka 2006, 37). Simulaatiotilanne kuvattiin tallenteeksi ja osallistuminen simulaatioon perustui vapaaehtoisuuteen. Tallenteella olleiden ihmisten tunnistetietoja ei mainita missään vaiheessa ja tallenne on vain opinnäytetyön tekijän nähtävillä. Tallenne on opinnäytetyön tekijän hallussa koko opinnäytetyöprosessin ajan ja se tuhotaan prosessin lopussa.

Nykytilan analyysissä käytettiin metodina havainnointia ilman osallistumista, joka sopii erinomaisesti tilanteisiin, jotka ovat nopeasti muuttuvia ja vaikeasti ennakoitavia (Grönfors

1982, 90; Vilkka 2006, 43). Havainnoinnilla on pitkät perinteet tieteellisessä tutkimuksessa. Se on perusmetodi, jolla kerätään havaintoja tutkittavasta kohteesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 122; Vilkka 2006, 37-38.) Se on tietoista tarkkailua, ei pelkästään asioiden tai ilmiöiden näkemistä. Havainnointi sopii ihmisten välisen vuorovaikutuksen tarkkailuun sekä nopeasti muuttuvien ja vaikeasti ennakoitavien tilanteiden tutkimiseen. (Vilkka 2006, 37-38, 45.) Havainnointi toteutettiin tilanteen ulkopuolelta, ilman että havainnoija olisi osallistunut itse simulaatioon toimijana. Havainnointitilanteesta sovittiin ennakolta, ja se tapahtui tutkittavan kohteen eli osaston henkilökunnan ehdoilla. (Grönfors 1982, 78, 88, 90; Eskola & Suoranta 1998, 99-101; Tuomi & Sarajärvi 2013, 81-82.) Havainnoinnin perustana oli toimintatutkimuksen ensimmäisen syklin tulos viestintästrategiat, joka toimi havainnoinnin viitekehyksenä. Tietoperusta auttaa havainnoijaa suuntaamaan huomion tekijöihin, joihin hän ei välttämättä kiinnittäisi muuten huomiota. Havainnointi kohdistetaan teorian perusteella koskemaan tutkittavaa asiaa kohteessa, eli henkilökunnan välistä viestintää. (ks. Grönfors 1982, 54; Vilkka 2006, 40-44, 80.) On oltava varoivainen, ettei anna aiemman tiedon vaikuttaa liikaa tarkasteltaviin asioihin, jotta aiemmat tutkimustulokset eivät johdattele kehitystyötä liiaksi (Grönfors 1982, 54).

Simulaation havainnoinnilla on mahdollista saada tietoa siitä, toimivatko ihmiset todella niin, kuin he väittävät toimivansa. Pelkkään haastatteluun perustuva tutkimusaineisto voi olla epäluotettavaa esimerkiksi silloin, kun yksittäinen henkilö antaa tietoja tilanteesta, johon on osallistunut useita henkilöitä. Haastattelulla saadaan usein tietoa siitä, miten ihanneltilanteessa tulisi toimia ja havainnoinnilla saadaan tietoa siitä, miten ihannenormostoa noudatetaan käytännössä. (Grönfors 1982, 90-91; Sulkunen 1998, 265.)

Nykytilan määrittämiseksi käytettiin useita aineiston keruutapoja luotettavuuden lisäämiseksi. (Grönfors 1982, 90-91; Vilkka 2006, 40). Havainnoitavaa simulaatiotilannetta tarkkailtiin, kun se tapahtui, ja sen lisäksi se kuvattiin tallenteeksi myöhempää tarkastelua varten. Myös toimijoina olleet hoitajat ja lääkäri analysoivat omaa sekä muiden toimintaa simulaatiossa simulaation jälkeen pidetyssä reflektiokeskustelussa, jonka perusteella havainnoijan oli mahdollista tehdä lisätulkintoja toimijoiden kokemusten perusteella. Keskustelussa analyysi ohjattiin koskemaan viestinnän toteutumista tiimin sisällä. Reflektiokeskustelu tallennettiin myös äänitteeksi. Reflektio on tuttujen toiminta- ja ajatusmallien lähtökohtien pohdintaa. Työyhteisön tottumuksia ja ajattelutapoja arvioidaan uudesta näkökulmasta ja näin on mahdollista hyväksyä uusi tapa ajatella ja kehittää toimintaa. (Heikkinen 2010, 34.) Reflektiokeskustelun etuja on myös tiedon saaminen usealta ihmiseltä samaan aikaan ja ryhmän innoittaminen keskustelemaan asioista toisten kertoman perusteella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123-124.)

Toimijoiden reflektiivistä otetta keskusteluun tuettiin käyttämällä merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa, jota ohjattiin ennalta suunniteltujen kysymysten avulla. Kysymyksillä kartoitettiin viestinnän näkökulmasta onnistumisen kokemuksia, omaa ja muiden koettua toimintaa simulaatiotilanteessa, toiminnan kehittämistarpeita, tilanteen merkitystä itsen ja muihin sekä simulaation lopputulokseen. Kysymysten kautta pohdittiin myös sitä, mitä osallistujat tekisivät toisin seuraavalla simulaatio kerralla. Kysymykset olivat

- miten onnistuitte kommunikaatiossa simulaation aikana?
- miten kommunikoit itse simulaatiotilanteessa?
- miten muut kommunikoivat simulaatiotilanteessa?
- mitä kehitettävää kommunikaatiossanne oli simulaation aikana?
- miten käytetty kommunikaatio vaikutti itseesi tai muihin simulaatiossa?
- miten käytetty kommunikaatio vaikutti simulaation lopputulokseen?
- mitä tekisit toisin seuraavalla kerralla kommunikaation suhteen?

Merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa käytetään havaintojen keräämiseen inhimillisestä käyttäytymisestä. Sen avulla voidaan määrittää inhimillistä toimintaa haittaavia ja edistäviä tapahtumia, jolloin voidaan arvioida toiminnan vaikuttavuuteen liittyviä tekijöitä. Sen avulla voidaan kuvata esimerkiksi hoitotyön tekemiseen liittyvää tehokasta tai tehotonta toimintaa tai epätyypillistä käyttäytymistä. Tekniikan avulla simulaatioon osallistuvat henkilöt voivat analysoida juuri kokemiaan tapahtumia simulaatiotilanteessa ja perustella sekä selittää toimintaansa reflektiokeskustelun avulla. Tapahtumista puhutaan merkityksellisinä siksi, että tapahtumalla on tärkeä tai kriittinen rooli sen toimintaympäristössä sekä toiminnan lopputuloksen kannalta. (Jaakola, Vornanen & Pölkki 2014, 157-158; Romppanen 2011, 41-42.) Kysymysten oli tarkoitus ohjata osallistujien reflektio koskemaan kommunikaatiota ja tiimitoimintaa, elleivät he itse ohjautuisi keskustelemaan aiheesta riittävästi (Toikko & Rantanen 2009, 103, 166). Vaatimuksena tekniikan käytölle on se, että simulaatioon osallistuvat henkilöt pystyvät analysoimaan omaa ja muiden toimintaa, tapahtuman yksityiskohtia ja he käsittävät oman roolinsa tapahtumassa (Romppanen 2011, 43; Jaakola ym. 2014, 159-160). v Aineiston analyysi toteutettiin reflektiokeskustelun ja simulaatiotilanteen tallenteista sekä simulaation aikana tehdyistä kirjatuihin havainnoista.

Simulaatiotallenteesta poimittiin tutkimuskysymyksen kannalta merkityksellisiä sanallisia ja ei-sanallisia viestintätapahtumia.

3.3 Aineiston analyysi (havainnointi)

Kerätty tutkimusaineisto on muutettava muotoon, jossa sitä on mahdollista tutkia. Simulaatio- ja reflektiokeskustelutallenne muutettiin tekstiksi eli litteroitiin. Litterointi tehtiin aineistoon osittain, eli vain tutkimuskysymyksen kannalta oleellinen osa muutettiin tekstimuotoon (Ruusuvuori 2010, 424; Vilka 2005, 116, 119). Aineisto käsiteltiin induktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä, jonka tarkoitus oli saada aineisto tiiviiseen ja yleistettävissä olevaan muotoon (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103). Tekstimuotoinen aineisto helpottaa tutkimusaineiston tulkintaa, ryhmittelyä ja luokittelua. Samalla, kun aineistoa kirjoitetaan, on mahdollista tehdä jo alustavia tulkintoja ja palauttaa simulaatiokokemukset takaisin mieleen. (Grönfors 1982, 156; Ruusuvuori 2010, 427.) Tärkeää litteroinnissa oli, että simulaatioon osallistuvien henkilöiden puhetta tai puheen merkityksiä ei muutettu analyysin missään vaiheessa. Tallenteet kuunneltiin ja katsottiin useita kertoja läpi, jotta kaikki merkityksellinen aineisto saatiin esiin.

Analyysiyksiköksi valittiin lause tai lauseen osa kommunikaation moniulotteisuuden vuoksi. Analyysiyksiköt pelkistettiin auki kirjoitetusta aineistosta siten, että kaikki epäolennainen karsittiin pois tekstistä. Aineistosta poistettiin siis kaikki informaatio, joka ei ollut tutkimuskysymyksen kannalta olennaista. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin kolmeksi eri luokaksi samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien mukaan. Tutkimuskysymys ohjasi ryhmittelyä, ja sen avulla pyrittiin havaitsemaan tekijöitä, joita on tarve kehittää henkilökunnan osaamisessa suhteessa tutkimusnäyttöön. Samaa asiaa kuvaavat käsitteet yhdistettiin luokiksi ja nimettiin sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Osana ryhmittelyä tapahtui aineiston käsitteellistäminen eli siitä muodostettiin teoreettisia käsitteitä ja saatiin vastauksia tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108-112; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166-169.) Luokkien nimiksi muodostui yhteistyö ja toiminnan koordinointi, viestinnän selkeys sekä lääke- ja hoito-ohjeen määräystapahtuma. Esimerkki luokittelusta on kuvattu taulukossa 5.

Taulukko 5. Esimerkki aineiston analyysin luokittelusta

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Luokka
<p>Yhteistyö toimi siinä. (1)</p> <p>Aika nopeasti tuossa, kun on paljon asioita ja paljon tehtävää, niin lisäksi olisi pitänyt kutsua jo aikaisemmin. Jos-sain vaiheessa huomasin, että olin yksin siinä potilaan vieressä ja kaikki muut oli lähetetty jollekin asialle. Sitten jos lähtee vaikka lääkehuoneeseen ja on useampi lääke siellä vedettävänä, niin se ei olekaan 10:ssä sekunnissa se hoitaja takaisin siellä, että siinä olisi aikaisemmin jo voinut kutsua apua. (3)</p>	<p>Yhteistyö toimi. (1)</p> <p>...on asioita ja tehtävää, niin lisäksi olisi pitänyt kutsua aikaisemmin. (3a)</p> <p>... olin yksin potilaan vieressä. (3b)</p> <p>Jos lähtee lääkehuoneeseen ja on useampi lääke vedettävänä, niin ei olekaan 10:ssä sekunnissa hoitaja takaisin (3c)</p> <p>...aikaisemmin olisi voinut kutsua apua (3d)</p>	<p>A. Yhteistyö ja toiminnan koordinointi (1, 3a, 3b, 3c, 3d, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 14a, 14b, 17b, 18)</p>
<p>Ja varmaan pikkusen äänekkäämmin olisi voinut silleen niin kun puhua siellä, että minä olisin kuullut ja pystynyt sitten kirjaamaan samalla. Että piti aina kysellä sitten toisaalta, että mitä. (2)</p> <p>Sitä voisi selkeämmin puhua ja varmistua siitä, että toinen on niin kun ymmärtänyt sen, tavallaan ohjeen mitä on annettu, eli antaa ohjeen, että ja sitten kuitataan. Että tee jotain ja sitten että tehty. Sitä ei varmaan liikaa voi korostaa, koska se on kuitenkin kommunikaation perusteita. Ei jää epäselvyyksiä. (6)</p>	<p>Äänekkäämmin olisi voinut puhua, olisin kuullut ja pystynyt kirjaamaan samalla. Piti kysellä sitten. (2)</p> <p>Voisi selkeämmin puhua ja varmistua, että toinen on ymmärtänyt sen ohjeen, mitä on annettu. (6a) ...antaa ohjeen ja sitten kuitataan. (6b) ...tee jotain ja sitten on tehty. (6c) Sitä ei liikaa voi korostaa, koska se on kuitenkin kommunikaation perusteita. (6d) Ei jää epäselvyyksiä. (6e)</p>	<p>B. Viestinnän selkeys (2, 6a, 6b, 6d, 6e, 7, 9, 13, 14c, 15, 16, 17a, 25, 26, 27)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - laitetaan Plasmalyte tonni tippumaan - (kukaan ei vastaa) (19) - Oxanestia... - joo, 3 milligrammaa vois olla (20) 	<ul style="list-style-type: none"> - laitetaan Plasmalyte tonni tippuman - (kukaan ei vastaa) (19) - Oxanestia... - joo, 3 milligrammaa vois olla (20) 	<p>C. Lääke ja hoito-ohjeen määrästapah-tuma (6b, 6c, 14b, 17a, 17b, 19, 20, 21, 22a, 22b, 22c, 22d, 23, 24a, 24b, 24c, 24d, 24e, 24f, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31a, 31b, 32)</p>

Kerätty aineisto ei itsessään ole vastaus tutkimusongelmaan. Aineisto kertoo siitä, mitä ihmiset sanoivat ja tekivät. Sisällön analyysi tuottaa kuvailevaa tietoa ja antaa perustan tutkijan älylliselle pohdinnalle. (Grönfors 1982, 161.)

3.4 Tulokset

Induktiivisen sisällönanalyysin tuloksena muodostui kolme luokkaa, jotka kuvasivat yhteistyöhön perustuvan tiimityön eri elementtejä viestinnän näkökulmasta. Jokainen luokka sisälsi keskeisiä tekijöitä, joita kehittämällä voidaan edistää teho- ja valvontaosaston henkilökunnan kommunikaatio-osaamista.

3.4.1 Yhteistyö ja toiminnan koordinointi

Simulaatioon osallistuvat kokivat, että yhteistyö tiimin välillä toimi hyvin simulaation aikana. Toimijat kokivat, että jokaisella oli simulaatiotilanteessa potilaan hoitoon liittyviä tehtäviä, ja niitä myös jaettiin tiimin sisällä. Tiimin johtaja, tässä tilanteessa lääkäri, ohjasi tilanteen kulkua ja jakoi tehtäviä. Myös hoitohenkilökunta jakoi keskenään työtehtäviä, ja he olivat samanaikaisesti itseohjautuvia. Tiimin johtaja koki olevansa tietoinen tilanteen etenemisestä ja muiden toimijoiden potilaan hoitoon liittyvien tehtävien suorittamista. Tilannetietoisuutta koettiin helpottavan sen, että sekä tiimi että ympäristö olivat tuttuja.

”Jokaisella oli koko ajan joku tehtävä, mitä oli tekemässä.”

”Jokainen teki oman hommansa siinä, mitä lääkäri pyysi.”

Toisaalta simulaatiotilanne koettiin kuormittavaksi suuren työmäärän ja tilanteen nopean etenemisen vuoksi ja lisäävun pyytäminen koettiin tapahtuvan liian myöhään. Simulaation aikana tiimin johtaja oli huomannut jääneensä yksin kriittisesti sairaan potilaan vierelle, kun muut tiimiläiset olivat suorittamassa määrättyjä tehtäviä muualla, kuin potilaan vieressä. Esimerkiksi lääkkeiden hakeminen lääkehuoneesta koettiin kestävän yllättävän kauan, joka aiheuttaa potilaan vierellä tapahtuvaan hoitoon osallistuvien henkilöiden määrän vähenemisen tilapäisesti. Viestinnän oikea ajoittaminen on merkityksellistä toiminnan ja yhteistyön koordinoimiseksi ja päällekkäisten tehtävien välttämiseksi. Siihen kuuluu taito tulkita tilannetta niin, että pystyy jakamaan tehtävät tilanteen vaatimalla tavalla ilman, että tehtävän turvallinen suorittaminen vaarantuu. (Jones ym. 2018, 16; Helovuo ym. 2011, 194.)

”Aika nopeasti tuossa, kun on paljon asioita ja paljon tehtävää, niin lisäksi olisi pitänyt kutsua jo aikaisemmin. Jossain vaiheessa huomasin, että olin yksin siinä potilaan vieressä ja kaikki muut oli lähetetty jollekin asialle. Sitten jos lähtee vaikka lääkehuoneeseen ja on useampi lääke siellä vedettävänä, niin se ei olekaan 10:ssä sekunnissa se hoitaja takaisin siellä, että siinä olisi aikaisemmin jo voinut kutsua apua.”

3.4.2 Viestinnän selkeys

Toimijat kokivat eroja viestinnän selkeydessä tilanteesta ja henkilöstä riippuen. Osin tehtävien annot koettiin selkeiksi, mutta toisaalta koettiin tarvetta vielä selkeämmälle puhumiselle ja varmistamiselle siitä, että viestin vastaanottaja on ymmärtänyt annetun ohjeen. Tilanteessa kirjaajana toiminut hoitaja koki jäävänsä tiedon ulkopuolelle tilanteeseen nähden liian hiljaisen puheen vuoksi, ja hän joutui kyselemään myöhemmin uudelleen tarvittavia tietoja. Reflektiokeskustelussa nousi esille myös oman puhetyylin käyttö. Mutinan ja ääneen pohdiskelun ajateltiin vaikeuttavan puheen ymmärtämistä ja sitä kautta hankaloittavan tehtävien suorittamista.

”Olisi voinut silleen niin, kun puhua siellä, että minä olisin kuullut ja pystynyt sitten kirjaamaan samalla. Että piti aina kysellä sitten toisaalta, että mitä.”

”Lääkäri antoi ainakin selkeästi ohjeet.”

Tiimi koki, että simulaation aikana ei tullut ”ilmaan heitettyjä”, avoimia määräyksiä tai ne olivat melko selkeitä. Osassa määräystapahtumista määräykset osoitettiin kohdehenkilöille katsekontaktissa tai osoittamalla henkilöä kädellä. Määräystapahtumat koskivat joko lääkkeenantoa tai muuta hoito-ohjetta. Kuvataallenteen havainnoinnin perusteella kuitenkin myös avoimia määräyksiä esitettiin simulaation aikana ja määräyksen vastaanottaminen ei aina ollut selkeää. Vastausta tai katsekontaktia ei aina ilmennyt tilanteessa, jossa määräys annettiin tai sitten vastaus saattoi olla pelkkä pään nyökkäys. Ryhmässä koettiin, että ”okei” on riittävän selkeä viesti siitä, että annettu määräys on ymmärretty oikein ja se suoritetaan. Toimivan viestinnän tulee olla selkeää ja riittävän tarkkaa kriittisissä tilanteissa. Sekä vastaanottajalle että viestin lähettäjälle on oltava selvää, mitä pitää tehdä, ja kuka ottaa vastuun kyseisestä toiminnasta. Viestinnän turvallisuutta lisäävät standardoidut menettelytavat ja yhdenmukainen terminologia, jolloin voidaan välttyä vääriä tulkinnoilta nopeasti muuttuvissa tilanteissa. (Helovuo ym. 2011, 194; Jones ym. 2018, 16.)

3.4.3 Lääke- ja hoito-ohjeen määräystapahtuma

Toimijoilla itsellään oli kokemus siitä, että simulaation aikana tapahtuneet määräykset olivat selkeitä, ja ne olivat kohdistettu aina tietylle henkilölle. Tarpeellisena elementtinä pi-

dettiin saadun määräyksen tai ohjeen kuittaaminen ilmaistakseen, että se on vastaanotettu. Kuittaamista pidettiin kommunikaation perusteena akuutissa potilaan hoitotilanteessa ja sen ajateltiin estävän epäselvyyksiä tiimityötilanteessa.

Lääkäri: "Laitetaan Plasmalyte tonni tippumaan."

(Kukaan ei vastaa)

Kuvatallenteen havainnoinnissa huomioitiin kuitenkin useita tapahtumia, joissa määräys ei ollut kohdennettu tai tehtävää ei kuitattu vastaanotetuksi tai suoritetuksi. Toimijoiden kokemus siitä, miten oli toimittu, poikkesi siis siitä, miten todellisuudessa oli toimittu. Useimmiten vastaus annettuun määräykseen oli "joo" tai vastausta ei annettu lainkaan. Työtehtävät suoritettiin, mutta määräyksenantaja ei näissä tilanteissa saanut varmistusta, onko tehtävä kuultu tai suoritettu oikein.

Lääkäri: "Nostatko neljäänkymppiin norri-infuusion ja 0,3 millilitraa anna boluksena"

(Hoitaja ei vastaa, toimii kuitenkin)

Määräystapahtumia oli yhteensä 22. Viisi tehtävää otettiin vastaan ilmaisuilla "joo", "on" tai "kyllä" ja kuudessa määräystapahtumassa ei annettu mitään vastausta. Muita tapoja, joilla otettiin määräys vastaan, oli silmiin katsominen, nyökkääminen tai sanottiin, että "minä käyn hakemassa". Kolmessa tapauksessa määräystä ei huomioitu vastaanotetuksi mitenkään muuten, kuin aloittamalla työtehtävän tekeminen. Yhdessä tapauksessa vastattiin kuittaamalla annettu tehtävä takaisin määräyksen antajalle samalla, kun sitä suoritettiin.

"Koneeseen kapnometri paikoilleen."

"Kapno on paikoillaan."

Määräystapahtumista yhdeksän oli selkeästi kohdennettu vastaanottajalle joko osoittamalla kädellä tai käyttämällä henkilön nimeä. Tapahtumat liittyivät potilaan hengitystien hallintaan ja tarkistuslistan lukemiseen. Viisi lääkemääräystä annettiin henkilön vieressä, jolle tehtävä oli tarkoitettu ilman nimeämistä tai katsekontaktia, jolloin tilanne ohjasi itsessään oikean henkilön suorittamaan määräystä. Intubaation tarkistuslistaa lukiessa kaikkia kysymyksiä ei kohdennettu ja osan asioista listanlukija joutui sanomaan toistetusti. Kuusi määräystä tapahtui kokonaan ilman kohdennusta. Nämä olivat lääke- ja nestehoitoon, intubaatioon ja hapenantoon liittyviä tilanteita.

Lääkäri: ”Tehdään sillä tavalla, että minä intuboin, annan sinä lääkkeet (osoittaa kädellä henkilöä), avusta sinä minua intubaatiossa (osoittaa kädellä), ja sulla on sitten ne varasuunnitelman osalta ne välineet (osoittaa kädellä).”

Lääkäri: ”Ja sitten Sukolin, siitä 50 mg eli yksi ml.”

(Hoitaja antaa lääkkeen, ei vastausta)

3.5 Johtopäätökset (reflektointi)

Tarkoituksena oli kartoittaa teho- ja valvontaosaston henkilökunnan välinen viestintäosaaminen kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa. Tutkimuskysymys oli, miten henkilökunta kommunikoi kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa. Osaaminen määritettiin simuloitun hengitysvajauspotilaan hoitotilanteen ja simulaation reflektiokeskustelun perusteella. Nämä tapahtumat myös tallennettiin ja tallenteita havainnoitiin vielä analysointivaiheessa.

Yhteistyö ja toiminnan koordinointi

Tulosten perusteella henkilökunnan kokemus yhteistyön toimivuudesta ja toiminnan koordinaatiosta oli vaihteleva. Yhteistyön koettiin yleisesti toimivan hyvin ja koordinoitusti, mutta toisaalta päädyttiin tilanteisiin, joissa työnjaollisilla toimilla olisi voitu hallita tilannetta kokonaisvaltaisemmin. Työnjaon epäselvyydet voivat aiheuttaa riskin potilasturvallisuudelle, jos tiimin toimintaa ei aktiivisesti ohjata selkeällä viestinnällä siitä, mitä seuraavaksi tapahtuu, ja kuka hoitaa mitään tehtävää (Helovuori 2012, 86). Kuormitusta aiheutti nopeasti muuttuvat tilanteet ja henkilökunnan riittävyys. Kun potilaan akuuttitilanne etenee nopeasti ja potilas on kriittisesti sairas, erityisen tärkeää on tehohoitotiimin oikea-aikainen ja koordinoitu toiminta. Tehohoidossa on tyypillistä ajoittainen korkea kuormitus ja työskentely henkisesti vaativassa ympäristössä. (Hautamäki 2014, 116.) Mitä useampi henkilö on tiimissä, sitä tärkeämpää on toiminnan koordinointi. Koordinaation tavoitteena on varmistaa työn määrän jakaantuminen kaikille tasapuolisesti ja saatavilla olevien resurssien hyödyntäminen järkevästi. (Helovuori ym. 2011, 196-197.) Hyvä koordinointi estää väärinkäsityksiä, joiden seurauksena tärkeitä työtehtäviä voi jäädä tekemättä tai niitä tehdään samanaikaisesti, kun ei tiedetä, kenen vastuulla tehtävä on (Helovuori ym. 2011, 196-197; Flin ym. 2010, 38). Koordinointiin voidaan liittää myös työn jaksottaminen ja jaksojen välissä pidettävät ”aikalisät” (time out, pause point). Nämä hetken pysähtymiset työtehtävien

välissä auttavat tiimiä kokoamaan yhteisen ymmärryksen tilanteen etenemisestä ja mahdollisista kriittisistä vaiheista, joita eri työvaiheet voivat sisältää. Tämän kaltainen toiminta tukee tiimin yhteisen kokonaiskuvan säilyttämistä ja päämäärän saavuttamista. (Helovuo ym. 2011, 196-197; Pesonen 2011, 18-19.) Tiimityössä on tärkeää tiedon aktiivinen jakaminen tärkeistä toiminnan vaiheista ja mahdollista varasuunnitelmista. Viestinnän on oltava aktiivista, jotta toiminta on yhtenäistä yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Kommunikaation puute on merkittävä inhimillinen virhe, joka voi johtaa haittatapahtumiin potilaan hoidossa. (Helovuo ym. 2011, 198-199; Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS) System Handbook v1.0. 2012, 10.)

Simulaatiossa tutun ympäristön ja ihmisten koettiin olevan helpottava tekijä tilanteen hallitsemiseksi. Kuitenkaan tuttuuden tunteeseen ei pitäisi luottaa liikaa, koska se voi aiheuttaa oletuksia, jolloin asioiden tapahtumista voidaan pitää itsestään selvyytenä (Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS) System Handbook v1.0. 2012, 10). Tehohoitotiimi työskentelee KAKS:ssa myös muissa hoitoyksiköissä, jolloin tilat eivät ole aina tuttuja ja potilaan hoitoon osallistuu myös muita, tiimin ulkopuolisia henkilöitä. Tuttu ympäristö voi myös muuttua. Tammikuussa 2020 teho-osasto sekä suurin osa sairaalan muista palveluista muutti uuden sairaalan tiloihin, jolloin koko toimintaympäristö ja osa laitekannasta muuttui. Myös henkilöstön vaihtuvuus on ollut viime aikoina suurta, mikä osaltaan vaikuttaa siihen, ettei henkilöt, joiden kanssa työskennellään, ole tuttuja eikä heille välttämättä ole vielä kehittynyt tehohoidon osaamista.

Viestinnän selkeys

Tulosten mukaan viestinnän selkeyden kokeminen vaihteli. Viestinnän selkeys tarkoittaa vastaanottajanottajan käsitystä siitä, mitä tulee tehdä ja kuka vastaa toiminnasta (Helovuo ym. 2011, 194). Osittain viestintä koettiin selkeäksi, mutta toisaalta koettiin tarvetta vielä selkeämmälle ääneen puhumiselle ja asioiden varmistamiselle. Myös viestien vastaanottaminen oli tyyliltään vaihtelevaa ja viestin vastaanottajan ymmärtämisen varmuus jäi viestin lähettäjälle vahvistamattomaksi asiaksi. Suljetun silmukan mukainen viestintä (closed loop communication) olisi sulkenut tiedonkulun ympyrän, jolloin viestin lähettäjä olisi voinut varmistua, että viesti on varmasti ymmärretty oikein (Härgestam ym. 2013, 2).

Viestinnän selkeyteen tulee kiinnittää huomioita, jotta tiimiin kuuluvilla on sama ymmärrys asiasta. Tiimin kuuluvista henkilöistä riippuen viestintä voidaan tulkita eri tavoilla ja siihen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi ympäristö, ilmapiiri, tietämisen erot sekä yhteiskunta ja kulttuuritausta. (Kerttunen & Gerlander 2013, 294-295.)

Lääke- ja hoito-ohjeen määräystapahtuma

Lääke- ja hoito-ohjeiden määräystapahtumissa oli ristiriita sen suhteen, mitä ajateltiin tapahtuneen ja mitä todellisuudessa tapahtui. Viestien antojen ajateltiin olevan yleisesti selkeitä, joita ei koettu irrallisiksi. Myös määräyksien kuittaamisen ajateltiin olevan kommunikaation yksi perussääntö kriittisesti sairaan potilaan hoidossa. Osin edellä mainitut asiat toteutuivat, mutta suurelta osin viestintä jäi avoimeksi. Yksi merkittävä avoimen viestinnän ongelma on se, ettei viestin lähettäjä voi olla varma, onko viesti kuultu tai ymmärretty oikein (Helovuori 2012, 87; Parush, Kramer, Foster-Hunt, Momtahan, Hunter & Sohmer 2011, 477).

Erilaiset viestintäohjeet- ja mallit ovat erityisen tärkeitä tilanteissa, jotka vaativat toiminnan tarkkaa koordinaatiota ja ajoitusta. Viestintä nivoutuu tällaisissa tilanteissa tiiviisti tiimin toimintaan, jolloin viestinnän on oltava yksiselitteistä ja tulkinnalle ei ole varaa, jotta potilasturvallisuus säilyy. Toimiva yhteistyö vaatii järjestelmällisyyttä ja selkeitä ohjeita tiimin osapuolten tehtävistä ja vastuista. (Kettunen & Gerlander 2013, 310; van Leijen-Zeelenberg, van Raak, Duimel-Peeters, Kroese, Brink & Vrijhoef 2014, 321.)

Opinnäytetyön ensimmäisessä syklissä kehitettäväksi teemaksi valittiin viestintästrategiat. Toisen syklin tulokset tukevat saman teeman kehittämistä edelleen. Erilaisten viestintää tehostavien toimintamallien avulla on mahdollista hallita viestintään liittyviä ilmiöitä monimuotoisissa ympäristöissä, kuten tehohoidossa (Twedell & Pfrimmer 2009, 295; Conn ym. 2016, 895-896). Keskeiset toimintamallit, jotka ohjausryhmän kokouksessa valittiin otettavaksi käyttöön työyhteisössä, olivat kaksisuuntainen viestintä, kohdennettu viestintä, briefing, aikalisä (time out) ja call out. Näiden toimintamallien käyttöönotolla voidaan edistää potilasturvallisia toimintakäytäntöjä ja kehittää henkilökunnan osaamista ja toimintatapoja yhtenäisiksi ja näyttöön perustuviksi.

3.6 Lähteet

Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS) System Handbook v1.0. 2012. Viitattu 28.1.2020 <https://www.abdn.ac.uk/iprc/documents/ANTS%20Handbook%202012.pdf>

Conn, L., Haas, B., Cuthbertson, B., Amaral, A., Coburn, N. & Nathens, A. 2011. Communication and Culture in the Surgical Intensive Care Unit: Boundary Production and the Improvement of Patient Care. *Qualitative Health Research* 26 (7), 895-906. doi: 10.1177/1049732315609901

d'Agincourt-Canning, L., Kisson, N., Singal, M. & Pitfield, F. 2011. Culture, Communication and Safety: Lessons from the Airline Industry. *The Indian Journal of Pediatrics* 78 (12), 703-708. Doi: 10.1007/s12098-010-0311-y

Eskola, J & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Fanning, R. & Gaba, D. 2007. The role of debriefing in simulation-based learning. *Simulation in Healthcare* 2 (2), 115-125. doi: 10.1097/SIH.0b013e3180315539

Flin, R., Winter, J., Sarac, C. & Raduma, M. 2009. Human factors in patient safety: review of topics and tools. World Health Organization. Viitattu 10.1.2020 http://www.spsrn.ac.uk/documents/WHO%20%20human_factors_review.pdf

Goldshtein, D., Krensky, C., Doshi, S. & Perelman, V. 2018. In situ simulation and its effects on patient outcomes: a systematic review. *BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning* 6 (1), 3-9. doi: 10.1136/bmjstel-2018-000387

Grönfors, M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Hautamäki, R. 2014. Kommunikointi ja vaaratapahtumat. *Tehohoito* 32 (2), 116-119.

Haynes, J. & Strickler, J. 2014. TeamSTEPPS makes strides for better communication. *Nursing* 44 (1), 62-63. doi: 10.1097/01.NURSE.0000438725.66087.89

Heikkinen, H. 2010. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H. Heikkinen, E, Rovio, L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16-38.

- Helovu, A. 2012. Potilasturvallisuus edellyttää viestintää. *Sairaanhoitaja* 85 (2), 87-88.
- Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.
- Holm, R., Poutanen, P. & Ståhle, P. 2018. Kohti dialogista Suomea: Dialogin hyötyjä päätöksenteolle. Viitattu 20.11.2019 <https://www.sitra.fi/artikkelit/kohti-dialogista-suomea-dialogin-hyotyja-paatoksenteolle/>
- Härgestam, M., Lindkvist, M., Brulin, C., Jacobsson, M. & Hultin, M. 2013. Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during in situ trauma team training. *BMJ Open* 3 (10), 1-8. doi:10.1136/bmjopen-2013-003525
- Jaakola, A., Vornanen, R. & Pölkki P. 2014. Kriittisten tapahtumien menetelmä lastensuojelun sosiaalityötä koskevassa tutkimuksessa. Viitattu 20.11.2019 <https://journal.fi/janus/article/view/51200/15645>
- Jones, C., Fawker-Corbett, J., Groom, P., Morton, B., Lister, C. & Mercer J. 2018. Human factors in preventing complications in anesthesia: a systematic review. *Anaesthesia* 73 (1), 12-24. doi: 10.1111/anae.14136
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kettunen, T. & Gerlander M. 2013. Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa. Teoksessa L. Aaltonen & P. Rosenberg (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 293-314.
- Kivinen, E. & Karjalainen, J. 2016. Valmistuvien sairaanhoitajien simulaatioharjoitus – akuuttien harvinaisten tilanteiden harjoittelua vai sairaanhoitajan normipäivä? Teoksessa O. Tieranta & P. Poikela (toim.) Helmiä hoitotyön simulaatioissa. Hyviä käytänteitä ammattikorkeakouluista. Lapin ammattikorkeakoulun julkaisuja, sarja B. Rovaniemi: Lapin ammattikorkeakoulu, 55-58.
- Kokko, R. 2016. Mistä on hyvät simulaatiot tehty? Ajatuksia edellytyksistä ja kehittämisideoita. Teoksessa O. Tieranta & P. Poikela (toim.) Helmiä hoitotyön simulaatioissa. Hyviä käytänteitä ammattikorkeakouluista. Lapin ammattikorkeakoulun julkaisuja, sarja B. Rovaniemi: Lapin ammattikorkeakoulu, 15-19.

Liaw, S., Zhou, W., Lau, T., Siau, C. & Chan, S. 2014. An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for deteriorating patient. *Nurse Education Today* 34 (2), 259-264. doi: 10.1016/j.nedt.2013.02.019

Lunenberg, F. 2010. Communication: the process, barriers, and improving effectiveness. *Schooling* 1 (1), 1-11. Viitattu 21.1.2020 https://www.mcgill.ca/engage/files/engage/communication_lunenburg_2010.pdf

Morrow, K., Gustavson, A. & Jones, J. 2016. Speaking up behaviours (safety voices) of healthcare workers: a metasynthesis of qualitative research studies. *International Journal of Nursing Studies* 64 (12), 42-51. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.09.014

Mönkkönen, K., Leinonen, L., Arajärvi, M., Hovatta, A., Tusa, N. & Salokangas, K. 2019. Moniammatillisen vuorovaikutuksen tarkastelua. Teoksessa K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen. *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Gaudeamus, 47-66.

Paloniemi, S. 2004. Ikä, kokemus ja osaaminen työelämässä. Työntekijöiden käsityksiä iän ja kokemuksen merkityksestä ammatillisessa osaamisessa ja sen kehittämisessä. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja No 235. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House. Viitattu 20.4.2020 <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2039-9>

Norris, E. & Lockey, A. 2011. Human factors in resuscitation teaching. *Resuscitation* 83 (4), 423-427. doi: 10.1016/j.resuscitation.2011.11.001

Parkkonen, T., Rantanen, E. & Kuisma, M. 2013. Viestinnän simulaatioharjoittelu. Teoksessa P. Rosenberg, M. Silvennoinen, M. Mattila, J. Jokela & I. Ranta (toim.) *Simulaatiooppiminen terveydenhuollossa*. Helsinki: Fioca Oy, 146-157.

Parush, A., Kramer, C., Foster-Hunt, T., Momtahan, K., Hunter, A. & Sohmer, B. 2011. Communication and team situation awareness in the OR: implications for augmentative information display. *Journal of Biomedical Informatics* 44 (3), 477-485. doi: 10.1016/j.jbi.2010.04.002

Pesonen, E. 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen. *Finnanest* 44 (1), 18-20.

Pocket Guide: TeamSTEPPS. 2014. Agency for Healthcare Research and Quality. Viitattu 15.1.2020 <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/education/curriculum-tools/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.pdf>

- Romppanen, M. 2011. Hoitotyön opiskelijoiden merkitykselliset hoitamisen kokemukset ja niistä oppiminen kliinisessä oppimisympäristössä. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja No 78. Viitattu 22.11.2019 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0570-3>
- Ruusuvuori, J. 2010. Litteroijan muistilista. Teoksessa J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 424-431.
- Salminen, H. 2014. Viestinnän osaajasta strategiseksi vuorovaikuttajaksi. Helsingin yliopisto. Valtiotieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 19. Helsinki: Unigrafia. Viitattu 25.4.2020 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-9138-4>
- Stewart, K. & Hand, K. 2017. SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. *Medsurg Nursing* 26 (5), 297-305. Viitattu 1.11.2020 <https://insights.ovid.com/medsurg-nursing/mednu/2017/09/000/sbar-communication-patient-safety-integrated/3/00008484>
- Sulkunen, P. 1998. Ryhmähaastattelujen analyysi. Teoksessa K. Mäkelä. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Oy Gaudeamus Ab, 264-285.
- Tamminen, J. & Metsävainio, K. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. *Finnanest* 48 (4), 338-343.
- TeamSTEPPS Fundamentals Course. 2019. Agency for Healthcare Research and Quality. Viitattu 15.1.2020 <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/fundamentals/module3/igcommunication.html#infoextra>
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Juvenes Print.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Twedell, D. & Pfrimmer, D. 2009. Teamwork and communication. *The journal of Continuing education in Nursing* 7 (40), 294-295. doi: 10.3928/00220124-20090623-09
- van Leijen-Zeelenberg, J., van Raak, A., Duimel-Peeters, I., Kroese, M., Brink, P. & Vrijhoef, H. 2014. Interprofessional communication failures in acute carechains: How can we identify the causes? *Journal of interprofessional Care* 29 (4), 320-330. doi: 10.3109/13561820.2014.1003802

Vilkka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Wahr, A., Prager, L., Abernathy, J., Martinez, E., Salas, E., Seifert P., Groom, Spiess, B., Searles, B., SundtIII, T., Sanchez, J., Shappell, S., Culig, M., Lazzara, E., Fitzgerald, D., Thourani. V., Egthesady, P., Ikonomidis, J., England, M., Sellke, F. & Nussmeier, N. 2013. Patient safety in the cardiac operating room: human factors and teamwork. A scientific statement from the American heart association. *Circulation* 128 (10), 1139-1169. doi: doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182a38efa

Wan, Y., Wan Q., Lin, F., Zhou, W. & Shang, S. 2017. Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: An integrative literature review. *International Journal of Nursing sciences* 5 (1), 81-88. doi: 10.1016/j.ijnss.2017.09.007

4 Moniammatillisen viestintäosaamisen kehittäminen (3. sykli)

Artikkelissa kuvataan teho- ja valvontaosaston moniammatillisen hoitotiimin viestintäosaamisen kehittämisen suunnittelu, toteutus, tulokset ja arviointi. Osaamisen kehittäminen perustuu opinnäytetyön kahteen ensimmäiseen sykliin, jotka koostuivat kirjallisuuskatsauksesta ja teho- ja valvontaosaston viestintäosaamisen nykytilan analyysistä. Tulosten perusteella päädyttiin kehittämään viestintästrategioita kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteisiin teho- ja valvontaosastolle. Kehittämisen lähtökohta nousee osaston strategiasta osaamisen kehittämisen tavoitteesta, jossa päämääränä on ammattitaitoinen henkilökunta. Vuonna 2019 oli 41 kappaletta haittatapahtumailmoituksia tiedonkulkuun liittyen, kun vuonna 2018 niitä oli 26 (Saarenpää 2020). Ilmoitusten lisääntymisen vuoksi yhdeksi osaamisen kehittämisen kohteeksi vuonna 2020 on valittu henkilöstön viestintäosaamisen kehittäminen. Opinnäytetyön kautta tapahtuva viestintäosaamisen kehittäminen tukee kyseisen tavoitteen saavuttamista.

4.1 Teoreettiset lähtökohdat (suunnittelu)

Artikkelissa viestintää tarkastellaan moniammatillisen tiimityön ja dialogin näkökulmista. Monimuotoinen terveydenhuollon ympäristö edellyttää eri alojen asiantuntijoiden yhteistyötä ja moniammatillisten tiimien työtulokset ovat riippuvaisia tiimiin kuuluvien henkilöiden sitoutumisesta toimintaan. Moniammatillisuutta pidetään usein välttämättömänä, mutta samalla myös itsestään selvänä asiana. (Mönkkönen, Kekoni & Pehkonen 2019a, 7-13; Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice 2010, 36-37.) Usein moniammatillinen toiminta sisältää ihmisten välisiä jännitteitä, kilpailua tai haluttomuutta ymmärtää toisen näkökulmia. Tiimityö on haastavaa kaikille terveysalan toimijoille, ja siksi sitä tulisi harjoitella ennakkoon ympäristössä, jossa potilasturvallisuutta ei vaaranneta. (Mönkkönen ym. 2019a, 7-13.) Simulaatio tarjoaa tällaisen oppimisympäristön ammattihenkilöstön kouluttamiseen, jolloin potilasvahingoilta voidaan välttyä harjoittelutilanteessa. (Moran, Wunderlich & Rubbelke 2018, 2; Rall 2013, 10.) Kolmannen syklin tarkoitus on kehittää henkilökunnan viestintäosaamista akuutissa potilaan hoitotilanteessa. Tutkimuskysymys on, miten henkilökunnan viestintäosaamista kehitetään simulaatiokoulutuksen avulla akuutissa potilaan hoitotilanteessa.

4.1.1 Dialogisuus viestinnän välineenä

Organisaatioiden toiminnan lähtökohtana on ihmisten vuorovaikutus. Vuorovaikutus koostuu ilmaisun, tiedon ja ymmärtämisen yhteisvaikutuksesta. Se on sosiaalinen tilanne, johon useampi, kuin yksi henkilö osallistuu ja viestillä on aina vastaanottaja. Vaikutukset toimintaan tulevat esiin siinä vaiheessa, kun viestin vastaanottaja reagoi annettuun viestiin. (Vähämäki 2008, 96-97.) Vuorovaikutusta voidaan kuvata dialogin kautta, johon kuuluu yhteisen ymmärryksen luominen, tapa ajatella ja miettiä sekä oppia yhdessä (Mönkkönen, Leinonen, Arajärvi, Hovatta, Tusa & Salokangas 2019b, 47; Isaacs 2001, 30; Syvänen, Tikkamäki, Loppela, Tappura, Kasvio & Toikko 2015, 9).

Dialogi on keskustelua, jossa on ydin ja osalliset eivät valitse puolia. Dialogissa oleellista on luopua ennakkokäsityksistä ja pyrkiä lisäämään ymmärrystä ympäristöstään. Dialogia pidetään kaiken tehokkaan ryhmätoiminnan perustana. (Heinonen, Klingberg & Pentti 2012, 41-42.) Operatiivisella alalla dialogin kehittäminen voi auttaa yhteistyön koordinoimisessa ja toiminnan tuottavuuden kehittämisessä vahvistamalla ihmisten välisiä sidoksia. Sidoksilla tarkoitetaan työntekijöiden aidosti jakamia käsityksiä ja heidän yhteistä ymmärrystä asioista. (Isaacs 2001, 31; Heinonen ym. 2012, 42.)

Dialogin avulla voidaan tavoitella lähellä olevien ihmisten yhteenlaskettua kollektiivista älykkyyttä ongelmien tai työtehtävien tehokkaaksi suorittamiseksi. Tiimi on yhdessä tiedostavampi ja älykkäämpi ja kykenee havaitsemaan paremmin uusia ratkaisuja ja mahdollisuuksia, kuin yksittäinen ihminen. (Isaacs 2001, 31-32, 40; Syvänen ym. 2015, 33.) Dialogi ei tavoittele epäkohtien ja virheiden poistamista, vaan prosessien muuttamista selkeiksi, että niitä ei syntyisi (Isaacs 2001, 40).

Tiimityöskentely tuo siis lisäarvoa toiminnalle. Kun tiimillä on yhteinen näkemys sen tehtävästä, tavoitteista, toiminnasta ja tavasta viestiä, se toimii hyvin. Muuten tiimin toiminta on herkästi hajanaista ja yhteisen päämäärän saavuttaminen voi olla vaikeaa. Johtajalla on tässä merkityksellinen rooli. Hänen tehtävänä on yksinkertaistaa toimintaa asettamalla selkeät tavoitteet, jolloin tiimin toiminta tehostuu. Tiimin tulee myös keskenään priorisoida ja jaksottaa toimintaa, jolloin yhteinen kuva tilanteesta selkeytyy. Kun fokus on selkeä, myös tiimin innostus ja sitoutuminen yhteisen tehtävän hoitamiseksi lisääntyvät. (Heinonen ym. 2012, 72, 80-81; van Leijen-Zeelenberg, van Raak, Duimel-Peeters, Kroese, Brink, & Vrijhoef 2014, 321.)

Tiimityö tapahtuu useiden eri ammattiryhmien välillä. Hyvä moniammatillinen kohtaaminen mahdollistaa dialogisen tiedon rakentamisen yhdessä. Moniammatillisesti dialogisuudella pyritään yhteisen ymmärryksen luomiseen niin, että osallisten puheenvuorot liittyvät toisiinsa ja ollaan aidosti kiinnostuneita siitä, mitä muilla on sanottavana. Mikäli tiimi luottaa toisiinsa, mahdollistuu myös toisten kyseenalaistaminen ilman, että kenenkään ammatti-identiteettiä koetellaan. (Mönkkönen ym. 2019b, 54, 61.)

Toimivan tiimityön ja dialogisuuden kannalta kuuntelemisella on tärkeä merkitys (Isaacs 2001, 98). Kuuntelu on oleellinen taito sosiaalisissa tilanteissa ja ihmissuhdetaitojen kehittämässä. Ymmärrys toisesta ihmisestä kasvaa vain häntä kuuntelemalla. Tilan täyttäminen omalla puheella ja tekemisellä jättää huomiotta toisen ihmisen, kun pitäisi keskittyä kuuntelemaan. (Talvio & Klemola 2017, 107.) Toisen ihmisen kuuntelussa merkityksellistä on aktiivinen ote kuunteluun. Tällöin viestimme toiselle ihmiselle esimerkiksi päällä nyökkäämällä, kysymällä, tarkentamalla, ottamalla katsekontaktin tai muuten osoittamalla, että kuunteleminen on aktiivista toimintaa. Pienet eleet osoittavat vastapuolelle, että olemme läsnä tilanteessa. Hyvä ammatillinen kohtaaminen on sitä, että tietoa tuotetaan yhteistyössä. (Mönkkönen ym. 2019b 53-54; Talvio & Klemola 2019, 108.) Aktiiviseen kuunteluun voidaan liittää myös keskeisen sanoman toistaminen, jolla osoitetaan asian oikea ymmärtäminen kertojalle. Kuunteluun kuuluu myös tilan antaminen toiselle, jolloin kertoja saa ilmaista asian niin kuin hän itse haluaa. Vuorovaikutustaitoja osaava ihminen ymmärtää, että kuuntelutaito on yhtä tärkeää, kuin itseilmaisuus ja omien tarpeiden huomioon ottaminen. (Talvio & Klemola 2017, 108-109.)

Terveysthuollon arki on täynnä erilaisia viestintätilanteita. Se, miten ammattilaiset toimivat erilaisissa tilanteissa vaikuttaa siihen, miten tilanteet koetaan ja miten ne etenevät. (Talvio & Klemola 2017, 7.) Toiminnan kehittämiseen kuuluu riskien ja ongelmien ennakointi. Se vaatii kaikkien yhteistyötahojen vaivannäköä yhteisen päämäärän eteen. Ihmisten välinen yhteistyö ei aina tapahdu ongelmitta ja työtapojen uudistamiseksi on tehtävä työtä. Osaamisen kehittämisessä voidaan käyttää moniammatillisia viestintäosaamisen kehittämisen ja arvioinnin välineitä, kuten simulaatiota, jolloin osaamisen kehittäminen ja sen tarkastelu kohdistuu tiimien keskinäiseen työskentelyyn. (Mönkkönen ym. 2019a, 7-8; Mönkkönen ym. 2019b 53-54; Talvio & Klemola 2019, 50.)

4.1.2 Simulaatio-opetus osaamisen kehittämisen menetelmänä

On yhä enemmän todisteita siitä, että tiimityön harjoittelu simulaatio-oppimisen menetelmällä terveydenhuollossa parantaa potilaan hoidon ja selviytymisen laatua. Simulaatio-oppiminen kehittää terveydenhuollon ammattilaisten osaamista, jota kautta vaikutukset potilasturvallisuuteen ovat myönteisiä. (Sollid, Dieckman, Aase, Søreide, Ringsted & Østergaard 2019, 111; Moran ym. 2018, 21; Sørensen, Østergaard, LeBlanc, Ottesen, Konge & Dieckman 2017, 2.) Simulaatiolla on useita eri rooleja terveydenhuollon ympäristössä. Sitä voidaan käyttää esimerkiksi opettamisessa, arvioinnissa ja uusien toimintatapojen käyttöönotossa. Sen avulla henkilökuntaa voidaan altistaa tilanteille, jotka normaalisti toistuvat harvoin ja sen vuoksi niiden hallitsemisen olisi muuten epävarmaa. (Green, Tariq & Green 2016, 1; Wahr ym. 2013, 1147.) Turvallisuuden näkökulmasta simulaatioita voidaan käyttää riskien arvioinnissa ja hallinnassa, jolloin voidaan havaita toiminnassa tapahtuvat virheet ja puuttua niihin ennen, kuin niistä seuraa virheitä ja haittaa potilaille (Sollid ym. 2019, 111; Wahr ym. 2013, 1147.)

Turvallinen akuuttipotilaan hoito vaatii korkean osaamisen tason sekä teknisessä että eiteknisessä osaamisessa (Higham & Baxendale 2017, 108). Simulaatioharjoittelussa perussääntönä on, että ei harjoitella oikeilla potilailla, vaan kokemuksen ja taitojen puuttuessa tiettyjä asioita tulee harjoitella hyödyntämällä simulaatiokoulutuksen eri mahdollisuuksia (Rall 2013, 10-11; Wahr ym. 2013, 1147-1148). Näin potilasturvallisuus ei vaarannu ja oppijoille annetaan mahdollisuus tehdä myös virheitä turvallisessa ympäristössä. Terveydenhuollossa erityisesti akuuttihoitossa simulaatio-oppiminen tarjoaa erinomaisia mahdollisuuksia oppia ennakoimaan ongelmia ja valmistautumaan kriittisiin potilaan hoitotilanteisiin ja niistä selviämiseen. Henkilökunnan suoriutumista erilaisissa tilanteissa pystytään kehittämään ja mahdollisten virheiden määrää on mahdollista vähentää simulaatioharjoittelun avulla. (Higham & Baxendale 2017; Wahr ym. 2013, 1147-1148; Rall 2013, 10-11; Romppanen 2017, 95.) Erityisesti akuuttihoiton osaamisen kehittämisessä simulaatioharjoittelu mahdollistaa yksilöiden ja tiimien harjaantumisen kognitiivisissa haasteissa sekä toimimisen stressin vaikutuksen alaisena vahingoittamatta potilasta (Higham & Baxendale 2017, 108; Rosqvist & Lauritsalo 2013, 58; Wahr ym. 2013, 1148).

Haittatapahtumien ehkäisy ja hoidon laadun kehittäminen ovat koko henkilökunnan yhteisellä vastuulla ja viestinnällä on keskeinen merkitys moniammatillisten tiimien toimintaan ja tehokkuuteen (Ponzer & Castrén 2013, 135; Parkkonen, Rantanen & Kuisma 2013, 146). Viestinnän tulee tapahtua sellaisilla sanoilla ja ilmaisuilla, että kaikki potilaan hoitoon

osallistuvat ymmärtävät toisiaan. Erityisesti tämä korostuu akuuteissa tilanteissa, kun asioiden on tapahduttava nopeasti. (Ponzer & Castrén 2013, 135; Parkkonen ym. 2013, 146.) Teho- ja valvontaosastolla moniammatillinen yhteistyö koostuu yleisimmin sairaanhoitajista, lähihoitajista, anestesia- ja kirurgialääkäreistä, kirurgeista ja sisätautilääkäreistä. Perinteisesti eri ammattiryhmät eivät ole saaneet yhteistä koulutusta siitä, miten toimia ryhmässä. Siitä huolimatta edellytyksenä on, että ammattiin valmistumisen jälkeen pitää pystyä toimimaan moniammatillisessa tiimissä. (Mönkkönen, Kekoni, Jaakola, Profiam Sosiaalipalvelut Oy:n henkilöstö & Pehkonen 2019c, 114; Ponzer & Castrén 2013, 137.) Nykymuotoisessa koulutuksessa moniammatilliseen harjoittelua korostetaan enemmän, mutta tämä ei näy vielä käytännön työelämässä kokonaisvaltaisesti. Esimerkiksi Kajaanin ammattikorkeakoulussa moniammatillinen harjoittelu on ollut lähi- ja sairaanhoitajien välistä harjoittelua (Romppanen 2017, 96-97). Harjoitteluun tulisi kuulua hoitotyöntekijöiden lisäksi muut ammattiryhmät, kuten lääkärit, jotta toiminta tapahtuisi sellaisissa tiimeissä, kuin potilaan hoito todellisuudessaakin tapahtuu (Mönkkönen ym. 2019c, 114).

Yleensä simulaatiotilanne koostuu kolmesta osasta. Ennen varsinaista simulaatiota tapahtuvasta orientaatiosta aiheeseen, varsinaisesta simulaatioharjoituksesta ja reflektiokeskustelusta. Orientaatio aiheeseen voi olla lyhyt briefing -tyyppinen tai teoreettinen alustus aiheeseen, riippuen koulutuksen tavoitteista suhteessa osallistujien osaamiseen. (Green ym. 2016, 1.) Orientaation tarkoitus on luoda kuva harjoituksen tarkoituksesta ja kertoa tarvittavat esitiedot aiheesta. Merkityksellistä on asettaa osallistujille tavoitteet, joihin simulaatiolla pyritään. (Moran ym. 2018, 25; Nurmi, Rovamo & Jokela 2013, 92.) Orientaatio voi tapahtua myös itsenäisesti ennen simulaatiota esimerkiksi tutustumalla aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen, jolloin simulaatiossa voidaan keskittyä käytännön harjoituksiin. Laajoissa koulutuksissa teoriaa ja simulaatiota voidaan toteuttaa limittäin. (Nurmi ym. 2013, 92.)

Reflektiokeskustelu on simulaation tärkeimpänä pidetty osa, jonka avulla osallistujat analysoivat toimintaansa tilanteessa (Green ym. 2016, 1; Sawyer, Eppich, Brett-Fleegler, Grant & Cheng 2016, 215). Keskeistä reflektiiviselle ja kokemuseräiselle oppimiselle on ajatus, että pelkästään kokemus ei johda oppimiseen, vaan tietoinen reflektio kokemuksesta (Sawyer ym. 2016, 209; Garden, Fevre, Waddington & Weller 2015, 300). Reflektiokeskustelusta sanotaan, että se on koko simulaatio-oppimisen ydin (Moran ym. 2018, 27; Gaba & Fanning 2007, 124). Sen avulla on mahdollista sisäistää simulaation aikana harjoiteltuja asioita ja oppia niistä yhteisen keskustelun kautta. (Moran ym. 2018, 27.)

Reflektiokeskustelun onnistumiseksi on merkityksellistä pystyä luomaan keskusteluympäristö, jossa ilmapiiri on avoin ja vastaanottavainen palautteenannolle ja osallistujien keskinäiselle reflektiolle. (Garden ym. 2015, 300.)

Simulaatioissa käytetään usein tarkkailijoita. Tarkkailijat eivät osallistu simulaatioon toimijoina, vaan he tarkkailevat simulaatiota sivusta. Tarkkailijalle annetaan määritetty tehtävä, jota hän seuraa harjoituksen ajan ja reflektiokeskustelussa hän osallistuu toiminnan analysointiin yhdessä muun tiimin kanssa. (Nurmi ym. 2013, 89.)

4.2 Simulaatiokoulutuksen suunnittelu (toiminta)

Henkilökunnan viestintäosaamisen kehittäminen tapahtuu koulutuksen avulla. Siihen sisältyy teoreettinen luento ja simulaatioharjoittelut moniammatillisissa tiimeissä. Koulutuksen kokonaiskesto on kolme tuntia. Ensimmäinen 45 minuuttia on varattu luento-opetukseen ja loput simulaatioharjoituksiin. Harjoituksia pidetään kaksi, ensimmäinen on lyhyt orientoiva harjoitus ja toinen on pidempi harjoitus, jossa syvennetään osaamista.

Harjoituksessa moniammatillinen tiimi vastaa sitä kokoonpanoa, mikä se on myös todellisuudessa kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa. Tiimiin kuuluu kolme tehohoitajaa ja yksi anestesia- ja lääketieteellinen lääkäri. Lisäksi yksi projektiryhmän sairaanhoitaja toimii simulaation tarkkailijana. Tarkkailijan tehtävä on verrata simulaatioon osallistuvien toimintaa asetettuihin oppimistavoitteisiin. Harjoitusympäristönä toimii tehohoituhuone, jossa henkilökunta työskentelee normaalisti. Myös käytettävä välineistö ja resurssit ovat niitä, joita työntekijät todellisissa tilanteissa käyttävät. Luonnollisen ympäristön on todettu tukevan koulutettujen ammattilaisten oppimista ja itseluottamusta sekä tiimityötaitoja. Tällainen in situ -harjoittelu on erityisen tärkeää tilanteissa, joissa toimiminen koetaan haastavaksi sekä stressaavaksi ja toiminnan tulisi olla saman aikaisesti hyvin koordinoitua, kuten kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa. In situ -harjoittelun vaikutusten on todettu myös vaikuttavan myönteisesti potilaiden sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen. (Goldstein, Krensky, Doshi & Perelman 2018, 3; Patterson, Geis, Falcone, LeMaster & Wears 2012, 469, 474.)

Oppimistavoitteet

Simulaatiotilanne suunnitellaan ennalta, jolloin oppijoilla on mahdollisuus saavuttaa simulaatiolle asetetut oppimistavoitteet, joihin koulutuksella pyritään. Hyvin suunniteltu simulaatiokoulutus voi mahdollistaa pääsyn useisiin oppimistavoitteisiin, kun taas heikosti

suunniteltu simulaatio voi ohjata oppimisen väärään suuntaan ja osallistujille voi jäädä sekava kuva harjoittelusta. (Moran ym. 2018, 21, 23; Nurmi ym. 2013, 90-92). Simulaatioharjoituksen kuvauksen tulee olla yksityiskohtainen, kattava ja selkeä. Kaikkia tapahtumia ei kuitenkaan voi ennakkoon suunnitella, vaan tilanteen etenemiselle ja osallistujien luovuudelle tulee antaa tilaa. (Nurmi ym. 2013, 92; Dieckman, Patterson, Lahlou, Mesman, Nyström & Krage 2017, 5.) Simulaation oppimistavoitteiksi asetettiin kaksisuuntaisen viestinnän, kohdennetun viestinnän, briefingin, call outin ja time outin käytön osaaminen potilaan hoitotilanteessa.

Reflektiokeskustelun suunnittelu

Reflektiokeskustelun pitämiseen on lukemattomia erilaisia menetelmiä terveydenhuollon ympäristössä (Sawayer ym. 2016, 2015; Dieckman ym. 2013, 197; Fanning & Gaba 2007). Simulaatio-ohjaajan johdolla pidetyt reflektiokeskustelut ovat yleisimmin käytetty ja tutkittu metodi reflektiokeskustelujen pitämiseksi, jotka tutkitusti kehittävät yksilöiden ja tiimien suoriutumista useissa eri yhteyksissä (Sawayer ym. 2016, 215). Olipa reflektiokeskustelussa käytetty menetelmä mikä tahansa, sen tulee sisältää Sawayerin ym. (2016, 215) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan seuraavat komponentit; turvallinen oppimisympäristö, yhteisen ymmärryksen luominen, oppimistavoitteiden käsitteleminen ja avoimen keskustelun mahdollistaminen sekä vaihtelu simulaatiokoulutuksessa käydyistä keskusteluista ja tapahtumista.

Useat esitetyt menetelmät voivat olla tehokkaita koulutettujen simulaatio-ohjaajien käytössä ja oleellista onkin korostaa itse reflektiokeskustelua, ei niinkään käytettyä metodia (Sawayer ym. 2016, 215). Garden ym. (2015) kirjallisuuskatsauksessa on esitetty tehokkaan reflektiokeskustelun kolme pääpiirrettä, jota valtaosa erilaisista reflektiokeskustelmalleista mukailee. Ensimmäisenä on ”ventilaatiovaihe”, jossa osallistujat kertovat päällimmäisenä mielessä olevat asiat, jotka muuten voisivat häiritä keskustelua. Toinen vaihe on analyysivaihe, jossa keskustellaan edellistä tarkemmin simulaatiossa tapahtuneista asioista. Kolmannessa vaiheessa simulaatiokokemus integroidaan ”todelliseen maailmaan” klinisen suoriutumisen kehittämiseksi. Tässä opinnäytetyössä reflektiokeskustelu käydään sovellettuna Dieckman ym. (2013) artikkelissaan esittämän protokollan mukaisesti, joka sisältää edellä mainitut kolme vaihetta sovelletusti.

Reflektiokeskustelussa analysoidaan simulaatio-ohjaajan johdolla tilanteita, joissa tavoitteiden mukainen viestintä tapahtui ja mahdollisia tilanteita, joissa tavoitteisiin ei päästy.

Keskustelussa otetaan esille taustatekijöitä, osallistujien vahvuuksia ja sitä, kuinka heikkouksia voidaan korjata ja selvittää mahdollisista haasteista tulevaisuudessa. Lopuksi käsitellään myös menetelmiä, kuinka onnistunut toiminta voidaan viedä osaksi työnteon käytäntöjä. (Dieckman ym. 2013, 197; Nurmi ym. 2013, 95.) Reflektiokeskustelut ja tarkkailejan tekemät havainnot tallennetaan äänitteeksi myöhempää analysointia varten. Äänitteistä kerätään aineisto, joka koskee viestintäosaamisen kehittymistä. Keskusteluilla on ennalta suunniteltu rakenne, jolloin ne etenevät järjestelmällisesti, ajankäyttö on hallittua, ja keskustelu pysyy aiheessa sekä keskittyy asetettuihin oppimistavoitteisiin (Sawayer ym. 2016, 215; Nurmi ym. 2013, 95).

Reflektiokeskusteluun kuuluu Dieckman ym. (2013) mukaan kuvailu-, analyysi- ja toteutusvaihe. Kuvailuvaiheessa osallistujat ja ohjaaja kertaavat, mitä simulaatiossa tapahtui ja kertovat oman arvionsa siitä, missä onnistuttiin ja mikä asia tarvitsee vielä kehittämistä. Tässä vaiheessa pyrkimys on kartoittaa yhteinen tilannekuva siitä, mitä todella tapahtui ja mikä oli merkityksellistä oppimisen kannalta. On tärkeää luoda ensin kokonaiskuva tilanteesta ennen, kuin osallistujat alkavat analysoida tilannetta yksityiskohtaisesti. Muuten keskustelu voi perustua osallistujien olettamuksiin tai tuntemuksiin ja analysointi voi hankaloitua. Kuvailuvaihe johdattaa keskustelun varsinaisesta simulaatiosta sen pohdintaan. (Dieckman ym. 2013, 197-198.)

Seuraavassa, analyysivaiheessa, ohjaaja ohjaa reflektiokeskustelun tarkkaan tilanteen analysointiin ja sisällyttää myös oppimistavoitteet osaksi keskustelua. Keskustelu on hyvä käydä toteutuneen simulaation aikajärjestyksessä ja keskustella myönteisistä asioista sekä tilanteista, joissa koettiin mahdollisesti olevan vaikeuksia. On hyvä pohtia myös, miten onnistuneet asiat sisällytetään jatkossa osaksi omaa toimintaa ja miten kohdattuja haasteita voidaan hallita tai estää tulevaisuudessa. Keskustelussa on tärkeää säilyttää myönteinen tunnelma, koska se luo edellytykset simulaation syvälliselle analysoinnille. (Dieckman ym. 2013, 198-199.)

Viimeinen vaihe on toteutusvaihe, jossa keskusteltuja asioita pohditaan sen kannalta, miten niitä voidaan toteuttaa käytännössä. Tämän lisäksi viimeisen vaiheen tarkoitus on päättää simulaatio ja varmistua siitä, että osallisille ei jää avoimia kysymyksiä tai käsittelemättömiä asioita. (Dieckman ym. 2013, 200-199.)

Ohjaajan tehtävä on huolehtia, että kaikki osallistujat saavat puheenvuoron, kaikkia kuunnellaan eikä kenenkään toimintaa arvioida (Eteläpelto, Collin & Silvennoinen 2013, 45). Reflektiokeskustelun keskeinen osa on osallistujien itse tiedostamat toimintatavat, roolit ryhmässä sekä omien vahvuuksien ja heikkouksien analysointi. Itsearviointi on tärkeää,

koska osallistujien omat mielikuvat ja kokemukset sekä niiden reflektointi suuntaavat oppimista. Myös ryhmässä tapahtuvalla vertaisarvioinnilla voi olla tärkeä merkitys oppimisen kannalta. (Tervaskanto-Mäentausta & Kantonen 2016, 22; Eteläpelto ym. 2013, 45-46.)

Koulutuksen arviointi

Laadukkaaseen koulutukseen kuuluu aina koulutuksen arviointi ja kehittäminen (Moran ym. 2018, 28; Nurmi ym. 2013, 88). Arvioinnilla varmistetaan, että simulaatiokoulutuksen toteutumista tarkastellaan johdonmukaisena prosessina (Moran ym. 2018, 28; Virtanen 2007, 174). Simulaation arviointi keskittyy osallistujien oppimistavoitteiden saavuttamisen arviointiin eli siihen, kuinka osallistujien viestintäosaaminen on kehittynyt koulutuksen vaikutuksesta. (Moran ym. 2018, 28; Nurmi ym. 2013, 88).

Kehittymistä arvioidaan simulaation reflektiokeskustelun ja itsearviointiin perustuvan kyselyn perusteella. Kysymyksen muotoilu tehtiin opinnäytetyön tavoitteen ja kolmannen syklin tarkoituksen perusteella, joiden asettamiin vaateisiin arvioinnilla pyritään vastaamaan. Kysely on esitetty liitteessä 3. Tarkastelun kohteena on koulutukseen osallistuvien henkilöiden viestintäosaamisen kehittyminen kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa osana moniammatillista tiimiä. Osallistujille kerrotaan oppimistavoitteet ennen koulutusta, jotta he voivat arvioida osaamisensa kehittymistä (Moran ym. 2018, 28; Nurmi ym. 2013, 91, 96). Reflektiokeskustelu tallennetaan äänitteeksi, jotta sitä voidaan analysoida myöhemmin. Arvioinnin tulokset esitetään tämän artikkelin havainnointi -osiossa. Johtopäätökset sekä mahdolliset kehittämis ehdotukset esitetään reflektio -osiossa. Arvioinnin perusteella koulutusta voidaan muokata kohderyhmälle ja yksikön tavoitteille entistä sopivammaksi.

4.3 Simulaatiokoulutuksen toteutus ja arviointi (havainnointi)

Simulaatiokoulutus oli kestoltaan kaksi tuntia 15 minuuttia. Osastolla oli jo usean viikon ajan ollut kiireistä ja henkilökuntaa oli vaikea saada potilastyöstä osallistumaan koulutukseen. Simulaation siirtämistä myöhemmäksi harkittiin, mutta varmuutta rauhallisesta ajankohdasta ei ollut, joten koulutus päädyttiin pitämään 45 minuuttia suunniteltua lyhyempänä. Simulaatioon osallistui suunnitellusti kolme hoitajaa ja yksi lääkäri. Tiimi koostui yhdestä lähihoitajasta, kahdesta sairaanhoitajasta ja yhdestä tehohoidon lääkärinä. Lisäksi yksi projektiryhmään kuuluva sairaanhoitaja toimi simulaation tarkkailijana.

Tarkkailija ja opinnäytetyön tekijä tekivät havaintoja osallistujien toiminnasta suhteessa oppimistavoitteisiin ja havainnot kirjattiin paperille vapaamuotoisesti. Reflektiokeskustelun loppuun tarkkailija esitti havaintonsa koko ryhmälle, jotta niiden perusteella voitiin käydä vielä reflektiivistä keskustelua simulaation tapahtumista. Opinnäytetyön tekijän havainnot otettiin reflektiokeskustelussa esille vain, jos osallistujat tai tarkkailija eivät ottaneet samoja asioita esille. Keskustelu tallennettiin analyysia varten. Viimeisen reflektiokeskustelun loppuun osallistujat täyttivät itsearviointikyselyn, joka käsitteli koulutustapahtumassa tapahtunutta osaamisen kehittymistä (liite 3). Aineisto muodostui siis reflektiokeskustelun tallenteista ja itsearviointikyselystä. Simulaatioon osallistujien reflektio, tarkkailijan ja opinnäytetyön tekijän havainnot yhdistyivät siis simulaation reflektiokeskustelussa tallennetuksi synteetiksi. Nämä tallenteet kuunneltiin useita kertoja aineiston käsittelyvaiheessa, jotta niistä saatiin poimittua viestintäosaamisen kehittymiseen liittyvät tekijät. Nämä tekijät ja itsearviointi yhdistettiin tekstimuotoiseksi synteetiksi ja ne on esitetty alempana tässä luvussa.

Simulaationuken elintoimintojen ohjauksesta monitorille ja nuken äänellä puhumisesta vastasi toinen koulutettu simulaatio-ohjaaja. Koulutus alkoi Power Point esityksellä viestinnästä moniammatillisessa tiimissä (liite 4). Teorialuento perustui opinnäytetyön ensimmäisen ja toisen syklin teoriasisältöihin, ja se oli kestoltaan 45 minuuttia sisältäen aiheesta keskustelua. Ennen siirtymistä simulaatioharjoituksiin osallistujille esitettiin koulutuksen tavoitteet, jotka olivat kaksisuuntaisen viestinnän, kohdennetun viestinnän, briefingin, call outin ja time outin käytön osaaminen simuloitussa potilaan hoitotilanteessa.

Simulaatio 1

Ensimmäinen potilas oli 50-vuotias perusterve nainen, jolla on hengitystieinfektio-oireita (liite 5). Potilaan hengitysäänet olivat hiljentyneet oikealta puolelta ja happisaturaatio laski koko ajan pakottaen osallistujat tekemään päätöksen potilaan intubaatiosta ja elintoimintojen turvaamisesta. Verenpaineet ovat matalat ja syke koholla. Ensimmäinen simulaatio oli lyhyt, koska sen tarkoitus oli orientoida osallistujia aiheeseen ja perehdyttää heidät opetuksen tavoitteisiin. Liian monimutkainen harjoitus voi ohjata osallistujien huomion pois harjoiteltavista asioista. Ennen harjoitusta sovittiin hoitajien roolit simulaatiossa. Yksi sairaanhoitaja toimii omahoitajana ja keskittyi kirjaamiseen sekä tilanteen kokonaiskuvan hallintaan. Kaksi muuta hoitajaa keskittyvät potilaan hoitotoimenpiteisiin ja lääkärin avustamiseen. Tilanteen johtamisesta vastasi lääkäri. Harjoitus käynnistyi, kun osallistujille annettiin esitiedot välittömästi saapuvasta tehohoitoipotilaasta ja tehohoitotiimi oli valmiina vastaanottamaan potilaan. Tilanteen kulku sisälsi potilaan peruselintoimintojen havainnointia ja tukemista tehohoidon menetelmillä, kuten intubaatiolla ja respiraattorihoidolla.

Lääkehoitoa toteutettiin suonensisäisesti harjoituksen aikana. Harjoitus lopetettiin, kun potilaan hengitystiet oli saatu turvattu.

Reflektiokeskustelu 1

Reflektiokeskustelu pidettiin välittömästi harjoituksen jälkeen. Keskustelu eteni ohjaajan johdolla. Keskustelu ohjattiin pysymään tavoitteiden mukaisessa aiheessa ja kaikille osallistujille jaettiin puheenvuorot (Sawayer ym. 2016, 215; Nurmi ym. 2013, 95; Eteläpelto ym. 2013, 45-46). Ensimmäinen reflektiokeskustelu oli kestoltaan 25 minuuttia. Aluksi puheenvuoro annettiin potilaan luona ensin olleelle hoitajalle, joka kertasi simulaation lähtötilanteen. Tämä kertaus tehtiin siksi, että kaikki varmasti ymmärsivät tilanteen lähtökohdan ennen, kuin simulaatiota alettiin analysoida tarkasti. Seuraavaksi osallistujat ohjeistettiin kertomaan päällimmäisenä mielessä olevat asiat. Heidät ohjattiin kertomaan ensin myönteiset kokemukset ja sitten kehitystä tarvitsevat asiat. Jos osallistujia ei ohjata ensin kertomaan myönteisiä asioita, keskustelu painottuu herkästi vain kokemuksiin, jotka koetaan virheellisinä tai kielteisinä tekijöinä simulaatiossa. (Dieckman ym. 2013, 197-198.)

Seuraavaksi siirryttiin reflektiokeskustelun analyysivaiheeseen, jossa simulaation oppimistavoitteet otettiin osaksi keskustelua ja tilannetta analysoitiin tarkasti (Dieckman ym. 2013, 198). Osallistujat analysoivat monipuolisesti simulaation kulkua ja toimintaansa simulaatiossa. Harjoituksessa ilmeni vielä ”ilmaan heitettyjä” hoito- tai lääkemääräyksiä ja osittain puhuttiin passiivissa, eikä kaikkia määräyksiä kohdistettu. Tiimi keskusteli simulaation aikana paljon, vaikka se ei aina ollut viestintästrategioiden mukaista. Osallistujat havaitsivat, että heidän olisi pitänyt käyttää vielä enemmän toistensa nimiä viestiessään ja myös viestin kuittaaminen koettiin asiaksi, joka ei vielä toteutunut tavoitteen mukaisesti. Harjoituksen koettiin lisäävän ymmärrystä kohdennetun viestinnän merkityksestä ja tarpeesta potilaan hoitotilanteessa. Simulaatiotilanteessa tehtiin havainto haittatapahtuman ehkäisystä viestinnän avulla, kun lääkäri määräsi 25 mg/ml vahvuista ketamiinia 12,5 milligrammaa. Hoitaja sanoi ääneen ennen lääkkeen antoa ”siis yksi millilitra”, jolloin lääkäri kerkesi korjata annoksen oikeaksi, eli puoleksi millilitraksi. Tämä oli hyvin havainnollistava esimerkki viestinnän merkityksestä potilasturvallisuuteen.

Osallistujat totesivat tarvitsevansa harjoitusta vielä jokaisesta viidestä viestintästrategiasta (kaksisuuntainen viestintä, kohdennettu viestintä, briefing, time out ja call out), mutta jo ensimmäisessä harjoituksessa oli piirteitä jokaisesta. Ensimmäisen lyhemmän simulaation oli tarkoitus valmistaa osallistujia seuraavaan, laajempaan ja enemmän informaatiota sisältävään simulaatioon, jossa harjoiteltuja taitoja syvennetään.

Simulaatio 2

Seuraavaksi siirryttiin toiseen simulaatioharjoitukseen. Ennen aloitusta kerrattiin harjoituksen tavoitteet (viisi viestintästrategiaa) ja keskeiset seikat, joissa koettiin tarvittavan kehitystä ensimmäisen harjoituksen perusteella. Keskeisiä asioita olivat viestin kohdentaminen ja vastaanotetuksi kuittaaminen. Potilastapaus esiteltiin osallistujille ja tehtävät jaettiin tiimin kesken samoin perustein, kuin ensimmäisessä harjoituksessa. Edelleen yksi opinnäytetyön projektiryhmään kuuluva hoitaja toimi tarkkailijan roolissa. Tarkkailijan tehtävä oli seurata, miten viestintästrategioiden käyttö toteutuu.

Toisessa simulaatiossa potilas oli 65-vuotias mies, jolla oli keuhkohtaumatauti, emfyseema, koronaaritauti, ja hän oli tupakoinut pitkään. Lisäksi esitietoina annettiin muun muassa laboratoriotuloksia, keuhkokuva- ja ekg-muutoksia. Potilaalla oli oikeanpuoleinen keuhkokuume, jonka seurauksena hengitystyö oli käynyt niin hankalaksi, että tilanne eteni väistämättä hengitysteiden turvaamiseen intubaation avulla. Infektio aiheutti myös sepsiksen oirekuvan, jonka hoito aiheutti tiimille useita toimenpiteitä ja lääkehoidon toteuttamista potilaan elintoimintojen turvaamiseksi. Simulaatio on kuvattu liitteessä 6. Simulaatio alkoi tiimin käyttämällä briefaus -strategialla tilanteen etenemisestä ja toimitasuunnitelmasta sekä mahdollisista riskeistä. Hoitajat jakaantuivat sovituille paikoilleen ja tiimi keskittyi potilaan hengitysteiden turvaamisen ja elintoimintojen tukemiseen. Harjoitus eteni toivotusti potilaan intubaatioon ja kytkemiseen respiraattoriin, jolloin harjoitus lopetettiin.

Reflektiokeskustelu 2

Toinen reflektiokeskustelu noudatti samaa Dieckman ym. (2013) mukaista keskustelun kaavaa, kuin ensimmäinen keskustelu. Ensin käytiin läpi simulaation alkutilanne ja päällimmäisenä mielessä olleet asiat, jonka jälkeen siirryttiin analyysivaiheeseen (Dieckman ym. 2013, 197-198). Toisen simulaation jälkeen osallistujat analysoivat viestintäosaamisen kehittyneen merkittävästi. Viestintä oli selkeämpää ja kohdennetumpaa ja nimiä käytettiin enemmän tehtävien jaossa, kuin ensimmäisessä simulaatiossa. Viestintä toteutui myös pääsääntöisesti kaksisuuntaisena. Tiimin johtaja piti yllä yhteistä tilannekuvaa harjoituksen ajan käyttämällä briefing- ja time-out -strategioita. Kaikki osallistujat kokivat olleensa simulaatiossa ajan tasalla siitä, miten potilaan hoidossa edetään. Katsekontaktia pidettiin yllä enemmän verrattuna ensimmäiseen simulaatioharjoitukseen. Edelleen sitä koettiin olevan liian vähän. Katsekontaktin koettiin antavan varmistusta siitä, että viesti otetaan vastaan ja kuuntelu on aktiivista. Toisessa simulaatiossa toiminnan koettiin selkeytyneen huomattavasti, kun viestinnän määrä lisääntyi ja kohdentui. Jokaisen tiimiläisen toimintaa pidettiin tärkeänä, kun kaikilla oli selkeä tehtävä ja ohjeet, kuinka tilanteessa

tulee toimia. Virheiden koettiin todennäköisesti vähenevän viestintästrategioita käyttämällä ja viestinnän ajateltiin olevan tärkeä osa tiimityötä.

Osallistujat huomasivat itse harjoituksen aikana ne kerrat, jolloin viestintä ei vastannut tavoitetilaa, ja he analysoivat miksi näin ei tapahtunut. Keskeisinä syinä ajateltiin olevan tottuminen uuteen toimintatapaan ja rentous harjoituksen aikana. Simulaationukke ei tarjoa autenttista kokemusta potilaasta, jolloin tilanne vaatii eläytymistä osallistujilta. Ensimmäisessä harjoituksessa ajateltiin olevan vielä ”näyttelyn makua”, mutta toisen harjoituksen koettiin olevan hyvin lähellä todellista tilannetta. Keskustelua herätti harjoittelun tärkeys ja se, miten lähellä todellista tilannetta oleva harjoittelu opettaa tiimiä toimimaan myös oikeassa tilanteessa. Kuitenkin kehittymisen tarvetta koettiin vielä olevan ja mikäli aikaa olisi ollut enemmän ja mahdollisuus vielä kolmanteen harjoitukseen, olisi keskeisiin asioihin voinut kiinnittää vielä enemmän huomiota.

Reflektiokeskustelun viimeisessä, toteutusvaiheessa, pohdittiin opittuja asioita sen kannalta, miten ne voidaan siirtää käytäntöön (Dieckman ym. 2013, 200-199; Nurmi ym. 2013, 95). Simulaatioharjoitteluiden uskottiin jättävän muistijälkiä, joita pystyy hyödyntämään myöhemmin todellisissa tilanteissa. Osallistujat kokivat myös omien käsitystensä muuttuneen viestinnästä koulutuksen kautta. Viestinnän tärkeys suhteessa potilasturvallisuuteen koettiin merkityksellisenä asiana, jota aiemmin on saattanut pitää itsestään selvyytenä. Koulutuksen myötä myös aktiivinen huomion kiinnittäminen viestintään koettiin kehittyneen. Simulaatioiden ajateltiin lisäävän oman toiminnan arviointia ja vahvistavan jo aiemmin opittua sekä uutta viestintäosaamista. Osittain viestintästrategiat olivat osalle jo tuttuja, mutta kertauksen koettiin olevan tarpeellista.

Osittain osallistujat kokivat toimintamallien vaativan vielä lisää harjoitusta ja kertausta. Harjoittelun ajateltiin olevan keskeinen menetelmä asian sisäistämiseksi ja harjoitukset koettiin merkityksellisenä ja hyvänä asiana osaamisen kehittymisen kannalta. Osallistujista kaksi koki saavuttaneensa oppimistavoitteet kokonaisuudessaan ja kaksi koki tarvitsevänsä vielä lisäharjoitusta. Kaikki pitivät merkityksellisenä asiana jatkossa säännöllisesti toteutuvia koulutuksia, joihin koko henkilökunnalla on mahdollisuus osallistua. Kaikki osallistujat kokivat, että he voivat siirtää opittua osaamista käytännön hoitotyöhön. Myös omaa vastuuta viestintäosaamisen kehittämisestä ja ylläpidosta pidettiin tärkeänä.

Toteutusvaiheen tehtävä oli myös päättää simulaatio ja varmistaa, ettei osallistujille jää käsittelemättömiä tai avoimia asioita mieleen, joten reflektiokeskustelun lopussa keskusteltiin yleisesti simulaation herättämistä asioista (Dieckman ym. 2013, 200). Henkilökunta oli muuttanut uuden sairaalan tiloihin kuukausi sitten ja ympäristö oli vielä osin tuntematon

ja toiminta työympäristössä oli vielä opettelua. Esimerkiksi lääkkeiden sijainti ja pistorasioiden paikkojen tunteminen sekä ergonomia koettiin asioiksi, joita tulee selkiyttää ja kehittää. Tehohoituhuoneen kirjauspisteen todettiin olevan potilasmonitorin takana, josta omahoitajan oli hankala nähdä kokonaistilannetta. Myös koulutuksen järjestämisestä saatiin palautetta ja pyydettiin simulaation alkuun riittävästi valmistautumisaikaa, kuten yleensä ennen potilaan tuloa todellisessa tilanteessa on. Näin tilanne vastaisi realistista potilaan tulotilannetta.

4.4 Johtopäätökset (reflektointi)

Simulaatioharjoitusten kautta tapahtuva oppiminen on sosiaalinen tapahtuma. Toiminta tehohoidon ympäristössä voi olla monimutkaista ja usein kokonaisen tiimin työn tulosta, mikä luo edellytykset koko tiimin oppimiselle. Kun uutta asiaa on oppimassa joukko ihmisiä, on käytettävissä enemmän tietoa ja ongelmanratkaisu vaihtoehtoja, kuin yksilöoppimisessä. (Viitala 2013, 176.) Simulaatio-oppiminen on yhteistoiminnallista oppimista, joka tarjoaa monipuolisen alustan moniammatillisten tiimien kouluttamiselle ja osaamisen arvioinnille (Eteläpelto ym. 2013, 35, 47).

Osaamisen kehittymistä arvioitiin yhteistoiminnallisesti simulaatioiden reflektiokeskustelujen sekä itsearviointikysymysten perusteella. Osallistujat pohtivat reflektion kautta omia uskomuksiaan, ajatustapojaan ja kokemuksiaan uusista näkökulmista. Reflektiossa ihminen ottaa etäisyyttä itseensä ja tarkastelee toimintaansa ja ajatteluaan pyrkien samalla ymmärtämään, miksi on toiminut niin kuin on toiminut. Toimintaa voidaan ymmärtää syvällisesti reflektion avulla ja sitä kautta osaamista on mahdollista kehittää. Henkilökunnan viestintäosaamista analysoitiin ennen koulutusinterventiota, jolloin toiminnassa todettiin olevan eroavaisuuksia, kun sitä verrattiin tutkimusnäyttöön. Esille tuli tekijöitä, jotka liittyivät viestinnän selkeyteen, viestien vastaanottamiseen ja vastaanotetuksi kuittaamiseen, hoito- ja lääkemääräysten kohdistamiseen ja toiminnan koordinaatioon. Nykytilan ja ihanne-tilan vertailu mahdollisti osaamisen kehittämisen, kun tiedettiin, millaista viestintäosaamista tulee tavoitella. Simulaation jälkeen osallistujat saivat reflektion kautta arvioida omaa osaamistaan ryhmässä ja reflektion kautta osaamista pystyttiin vielä syventämään. (Heikkinen 2018, 222; Viitala & Jylhä 2014, 302.)

Opinnäytetyön kolmannen syklin tarkoitus oli kehittää henkilökunnan viestintäosaamista akuutissa potilaan hoitotilanteessa. Simulaatioiden reflektiokeskustelujen perusteella

osallistujat kokivat osaamisensa kehittyneen ja koulutusta pidettiin tarpeellisena. Osallistujat kokivat käsitystensä viestinnän merkityksestä muuttuneen koulutuksen myötä. Viestintää pidettiin tärkeänä osana tiimissä toimimista ja sen merkitys haittatapahtumien ehkäisyssä koettiin merkittäväksi. Osa koulutukseen osallistujista oli aiemmin pitänyt viestintää jokseenkin itsestään selvänä asiana, mutta koulutuksen kautta havaittiin sen tärkeys osana potilasturvallista tiimityötä. Myös aiemmin opitun viestintäosaamisen vahvistuminen nähtiin tarpeellisena ja viestintästrategioiden kertaamiselle jatkossa koettiin olevan tarvetta, jotta toiminta saadaan vakiintuneeksi osaksi käytännön hoitotyötä.

Opinnäytetyön tavoite oli potilasturvallisuuden edistäminen teho- ja valvontaosastolla henkilökunnan viestintäosaamista kehittämällä akuuteissa potilaan hoitotilanteissa. Ensimmäisessä syklissä tehdyn kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan standardoidut viestintästrategiat lisäävät hoidon laatua ja potilasturvallisuutta (Martin & Ciurzynski 2015, 482, 488; Stewart & Hand 2017, 304; Jones, Fawker-Corbet, Groom, Morton, Lister & Mercer 2018; 16; Halverson, Casey, Andersson, Anderson, Park, Rademaker & Moorman 2010, 305; Reader, Flin, Mearns & Cuthbertson 2009, 1789; Wahr ym. 2013, 1148). Opinnäytetyön avulla osastolle kehitetty strategia, kuinka viestintää käytetään akuuteissa tilanteissa ja ensimmäinen koulutusinterventio on toteutettu. Intervention arvioinnin tulokset ovat lupaavia ja seuraavaksi opinnäytetyössä tehdään implementointisuunnitelma toiminnan vakiinnuttamiseksi käytäntöön.

Viestintästrategioiden luominen on osa riskienhallintaa, jonka tavoitteena on ennakoida ja estää vahinkoja ja vaaratilanteita. Riskit on huomioitu sekä strategisesti että käytännön toiminnan kannalta. Strategisella tasolla tehdään pitkän aikavälin suunnitelmia laadun varmistamiseksi ja operatiivisella tasolla toimintaa toteutetaan päivittäin, sitä arvioidaan ja kehitetään edelleen. Yhteiset toimintatavat ehkäisevät vaaratapahtumia tapahtumasta ja varmistavat potilaiden laadukkaan ja turvallisen hoidon, joihin kaikkien työntekijöiden tulee sitoutua potilasturvallisuuden varmistamiseksi. (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021 2017, 14, 16.)

4.5 Lähteet

Dieckman, P., Lippert, A. & Østergaard, D. 2013. Jälkipuinti. Teoksessa P. Rosenberg, M. Silvennoinen, M. Mattila, J. Jokela & I. Ranta (toim.) Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Helsinki: Fioca Oy, 195-216.

Dieckman, P., Patterson, M., Lahlou, S., Mesman, J., Nyström, P. & Krage, R. 2017. Variation and adaptation: learning from succes in patient safety-oriented simulation training. *Advances in Simulation* 2 (21) 2-14. doi: 10.1186/s41077-017-0054-1

Eteläpelto, A., Collin, K. & Silvennoinen, M. 2013. Simulaatiokoulutuksen pedagogiikkaa. Teoksessa P. Rosenberg, M. Silvennoinen, M. Mattila, J. Jokela & I. Ranta (toim.) Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Helsinki: Fioca Oy, 21-50.

Fanning, R. & Gaba, D. 2007. The Role of Debriefing in Simulation-Based Learning. *Simulation in Healthcare* 2 (2), 115-125. doi: 10.1097/SIH.0b013e3180315539

Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. 2010. World Health Organization. Viitattu 10.2.2020 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1

Garden, A., Fevre, D., Waddington, H. & Weller, J. 2015. Debriefing after simulation-based non-technical skill training in healthcare: a systematic review of effective practice. *Anaesthesia and Intensive Care* 43 (3), 300-308. doi: 10.1177/0310057X1504300303

Goldstein, D., Krensky, C., Doshi, S. & Perelman, V. 2018. In situ simulation and its effects on patient outcomes: a systematic review. *BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning* (6), 3-9. doi: 10.1136/bmjstel-2018-000387

Green, M., Tariq, R., & Green, P. 2016. Improving Patient Safety through Simulation Training in Anesthesiology: Where Are We? *Anesthesiology Research and Practice* (5), 1-12. doi: 10.1155/2016/4237523

Halverson, A., Casey, J., Andersson, J., Andersson, K., Park, C., Rademaker, A. & Moorman, D. Communication failure in the operating room. *Surgery* 149 (3), 305-310. doi: 10.1016/j.surg.2010.07.051

Heikkinen, H. 2018. Toimintatutkimus: kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS-Kustannus, 215-230.

Heinonen, S., Klingberg, R. & Pentti, P. 2012. Kaikkien aivot käyttöön. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Higham, H. & Baxendale, B. 2017. To err is human: use of simulation to enhance training and patient safety in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia* 119 (1), 106-114. doi: 10.1093/bja/aex302

Isaacs, W. 2001. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito. Helsinki: Kauppakaari.

Jones, C., Fawker-Corbett, J., Groom, P., Morton, B., Lister, C. & Mercer J. 2018. Human factors in preventing complications in anesthesia: a systematic review. *Anaesthesia* 73 (1), 12-24. doi: 10.1111/anae.14136

Martin, H. & Ciurzynski, M. 2015. Situation, background, assessment, and recommendation – guided huddles improve communication and teamwork in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* 41 (6), 484-488. doi: 10.1016/j.jen.2015.05.017

Moran, V., Wunderlich, R. & Rubbelke, C. 2018. *Simulation: Best Practices in Nursing Education*. Cham: Springer International Publishing AG.

Mönkkönen, K., Kekoni, T., Jaakola, A., Profiam Sosiaalipalvelut Oy:n henkilöstö & Pehkonen, A. 2019c. Kohti monitoimijaista kehittämistä. Teoksessa K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen. *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Gaudeamus, 112-138.

Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. 2019a. Johdanto. Teoksessa K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen. *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Gaudeamus, 7-14.

Mönkkönen, K., Leinonen, L., Arajärvi, M., Hovatta, A., Tusa, N. & Salokangas, K. 2019b. Moniammatillisen vuorovaikutuksen tarkastelua. Teoksessa K. Mönkkönen, T. Kekoni & A. Pehkonen. *Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Gaudeamus, 47-66.

Nurmi, E., Rovamo, L. & Jokela, J. 2013. Simulaatiotilanteiden suunnittelu. Teoksessa P. Rosenberg, M. Silvennoinen, M. Mattila, J. Jokela & I. Ranta (toim.) *Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa*. Helsinki: Fioca Oy, 88-100.

- Parkkonen, T., Rantanen, E. & Kuisma, M. 2013. Viestinnän simulaatioharjoittelu. Teoksessa P. Rosenberg, M. Silvennoinen, M. Mattila, J. Jokela & I. Ranta (toim.) Simulaatiooppiminen terveydenhuollossa. Helsinki: Fioca Oy, 146-157.
- Patterson, D., Geis, G., Falcone, R., LeMaster, T. & Wears, R. 2012. In situ simulation: detection of safety threats and teamwork training in a high risk emergency department. *BMJ Quality & Safety* 22 (6) 468-477. doi: 10.1136/bmjqs-2012-000942
- Ponzer, S. & Castrén, M. 2013. Ammattienvälinen toiminta ja kommunikaatio. Teoksessa P. Rosenberg, M. Silvennoinen, M. Mattila, J. Jokela & I. Ranta (toim.) Simulaatiooppiminen terveydenhuollossa. Helsinki: Fioca Oy, 134-145.
- Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisu 9. Viitattu 14.3.2020 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rall, M. 2013. Simulaatio - mitä, miksi, milloin ja miten? Teoksessa P. Rosenberg, M. Silvennoinen, M. Mattila, J. Jokela & I. Ranta (toim.) Simulaatiooppiminen terveydenhuollossa. Helsinki: Fioca Oy, 9-15.
- Reader, T., Flin, R., Mearns, K., Cuthbertson, B. 2009. Developing a team performance framework for the intensive care unit. *Critical Care Medicine* 37 (5), 1787-1793. doi: 10.1097/CCM.0b013e31819f0451
- Romppanen, T. 2017. Simulaatiossa yhdessä oppien – hoitotyön moniammatillisten simulaatioiden pilotti. Teoksessa M. Punta-Saastamoinen (toim.) Yhdessä kohti älykästä hoitotyötä. Kajaanin ammattikorkeakoulu Oy. Julkaisusarja B 44. Kajaani: Kajaanin ammattikorkeakoulu, 95-99.
- Rosqvist, E. & Lauritsalo S. 2013. Measuring Learning Outcomes of Multi-Professional Trauma Teams after Simulation Training. Teoksessa E. Poikela & O. Tieranta (eds.) Developing Simulation Pedagogy for Nursing Education in a European Network. Rovaniemi: University of Applied Sciences, 57-64.
- Saarenpää, T. 2020. Teho- ja valvontaosaston vs. osastonhoitaja. Sähköposti 24.2.2020.
- Sawayer, T., Eppich, W., Brett-Fleegler, M., Grant, V. & Cheng, A. 2016. More Than One Way to Debrief. A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. *Simulation in Healthcare* 11 (3), 209-217. doi: 10.1097/SIH.000000000000148

Sollid, S., Dieckman, P., Aase, K., Søreide, E., Ringsted, C. & Østergaard, D. 2019. Five Topics Health Care Simulation Can Address to Improve Patient Safety: Results From a Consensus Process. *Journal of Patient Safety* 15 (2), 111-120. doi: 10.1097/PTS.0000000000000254

Sørensen, J., Østergaard, D., LeBlanc, V., Ottesen, B., Konge, L., Dieckman, P. & Van der Vleuten C. 2017. Design of simulation-based medical education and advantages and disadvantages of in situ simulation versus off-site simulation. *BMC Medical Education* 17 (20), 1-9. doi: 10.1186/s12909-016-0838-3

Stewart, K. & Hand, K. 2017. SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. *Medsurg Nursing* 26 (5), 297-305. Viitattu 1.11.2020 <https://insights.ovid.com/medsurg-nursing/mednu/2017/09/000/sbar-communication-patient-safety-integrated/3/00008484>

Syvänen, S., Tikkamäki, K., Loppela, K., Tappura, S., Kasvio, A & Toikko, T. 2015. Dialoginen johtaminen. Avain tuloksellisuuteen, työelämän laatuun ja innovatiivisuuteen. Tampereen yliopisto. Tampere: Tampere Universitys Press.

Talvio, M. & Klemola, U. 2017. Toimiva vuorovaikutus. Jyväskylä: PS-kustannus.

Tervaskanto-Mäentausta, T. & Kantonen, M. 2016. Simulaatio moniammatillisten tiimitaitojen laboratoriona. Teoksessa O. Tieranta & P. Poikela (toim.) *Helmiä hoitotyön simulaatioissa. Hyviä käytänteitä ammattikorkeakouluista*. Lapin ammattikorkeakoulun julkaisuja, sarja B. Rovaniemi: Lapin ammattikorkeakoulu, 19-24.

van Leijen-Zeelenberg, J., van Raak, A., Duimel-Peeters, I., Kroese, M., Brink, P. & Vrijhoef, H. 2014. Interprofessional communication failures in acute carechains: How can we identify the causes? *Journal of interprofessional Care* 29 (4), 320-330. doi: 10.3109/13561820.2014.1003802

Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita Publishing.

Viitala, R. & Jylhä, E. 2014. Liiketoimintaosaaminen. Menestyvän yritystoiminnan perusta. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vähämäki, M. 2008. Dialogi organisaation oppimisessa: itseohjautuvan muutoksen mahdollisuus tuotantotyössä. Turun kauppakorkeakoulu. Väitöskirja. Sarja A-Z. Tampere: EsaPrint Tampere. Viitattu 19.2.2020 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-564-587-6>

Wahr, A., Prager, L., Abernathy, J., Martinez, E., Salas, E., Seifert P., Groom, Spiess, B., Searles, B., Sundt III, T., Sanchez, J., Shappell, S., Culig, M., Lazzara, E., Fitzgerald, D., Thourani, V., Eghtesady, P., Ikonomidis, J., England, M., Sellke, F. & Nussmeier, N. 2013. Patient Safety in the Cardiac Operating Room: Human Factors and Teamwork. A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 128 (10), 1139-1169. doi: 10.1161/CIR.0b013e3182a38efa

5 Käyttöönottosuunnitelma (4. sykli)

Artikkelissa kuvataan näyttöön perustuvan toiminnan vaiheita ja käyttöönottoprosessi Ottawa-mallin mukaisesti. Ottawa-malli on suunniteltu erityisesti tutkimustiedon käyttöönottoa varten. (Lantta 2016, 21; Graham & Logan 2004, 95.)

5.1 Näyttöön perustuva toiminta (suunnittelu)

Näyttöön perustuva toiminta potilaan hoidossa tarkoittaa ajantasaisen näytön harkittua käyttöä hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Näyttöön perustuvalla toiminnalla on tarkoitus edistää terveydenhuollon vaikuttavuutta ja laatua. (Saunders 2016, 3; Korhonen, Siltanen, Hahtela & Holopainen 2018, 8; Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön 2009, 53; Näyttöön perustuva toiminta 2018.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (L 785/1992). Myös terveydenhuoltolaki edellyttää, että toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua (L 1326/2010).

Ammattihenkilöstön toimintaa säätelee lisäksi laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Siinä edellytetään, että ammattilaisten toiminta perustuu parhaaseen käytettävissä olevaan tietoon ja osaamista tulee ylläpitää sekä kehittää. Työnantajan velvollisuus on seurata ja luoda edellytykset ammattihenkilöiden kehittymiselle ja mahdollistaa riittävä täydennyskoulutus turvallisen ja asianmukaisen ammatinharjoittamisen mahdollistamiseksi. (L 559/1994.)

Lain asettamiin edellytyksiin on vastattu Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön (2009, 54) -hankkeella. Keskeistä on luoda edellytykset näyttöön perustuvalla toiminnalla hoitotyön tutkimuksella, johtamisella ja kouluttamisella. Johtajan tehtävänä on osaamisen varmistaminen sekä toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen ja koulutuksella tarjotaan henkilökunnalle valmiudet näyttöön perustuvan toiminnan toteuttamiseksi. Tutkimuksella tuotetaan tietoa vaikuttavista tavoista toimia ja menetelmiä toimintatapojen hyödyntämiseen käytännössä, johtamisessa ja koulutuksessa.

Organisaation strategian tulee vahvistaa turvallisuutta edistävien toimintatapojen juurruttamista osaksi työntekijöiden päivittäistä toimintaa. Johdon tulee määritellä keskeiset linjaukset, joiden avulla turvallisuutta voidaan edistää ja varmistaa resurssit toiminnan kehittämiseen ja jatkuvaan parantamiseen. (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021

2017, 19.) Johtajan rooli on ratkaisevassa asemassa erityisesti, kun tarkoituksena on edistää moniammatillista yhteistyötä ja sitä kautta laadukasta sekä vaikuttavaa hoitoa potilaille. Eri alojen ammattilaisilla voi olla erilaisia käsityksiä todellisuudesta, mikä johtaa eriäviin näkökantoihin toiminnan tavoitteista. Yhteistyön rakentumiseksi tulee kehittää selkeitä toimintatapoja ja rakenteita, joiden varassa toiminnalla on mahdollisuus kehittyä. (Lammintakanen, Rissanen, Peronmaa-Hanska, Joensuu & Ruottu 2016, 10; Viitala 2013, 184.) Artikkelin tarkoitus on kuvata moniammatillisen viestintäosaamisen kehittämisen käyttöönottoprosessi teho- ja valvontapotilaan hoidossa. Tutkimuskysymys on, minkälainen on näyttöön perustuva viestintäosaamisen kehittämisen käyttöönottoprosessi teho- ja valvontaosastolla.

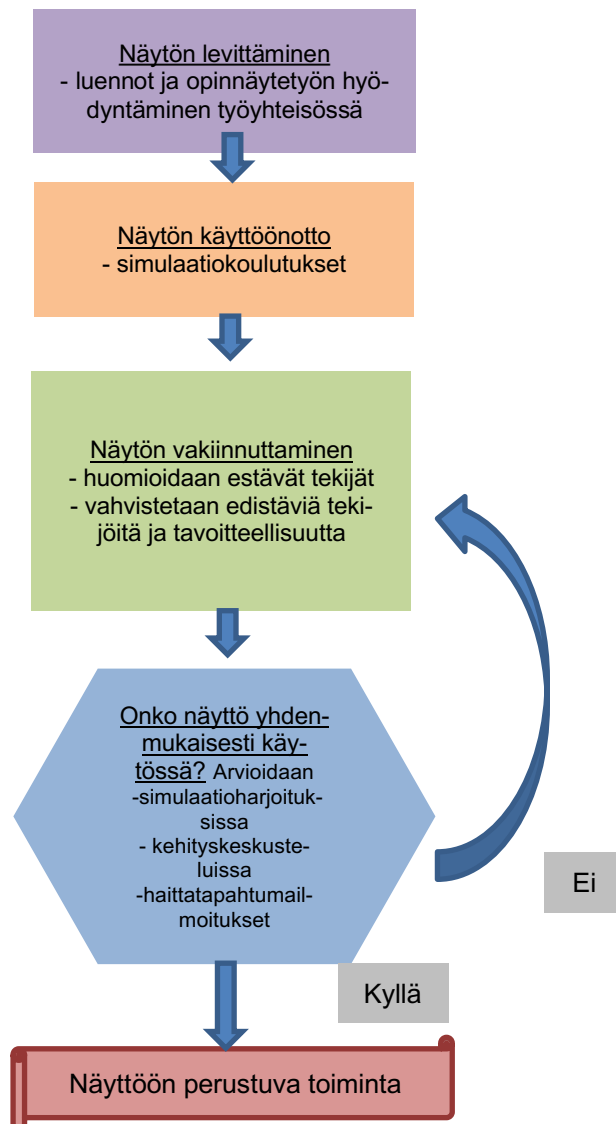
5.2 Käyttöönottoprosessi

Terveystieteidenhuollossa on kiistämätön tarve näyttöön perustuvalla tiedolla ja toiminnalla. Käytännöt eivät saisi vaihdella perusteettomasti tai siksi, että käytetään vanhoja toimintatapoja. Ei tasalaatuinen toiminta johtaa potilaiden epätasa-arvoiseen kohteluun ja voi vaarantaa potilasturvallisuuden. On todettu, että osa potilaista saa tarpeetonta hoitoa, josta voi olla jopa haittaa potilaille. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 126; Oikarinen, Siltanen, Korhonen & Holopainen 2018, 11; Saunders 2016, 3.)

Lähtökohtana yhtenäisille käytännöille työyksiköissä pitää olla näyttöön perustuva tieto, jota levitetään ja viedään osaksi henkilökunnan osaamista. Näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönottamiseksi on kehitetty useita erilaisia toimintamalleja. Toimintamallit ovat tarpeellisia, koska pelkkä tieto näyttöön perustuvasta tiedosta ei varmista konkreettisia toiminnan muutoksia. Uusimpana ajattelutapana ovat mallit, joissa käyttöönotto ymmärretään moniulotteisena sosiaalisena prosessina, johon kuuluu yhteistoiminnallista suunnittelua, koulutusta, arviointia ja tarvittaessa toiminnan uudelleen suuntausta. Näytön käyttöönotto tarkoittaa muutosta työyhteisössä ja sen onnistuminen edellyttää suunnitelmallista, pitkäjänteistä ja monialaista yhteistyötä. (Korhonen ym. 2018, 43-44, 69, 119, 126; Holopainen, Juntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2014, 79, 87.)

Kirjallisuudessa näyttöön perustuvan toiminnan prosessia kuvataan usein lineaarisena. Ensin tulee tunnistaa tarve, johon haetaan ratkaisua. Seuraavaksi muodostetaan tutkimuskysymys, joka auttaa suuntaamaan kirjallisuushaun oleellisiin tutkimuksiin. Kirjallisuushaku arvioidaan kriittisesti arvioimalla tutkimusten menetelmällistä laatua. Tutkimusnäyttö muokataan käytäntöön sovellettavaan muotoon, otetaan käyttöön ja lopuksi sen

käyttöönottoa arvioidaan. Jokaisessa vaiheessa tulee myös määrittää, kenen vastuulle toiminta kuuluu ja kenellä on paras osaaminen tehtävän hoitamiseksi. (Saunders 2016, 4; Korhonen ym. 2018, 98; Holopainen ym. 2014, 79.) Prosessi on esitetty kuvassa 4.



Kuva 4. Näytön käyttöönoton ja vakiinnuttamisen vaiheet mukailten Korhonen ym. (2018, 99) mallinnusta

Näyttöön perustuvan toiminnan lähtökohtana on tutkimusnäytön tai siihen perustuvien suositusten saatavuus ja käyttökelpoisuus työntekijöiden keskuudessa (Oikarinen ym. 2018, 11; Korhonen ym. 2018, 100). Näyttöä tulee levittää, jotta näyttöön perustuva tieto ja toiminta saadaan siirrettyä käytäntöön. Näytön levittämiseen voidaan käyttää useita erilaisia menetelmiä. Teknologian ansiosta näyttöön perustuvaa tietoa on helposti saatavilla, mutta se ei varmista sitä, että ammattilaiset hyödyntäisivät sitä. Ei myöskään ole tarkoituksenmukaista, että jokainen ammattilainen erikseen etsii tietoa päätöksenteon tueksi, vaan tarpeellista on luoda tiedon levittämisen kanavia, joiden kautta tieto on helposti

hyödynnettävissä. Toisinaan riittää yksinkertainen tiedottaminen asiasta, mutta usein tarvitaan järeämpiä menetelmiä tiedon jakamiseen. Erilaisia menetelmiä levittää näyttöä ovat esimerkiksi koulutus, tutkimusklubit ja ammatilliset sekä tieteelliset julkaisut. Näytön levittäminen on edellytys seuraavassa vaiheessa tapahtuvalle käyttöönotolle ja usein levittäminen ja käyttöönotto tapahtuvatkin samanaikaisesti. (Korhonen ym. 2018, 100-101; Holopainen ym. 2014, 111-112; Saunders 2016, 3.)

Näytön käyttöönotto eli tiedon saattaminen toiminnaksi vaatii aikaa. Työntekijät omaksuvat uudet toimintatavat eri tahtiin ja sitoutuminen muutokseen tapahtuu vähitellen. Eräiden arvioiden mukaan näytön vakiintuminen voi kestää jopa 2-4 vuotta. Toimintaan sitoutuminen vaatii tukea ja osaamisen varmistamista sekä rohkaisevaa palautetta. (Korhonen ym. 2018, 11-12; Holopainen 2014, 87.) Toiminnan vakiinnuttaminen pysyvästi on haastava tehtävä ja sen esteenä voivat olla sisäisiin rakenteisiin tai ammatillisiin liittyvät tekijät. Myös uuden toiminnan ohjeistuksen ymmärrettävyys tai soveltaminen kohderyhmään voi epäonnistua. Sisäisiä tekijöitä ovat muun muassa tiedonkulku, hierarkia, ammattiryhmien yhteistyö ja käytettävissä olevat resurssit. Ammatillisiin liittyviä tekijöitä ovat asenteet, osaaminen ja taidot. Jotta muutos on kestävä, se vaatii johdon ja työntekijöiden yhteisen näkemyksen ja motivaation muutoksen tarpeesta. (Korhonen ym. 2018, 11-12, 126-127; Häggman-Laitila 2009, 23-24, 26.)

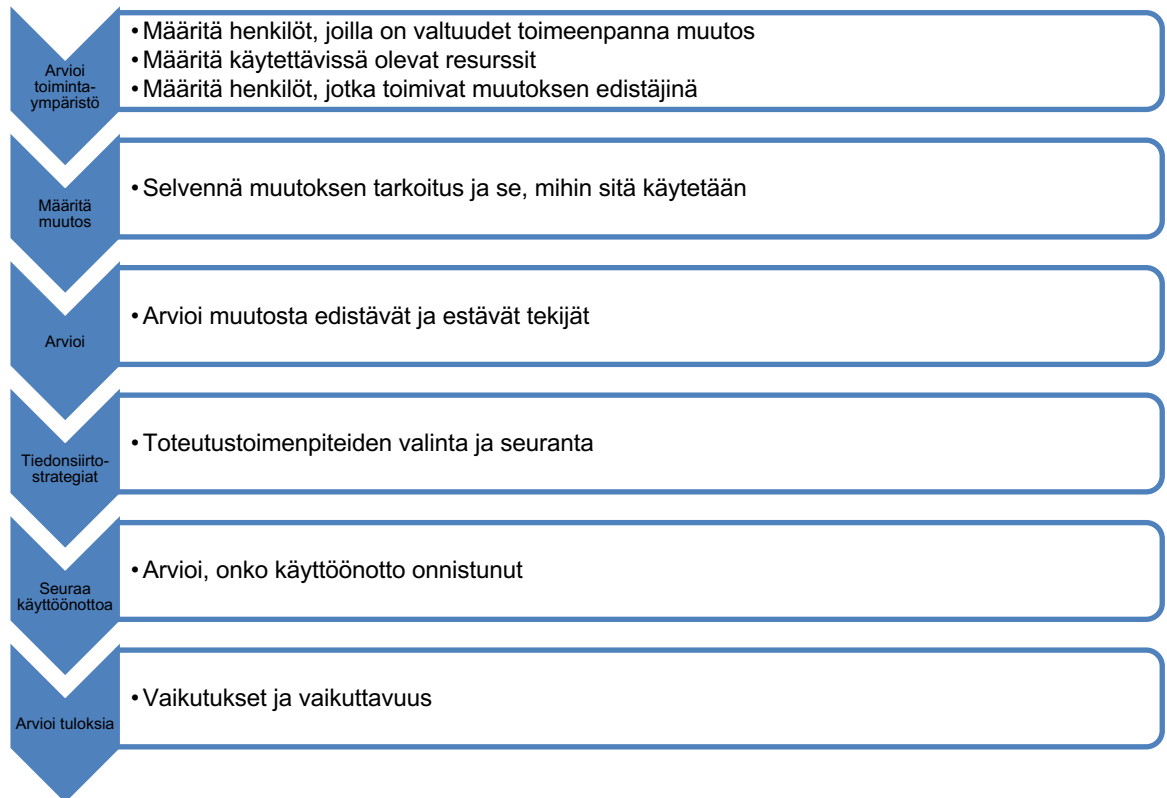
Toiminnan vakiinnuttaminen on edellytys näyttöön perustuvalla toiminnalla. Vakiinnuttaminen on tavoitteellista aktiivista toimintaa, jonka toteuttamiseksi tarvitaan resursseja ja hoitotyön johtajien vastuunottoa. Mikäli näyttöön perustuvat käytänteet eivät ole riittävästi vakiintuneet käyttöön, ei voida puhua näyttöön perustuvasta toiminnasta. Vakiintuminen on edellytys myös sille, että toiminta tuottaa tuloksia ja vaikutukset ovat pysyviä. Näytön levittäminen ja käyttöönoton prosessin läpikäyminen eivät itsessään varmista, että näyttö vakiintuu osaksi käytäntöjä, vaan toimintaa tulee arvioida ja kehittää edelleen. (Korhonen ym. 2018, 126; Saunders 2016, 3-4.)

Vakiinnuttaminen itsessään on monivaiheinen prosessi ja huomio tulee suunnata erityisesti niihin tekijöihin, jotka voivat estää näytön käyttöä. Vakiinnuttaminen ei ole yksittäinen osa toimintaa, vaan se alkaa jo yhtenäisen käytännön suunnitteluvaiheessa ja jatkuu vielä käyttöönoton jälkeen. Se lomittuu hyvin tiukasti näytön käyttöönottoon, eikä sitä voi siitä erottaa, vaan sitä tarkastellaan käyttöönoton viimeisenä vaiheena. Vakiinnuttamista voidaan edistää vahvistamalla niitä tekijöitä, jotka ovat jo tuloksellisia, määrittämällä toiminnalle selkeät tavoitteet ja tekemällä suunnitelman tavoitteiden saavuttamiseksi. Pysyvyyttä edistää myös se, jos toiminnan aikana osoitettuja alustavia tuloksia ja onnistumisia voidaan mitata tai muuten osoittaa. (Korhonen ym. 2018, 127.)

Arvioinnin avulla tunnistetaan toimintaan liittyviä ongelmia ja kehitetään niitä. Arvioinnilla saadaan muun muassa tietoa siitä, miten käyttöönottosuunnitelma on toteutunut, missä määrin näyttö on käytössä, mitkä tekijät ovat edistäneet tai estäneet sitä toteutumasta ja mitkä kohdat tarvitsevat muutoksia. (Saunders 2016, 4; Korhonen ym. 2018, 135-137, 167; Holopainen ym. 2014, 125.) Arviointi aloitetaan jo käyttöönoton aikana, jolloin saadaan tietoa muutoksen suunnasta ja siitä, pitääkö valittua käyttöönottomenetelmää suunnata uudelleen. Arvioinnissa tarvitaan yleensä useita eri menetelmiä näytön käytön mittaamiseen ja niiden tulee olla joustavasti käytettävissä sekä muunneltavissa erilaisiin ympäristöihin. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota näytön käytön täsmällisyyteen ja laatuun sekä syyseuraus yhteyksien todentamiseen. Arviointi tulee kohdistaa myös tekijöihin, jotka voivat aiheuttaa laadun vaihtelua toiminnassa. (Korhonen ym. 2018, 129; Holopainen ym. 2014, 125.)

5.3 Ottawa-malli (toiminta ja havainnointi)

Näytön käyttöönotto toteutetaan Ottawa-mallin mukaisesti, joka on suunniteltu erityisesti tutkimustiedon käyttöön ottamiseksi. Sen avulla arvioidaan käyttöönottoa estäviä ja edistäviä tekijöitä, seurataan koko käyttöönottoprosessia ja arvioidaan sen tuloksia. Ottawa-mallissa korostetaan aktiivista lähestymistapaa käyttöönoton toteuttamiseen suunnitellusti ja se tarjoaa yksityiskohtaiset vaiheet käyttöönottoprosessin toteuttamiseksi. (Lantta 2016, 21; Graham & Logan 2004, 95.) Kuvassa 5 on esitetty Graham ja Loganin (2004, 95-99) esittämät näytön käyttöönoton vaiheet Ottawa-mallin mukaisesti.



Kuva 5. Ottawa-mallin mukainen käyttöönottoprosessi (Graham & Logan 2004, 95-99)

Näyttö, joka Ottawa-mallia käyttämällä vakiinnutetaan, on selvitetty aikaisemmin tässä opinnäytetyössä. Kirjallisuuskatsauksen tuloksena muodostui kaksi luokkaa, viestintästrategiat sekä turvallisuuskulttuuria tukeva kommunikaatio ja toimintatapa. Opinnäytetyön ohjausryhmässä kehitettäväksi teemaksi valittiin viestintästrategiat, koska se oli konkreettinen kehittämisen kohde, jolla henkilöstön viestintäosaamista arvioitiin olevan mahdollista kehittää. On tutkittu, että hyvin toteutettu kommunikaatio on ratkaisevan tärkeää onnistuneen tiimityön kannalta ja välttämätöntä korkealaatuisen potilashoidon toteuttamiseksi. (Wahr ym. 2013, 1143; Martin & Czurzynski 2015, 484.)

Viestintästrategioita standardoimalla voidaan vähentää viestinnän monimerkityksellisuutta ja tehostaa selkeyttä sekä toiminnan tehokkuutta ja strategioiden avulla on mahdollista vähentää potilastyössä tapahtuvia virheitä sekä kuolleisuutta (Wahr ym. 2013, 1148; Reader, Flin, Mearns & Cuthbertson 2009, 1789; Stewart & Hand 2017, 304). Vaihtelevien kommunikaatiotyylien käyttö voi aiheuttaa vääriä tulkintoja ja johtaa tärkeiden tietojen pois jäämiseen (Stewart & Hand 2017, 302). Käyttöön otettaviksi strategioiksi valittiin kaksisuuntainen viestintä, kohdennettu viestintä, briefing, call out ja time out. Näiden toimintamallien käyttöönotolla voidaan edistää potilasturvallisia toimintakäytäntöjä ja kehittää henkilökunnan viestintäosaamista. Käyttöönoton tavoitteena on saada aikaan pysyviä

toiminnan muutoksia eli vakiinnuttaa näyttö käyttöön laadukkaan ja potilasturvallisen työn toteutumiseksi (Näyttöön perustuva toiminta organisaation tasolla n.d).

5.3.1 Toimintaympäristön arviointi

Ensimmäisessä vaiheessa arvioidaan toimintaympäristön mahdollisuudet muutoksen toteuttamiseksi eli määritetään henkilöt, joilla on valtuudet muutoksen käynnistämiseksi (Graham & Logan 2004, 95). Johtajat ja lähijohtajat mahdollistavat olosuhteet näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi ja heidän roolinsa on tarkkailla ja ohjata toimintaa opinnäytetyön ohjausryhmän kautta. Toiminnan johtaminen sisältää toiminnan ylläpitämiseen ja organisointiin liittyviä strategisia tehtäviä sekä näyttöön perustuvaa toimintaa mahdollistavan kulttuurin ylläpitämisen. (Saunders 2016, 4; Korhonen ym. 2018, 61-62.) Lisäksi käyttöönottoa varten tulee määrittää tarvittavat resurssit ja keskeiset henkilöt, jotka pystyvät edistämään muutosta. (Graham & Logan 2004, 95.)

Jokaista koulutuskertaa varten on varattava kaksi simulaatio-ohjaajaa ja vähintään yksi lääkäri sekä kolme hoitajaa osallistumaan varsinaiseen koulutukseen. Osallistujia voi olla myös enemmän, koska simulaatiokoulutuksen luonteeseen kuuluu toiminnan tarkkailijoiden roolit. Simulaatio-ohjaajille tulee resursoida koulutuksia varten vähintään neljä tuntia työaikaa ja osallistuville henkilöille kolme tuntia jokaista kohden. Projektiryhmään kuuluvat ovat toimineet muutoksen edistäjinä eli muutosagentteina työyhteisössä. Heidän tehtävänsä on ollut uuden tiedon levittäminen työyksikössä sekä käyttöönottoa estävien ja edistävien tekijöiden kartoittaminen. Projektiryhmä on osallistunut käyttöönottosuunnitelman tekemiseen yhteisöllisen suunnittelun menetelmällä projektiryhmän kokouksessa. (Graham & Logan 2004, 95-96; Pitkänen 2018, 3.)

5.3.2 Muutoksen määrittäminen

Toisessa vaiheessa määritetään muutos eli selvitetään tarkasti, mikä toiminnan muutos on, ja mitä se edellyttää. Työyhteisössä tulee selvittää, mitä ovat kliiniset suositukset, jotka aiotaan ottaa käyttöön ja mitä käyttöönotto edellyttää. (Graham & Logan 2004, 95.) Kliininen suositus on käyttää yhtenäisiä viestintästrategioita osana potilasturvallista moniammatillista teho- ja valvontahoitotyötä. Strategioiden käyttöönotto tapahtuu simulaatiokoulutuksen kautta ja muutos koskee teho- ja valvontaosaston potilastyöhön osallistuvaa hen-

kilökuntaa. Osastolla on pidetty ennen koulutusinterventioita orientoivia luentoja moniammatillisen viestinnän merkityksestä kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa ja sen aiheuttamista muutoksista. Osastonhoitaja on ollut muutoksessa aktiivisesti mukana, ja hän on informoinut henkilökuntaa viestintäosaamisen kehittämisestä työyksikössä. Touku-kuussa 2020 pidetään akuuttipalvelujen koulutuspäivä, jossa opinnäytetyö esitellään koko vastuualueen henkilöstölle.

5.3.3 Käyttöönottoa edistävien ja estävien tekijöiden arviointi

Kolmannessa vaiheessa arvioidaan muutosta estäviä ja edistäviä tekijöitä. Estävien tekijöiden kohdalla arvioidaan myös mahdollisia ratkaisuja esteiden voittamiseksi. (Graham & Logan 2004, 96.) Estäviä tekijöitä arvioitiin yhdessä projektiryhmän kanssa osallistavalla 4-3-3 yhteiskehittelymenetelmällä. Menetelmään osallistui neljä projektiryhmään kuuluvaa henkilöä. Kaikille osallistujille jaettiin paperi, johon jokainen kirjoitti kolme näytön käyttöönottoa estävää tekijää. Osallistujille annettiin viisi minuuttia aikaa ideoita ratkaisuja esitettyyn ongelmaan, jonka jälkeen papereita vaihdettiin. Seuraavan osallistujan tehtävä oli pohtia esitettyyn estävään tekijään ratkaisuja. Näin suoritettiin kolme paperin vaihtoa, jolloin paperit olivat kiertäneet kaikilla osallistujilla. Menetelmän luku neljä tulee osallistujien määrästä, seuraava luku kolme tulee estävien tekijöiden määrästä ja viimeinen luku kolme kierrosten määrästä, jonka paperit kiertävät osallistujilla. (Eloranta 1983, 16-17.)

Menetelmän tuloksena syntyi 11 muutosta estävää tekijää ja 50 ratkaisuehdotusta. Estäviä tekijöitä oli 11, koska yksi osallistuja kirjasi vain kaksi tekijää. Osallistujat kirjasi vapaasti ratkaisuehdotuksia. Niiden määrää ei rajoitettu. Estävien tekijöiden lisäksi projektiryhmään kuuluvien kanssa pohdittiin 4-3-3 tiedonkeruun jälkeen näytön käyttöönottoa edistäviä tekijöitä. Opinnäytetyön tekijä kirjasi edistävät tekijät vapaamuotoisesti paperille.

4-3-3 menetelmän aineistosta tehtiin induktiivinen sisällön analyysi. Aineistonanalyysiä käytettiin kuvaamaan tutkittavaa kohdetta ja sen avulla voitiin luoda kohdetta kuvaavia käsitteitä, käsitejärjestelmiä ja malleja. Käsitejärjestelmillä ja malleilla tarkoitetaan tutkittavaa kohdetta kuvaavaa kokonaisuutta, josta käy ilmi käsitteiden hierarkia ja suhteet toisiinsa. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139.) Aineisto hajotettiin käsitteiksi ja synteessin avulla osat koottiin uudelleen tieteellisiksi johtopäätöksiksi teoreettista pohdintaa varten. (Grönfors 1982, 145, 161; Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-4; Kyngäs ym. 2011.)

Aineiston analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus. Aineisto oli osallistujien vapaasti kirjoittamia ajatuksia, lauseita ja yksittäisiä sanoja, joten ajatuskokonaisuuden valinta oli looginen vaihtoehto aineiston monimuotoisuuden vuoksi. Ensin projektiryhmän esittämät estävät tekijät koodattiin ja ryhmiteltiin neljäksi luokaksi samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien perusteella (ks. Eskola & Suoranta 2000, 181, 185; Tuomi & Sarajärvi 2013, 110). Luokittelu on esitetty taulukossa 6. Luokat ovat osaaminen, toimintakulttuuri, muutoksen hallinta ja henkilöstöresurssit.

Taulukko 6. Käyttöönottoa estävien tekijöiden ryhmittely ja luokat

Käyttöönottoa estävät tekijät	Luokat
1. Vuorovaikutustaidot 2. Osaaminen (kliininen) 3. Asenne	A. Osaaminen (1, 2, 3)
4. Voimakaspersoonaiset ("aina on tehty näin") 5. Vanhat totutut tavat, joista vaikea päästä irti 6. Hierarkia liian kova, ei uskalla esittää omaa mielipidettä, jos vahvoja yksilöitä ympärillä	B. Toimintakulttuuri (4, 5, 6)
7. Muutosvastarintaiset ihmiset 8. Muutosväsyneet ihmiset	C. Muutoksen hallinta (7, 8)
9. Työvoimapula 10. Resurssit 11. Henkilöstön vaihtuvuus	D. Henkilöstöresurssit (9, 10, 11)

Estävien tekijöiden luokittelun jälkeen ratkaisuehdotukset koodattiin ja pelkistettiin. Pelkistäminen tehtiin niin, että alkuperäisten ilmausten merkitys säilyi, mutta epäolennaiset voitiin karsia pois. Tämä helpotti aineiston jatkokäsittelyä. Pelkistetyt ratkaisuehdotukset liitettiin sen estävän tekijän luokkaan, johon ne alun perinkin kuuluivat. Seuraavaksi pelkistykset ryhmiteltiin ja ryhmät käsitteellistettiin sisältöä kuvaavilla ilmauksilla, jolloin aineisto tiivistyi ja jokaiseen estävään tekijään saatiin 2-3 ratkaisuehdotusta. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 87; Tuomi & Sarajärvi 2002, 122 – 124; Kyngäs ym. 2011, 139.) Esimerkki pelkistettyjen ilmausten ryhmittelystä, luokittelusta ja käsitteellistämisestä on esitetty taulukossa 7.

Taulukko 7. Esimerkki pelkistettyjen ilmausten ryhmittelystä, ratkaisuehdotusten luokittelusta ja käsitteellistämistä

Luokat (käyttöönottoa estävät tekijät)	Pelkistettyjen ratkaisuehdotusten ryhmittely	Luokat (ratkaisuehdotusten luokittelu)
A. Osaaminen (1, 2, 3)	1a avoin keskustelu 1b pyydetään anteeksi 1d avoimuus, sallivuus 2a hyväksytään erilaisia ihmisiä 1c opetellaan 2e koulutus, ohjaus, perehdytys	I. Työyhteisötaidot (1a, 1b, 1d, 2a, 2b, 2c, 2d, 3a, 3b, 3c, 3d, 3e) II. Tietotaidon kehittäminen (1c, 2e)
D. Henkilöstöresurssit (9, 10, 11)	9a vetovoiman vahvistaminen 9b sijaisten pitäminen 9c kuva tehosta positiivinen	VIII. Rekrytoinnin vahvistaminen (9a, 9b, 9c, 9e, 11a, 11b, 11c, 11d)

Pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittely, luokittelu ja käsitteellistäminen on esitetty kokonaisuudessa liitteessä 7, taulukossa 8. Neljään käyttöönottoa estävään tekijään muodostui lopulta yhdeksän ratkaisua, jotka koodattiin roomalaisilla numeroilla. Ratkaisut olivat työyhteisötaidot, tietotaidon kehittäminen, yhteistyö, osaamisen kehittäminen, vuorovaikutus, jaksamisen tukeminen, ilmapiiri, rekrytoinnin vahvistaminen ja osaamisen vahvistaminen. Aineiston analyysin tulokset esitetään niin, että otsikosta ilmenee käyttöönottoa estävä tekijä ja ratkaisut kuhunkin estävään tekijään on esitetty tekstiosissa. Näytön käyttöönottoa edistävät tekijät on kuvattu luvun lopussa. Tästä aineistosta ei tehty sisällön analyysiä.

Osaaminen

Osaamisen ongelma koostui työntekijöiden asenteista, vuorovaikutustaidoista ja kliinisestä osaamisesta. Osaamisen ongelmaan yhdeksi ratkaisuksi muodostui *työyhteisötaidojen kehittäminen*. Keskeisenä tekijänä pidettiin avoimuutta niin keskustelun kuin yleisen ilmapiirinkin tasolla. Yhteistyön tekemisen taustalle nostettiin ajatus perustehtävästä eli potilaiden hyvän hoidon merkityksestä ohjaamaan ajattelua. Kun päämäärä on kaikilla sama, se luo yhteishenkeä työntekijöiden välille.

”Tehdään asioita potilaan parhaaksi, niin kuin haluaisit itsellesikin tehtävän.”

”Annetaan kaikille ääni kuuluviin.”

Konfliktien ratkaisukyky ja erilaisten ihmisten hyväksyminen nostettiin myös tärkeiksi tekijöiksi. Taustalla oli ajatus eri kokemustaustaisista ihmisistä. Kaikki ovat olleet joskus uransa alussa ja osaamisen kehittyminen tehoitotyön ammattilaiseksi vie vuosia. Eri yksiköistä tulleilta ammattilaisilta voi oppia ja siirtää osaamista teho- ja valvontaosaston henkilökunnan käyttöön. Ilmapiirin avoimuutta pidettiin tässä merkityksellisenä tekijänä ja tiedon jakaminen koettiin tärkeänä. Kukaan ei pysty toimimaan teho-osaston olosuhteissa yksin ja tiimityötaidot ovat keskeisessä roolissa osaston toiminnassa.

Toiseksi ratkaisuksi muodostui *tietotaidon kehittäminen*, jonka keskeiset elementit olivat koulutus, ohjaus ja perehdytys. Näiden ajateltiin mahdollistavan erityisesti kliinisen osaamisen kehittymistä.

Toimintakulttuuri

Toimintakulttuurin ongelma koostui vanhoista toimintavoista, hierarkkisesta ympäristöstä ja kyvystä omaksua uusia tapoja toimia. Yhdeksi ratkaisuksi nousi *yhteistyön kehittäminen*. Keskeisinä tekijöinä pidettiin yhteisten pelisääntöjen ja toimintatapojen noudattamista ja niihin sitoutumista. Samojen periaatteiden mukaan toimiminen koettiin myös turvallisuutta lisääväksi tekijäksi. Strategiaa pidettiin taustavaikuttajana uusien toimintamallien ja käytäntöjen käyttöönottamiseksi. Näyttöön perustuva toiminnan ajateltiin kuuluvan myös strategiseen linjaukseen ja kaikkien työntekijöiden toiminnan tulisi perustua näyttöön. Keskustelu, avoin ilmapiiri ja tiimihengen lisääminen koettiin keskeisiksi elementteiksi yhteistyön kehittämisessä.

”Turvallinen tehdä töitä, kun toimitaan samojen periaatteiden mukaan.”

Toiseksi ratkaisuksi muodostui *osaamisen kehittäminen*. Vanhoista toimintatavoista eroon pääsemisen ratkaisuksi ehdotettiin koulutusta, harjoittelua ja motivointia. Käyttöönottoa edistäviksi tekijäksi koettiin aiheen ”markkinoiminen” ja perustelu potilasturvallisuusnäkökulmalla sekä koko työyksikön kehittymisen mahdollisuus.

Muutoksenhallinta

Muutoksenhallinta ongelma koostui muutosvastarintaisista ihmisistä ja muutosväsyneistä ihmisistä. Ongelman ratkaisuksi muodostui *vuorovaikutuksen kehittäminen, jaksamisen tukeminen ja ilmapiiriin* liittyvät tekijät. Vuorovaikutuksen kannalta tärkeäksi koettiin tiedottaminen, yhteinen pohdinta ja keskustelu aiheesta sekä uuden toiminnan perustelu potilasturvallisuudella ja näyttöön perustuvalla toiminnalla. Toisaalta todettiin, että kaikki muutokset tarvitsevat jonkinasteisen vastarinnan, jolloin uutta asiaa pohditaan usealta eri

näkökannalta. Asian yhteisen pohtimisen ja päätöksenteon ajateltiin kannustavan ihmisiä pitämään kiinni sovituista asioista.

”Keskustellaan, mitä hyvää ja turvallisempaa saadaan uudella toiminnalla aikaan.”

Jaksamisen tukemista edistävänä asiana ajateltiin olevan uusien asioiden tuominen ”hiljalleen” uusiksi toimintatavoiksi. Jos uusien asioiden tuomaa kuormaa voidaan keventää, niiden vastaanotto helpottuu. Potilasturvallisuutta edistävien muutosten koettiin myös helpottavan ihmisten jaksamista, kun työn tulos on laadukkaampaa.

Lisäksi muutoksenhallinnan ajateltiin olevan helpompaa, jos työyksikössä vallitsee positiivinen ilmapiiri ja sitä tulisi vahvistaa. Toisia tulisi kannustaa ja pyrkiä yhteiseen hyvään.

Henkilöstöresurssit

Henkilöstöresurssien ongelma koostui henkilöstön vaihtuvuudesta, työvoimapulasta ja resursseista. Ratkaisuksi muodostui *rekrytoinnin ja osaamisen vahvistaminen*. Rekrytoinnin vahvistamisen koettiin kehittyvän alan vetovoimaisuuden vahvistamisella ja ammattitaitoisten sijaisten sitouttamisella. Tehohoitotyöstä pitäminen, hyvä ryhmähenki ja positiivinen mielikuva tehon henkilökunnasta koettiin olevan työssä pysymistä edistäviä tekijöitä. Tehohoidon sisällön, tehtävien ja vastuiden ymmärtämisen ajateltiin myös olevan merkityksellisiä tekijöitä työssä pysymisen kannalta. Uuden henkilöstön hankinnan menetelmäksi esitettiin rekrytointia muista työyksiköistä.

”Alan vetovoimaisuuden vahvistaminen.”

”Hyvien sijaisten pitäminen.”

Toiseksi ratkaisuksi muodostui osaamisen vahvistaminen. Mikäli henkilöstöresursseista on puute niin, että aikaa ei riitä koulutusten järjestämiseen, muodostuu se käyttöönottoa estäväksi tekijäksi. Ratkaisu sisälsi opintopiiri -tyyppisen opetuksen järjestämisen hetkinä, jolloin potilastyöstä jää vapaata aikaa. Myös uusien asioiden opettelu ja käyttöönotto muissa työtehtävissä ja toimenpiteissä, kuin varsinaisessa koulutustapahtumassa, ajateltiin olevan asiaa edistävä tekijä. Lisäksi työkierto eri hoitotyön vastuualueilla koettiin lisäävän hoitajien osaamista ja jakavan osaamista työyksikön sisällä. (Hoitotyön vastuualueet on jaettu osaston henkilökunnan kesken ja jokainen vastaa oman alueensa kehittämisestä).

Näytön käyttöönottoa edistävät tekijät

Hoitohenkilöstön ajateltiin olevan innokkaita työn kehittämiseen liittyvissä asioissa ja ryhmähengen koettiin olevan pääsääntöisesti hyvä. Eri ihmisten erilaista kokemustaustaa pidettiin vahvuutena. Osastolla työskentelee eri ikäisiä ihmisiä ja ikämoninaisuus koettiin vahvuutena. Johdon ajateltiin olevan sitoutunut muutokseen ja osastolla on totuttu siihen, että uusia asioita tulee säännöllisesti osaksi hoitotyötä. Muutosvastarinnan ei koettu olevan liian suurta, vaikka se ongelmaksi nimettiinkin. Lähinnä se koettiin myönteisenä asiana asioiden kehittymisen ja yhteisen keskustelun kannalta. Johdon ja työntekijöiden yhteyden ajateltiin olevan hyvä ja asioista pystytään keskustelemaan avoimesti. Lähijohdajan kanssa keskustelu koettiin turvalliseksi ja hiljaisetkin persoonat saavat äänensä kuuluviin viimeistään kahden keskisissä keskusteluissa.

Näytön käyttöönottoa estävät tekijät huomioidaan käyttöönottoprosessissa niin, että uudesta toiminnasta tiedotetaan työyhteisössä aktiivisesti. Opinnäytetyön aiheesta ja tuloksista pidetään toistuvasti orientoivia luentoja kevään 2020 aikana niin, että tieto on kaikkien hoitohenkilökuntaan kuuluvien saatavilla. Luennot tallennetaan, ja ne viedään teho- ja valvontaosaston sähköiseen koulutusjärjestelmään. Järjestelmästä ne ovat saatavilla myös myöhempää käyttöä varten, kuten uusien työntekijöiden perehdyttämiseksi tai aiheen kertaamiseksi. Opinnäytetyöstä käydään keskustelua työyhteisössä ja pyritään avoimeen vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön henkilökunnan kanssa. Työntekijöitä sitoutetaan muutokseen ja uuteen toimintaan, eli viestintästrategioiden käyttöön, perustelemalla toimintaa näyttöön perustuvalla tiedolla ja korostamalla pyrkimystä perustehtävän mukaiseen edistykselliseen, nykyaikaiseen ja vaikuttavaan hoitoon (BSC teho- ja valvontaosasto 2019).

Henkilökunnan kliinistä osaamista kehitetään simulaatiokoulutuksella, jonka avulla kehitetään viestintäosaamista. Koulutuksissa kiinnitetään huomiota ilmapiirin avoimuuteen ja kaikkien mielipiteiden huomioimiseen. Kuten jo aiemmin opinnäytetyössä on mainittu, toimiva viestintä mahdollistuu todennäköisimmin motivoivassa ja turvalliseksi koetussa ympäristössä, joten koulutuksiin pyritään luomaan kouluttajan näkökulmasta myönteinen ja avoin sekä toisia huomioonottava ja hyväksyvä ilmapiiri. (Wahr ym. 2013, 1153; Morrow, Gustavson & Jones 2016, 46.)

5.3.4 Tiedonsiirtostrategian valinta ja seuranta

Neljännessä vaiheessa määritetään strategia, jolla käyttöönotto toteutetaan niin, että kaikki osalliset saavat tarvittavan tiedon ja osaamisen uudesta toimintatavasta. Tässä vaiheessa tulee myös pohtia mahdollisten jatko- tai kertauserventioiden tarve toiminnan vakiinnuttamiseksi. Erityisesti, jos kohderyhmä on iso tai monimuotoinen, oppiminen ja tiedon leviäminen voi kestää kauan ja tarve jatkotoimenpiteille voi olla vielä suurempi. (Graham & Logan 2004, 97.) Valitut yhtenäiset käytännöt vakiinnutetaan henkilökunnan toiminnan tasolle pitämällä simulaatiokoulutuksia. Osastolla työskentelee 50 hoitajaa ja 1 päätoiminen lääkäri. Lisäksi osastolla työskentelee ajoittain 11 muuta lääkäriä. Yhden koulutusintervention kesto on kolme tuntia. Osaston johdon kanssa on sovittu tavoitteeksi kouluttaa henkilökunta kolmessa viikossa. Koulutukset aloitetaan kesäkuussa 2020. Kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua ensimmäisestä interventiosta pidetään kertaavat simulaatioharjoitukset toiminnan vakiinnuttamisen vahvistamiseksi. Viestintästrategioiden harjoittelu on lisäksi tarkoitus sisällyttää osaksi muita simulaatioharjoituksia, jolloin aihetta pystytään kertaamaan liitettynä esimerkiksi säännöllisesti pidettävien hoitoelvytyskoulutuksiin. Hoitoelvytysharjoituksia pidetään kerran kuussa neljälle - kuudelle henkilölle.

5.3.5 Käyttöönoton seuranta

Viides vaihe on käyttöönoton seuranta, jossa valitaan sopivat menetelmät intervention arvioimiseksi (Graham & Logan 2004, 98-99). Arvioinnin avulla tunnistetaan toimintaan liittyviä ongelmia ja kehitetään niitä. Arvioinnilla saadaan muun muassa tietoa siitä, miten käyttöönottosuunnitelma on toteutunut, mitkä tekijät ovat edistäneet tai estäneet sitä toteutumasta ja mitkä asiat tarvitsevat muutoksia. Arviointi aloitetaan jo käyttöönoton aikana, jolloin saadaan tietoa muutoksen suunnasta ja siitä, pitääkö valittua käyttöönottomenetelmää suunnata uudelleen. (Graham & Logan 2004, 98-99; Korhonen ym. 2018, 135-137, 167.)

Arviointiin käytetään simulaatioharjoituksia, joiden avulla koulutusintervention vaikutuksia henkilökunnan käyttäytymiseen harjoituksen aikana voidaan havaita. Lisäksi simulaatioihin kuuluvat reflektiokeskustelut antavat kattavaa tietoa henkilöstön osaamisen kehittymisestä ja osallistujien oppimiskokemuksista heidän itse arvioimana. Arviointia tehdään kerran kuukaudessa henkilökunnan simulaatiokoulutusten yhteydessä ensimmäisen vuoden ajan, jonka jälkeen arviointia harvennetaan tapahtuvaksi joka toinen kuukausi. Osastolla

toteutetaan säännöllisesti simulaatioharjoituksia useista eri aiheista ja koska viestintäosaaminen tulee sisällyttää osaksi jokapäiväistä toimintaa, voi toiminnan juurtumista ja koulutuksen vaikutuksia mitata missä tahansa simuloitussa kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa.

Koulutusympäristö vastaa hyvin pitkälle todellista tilannetta, joten simulaatiossa voidaan tehdä päätelmiä siitä, miten henkilökunta toimii aidossa hoitotilanteessa. Näin arviointiin ei tarvitse resursoida erikseen voimavaroja, vaan tieto saadaan kerättyä muun toiminnan ohessa. Arvioinnin perustaksi kehitettiin kyselylomakkeella, johon simulaatio-ohjaaja voi kirjata, miten toiminta on toteutunut simulaatioiden aikana (liite 8). Kysymykset laadittiin selvittämään koulutusintervention vaikutuksia henkilökunnan viestintäosaamiseen. Kysymyksiin vastataan kyllä tai ei periaatteella, jolloin arviointimenetelmä on helppokäyttöinen ja siitä saa nopeasti tietoa ja tukea päätöksentekoon ja toiminnan kehittämiseen (Holopainen ym. 2014, 123). Käyttöönoton arviota tehdään lisäksi haittatapahtumailmoituksia seuraamalla ja kehityskeskusteluissa. Haittatapahtumailmoituksista saadaan identifioitua viestintään liittyvät ilmoitukset, jolloin tapahtumien määrää ja laatua voidaan seurata sekä tehdä tarvittavia toimenpiteitä niiden hallitsemiseksi.

5.3.6 Tulosten arviointi

Kuudes vaihe on tulosten arviointi. Tulosten perusteella määritetään intervention vaikutukset sen kohteeseen eli osaston henkilökuntaan. Simulaatiokouluttajat keräävät arviot kyselylomakkeella (liite 7) koulutuksista ja neljännesvuosittain niistä raportoidaan työyksikön lähijohtajalle. Vuositasolla käyttöönottoa arvioidaan kehityskeskustelujen ja haittatapahtumailmoitusten kautta. Vaikutusten arviointi on ainoa tapa selvittää, olivatko sen käyttöönottoimenpiteet kannattavia (Graham & Logan 2004, 99). Erilaisilla menetelmillä hankittu arviointitieto kerätään yhteen ja tarkastellaan, mitä ongelmia toiminnassa ilmenee. Mikäli ongelmia esiintyy, etsitään niihin aktiivisesti ratkaisuja laadunhallinnasta tai näyttöön perustuvan toiminnan kehittämisestä. Arvioinnin tulosten tulee johtaa käyttöönoton vahvistamiseen tai prosessin edelleen kehittämiseen. Mikäli arvioinnin tulokset ovat hyviä, sen perusteella voidaan antaa henkilöstölle myönteistä palautetta onnistumisesta ja näin toimintaa voidaan vahvistaa. Arvioinnin ja kehittämisen sykliä voidaan kerrata usein vakiinnuttamisen aikana, jotta näyttö saadaan vakiinnutettua osaksi hoitotyötä. (Korhonen ym. 2018, 140.)

Käyttöönottosuunnitelma on esitetty kokonaisuudessa taulukossa 9. Taulukossa kuvataan, mitä asioita tulee tehdä näytön käyttöönottamiseksi. Taulukossa esitetty kuvaus on ohje intervention toteuttamiseksi, jonka avulla voidaan tarkastella intervention vaikuttavuuteen liittyviä syy-seuraussuhteita pitkällä aikavälillä (Korhonen ym. 2018, 123).

Taulukko 9. Viestintästrategioiden käyttöönottosuunnitelma

Viestintästrategioiden käyttöönottosuunnitelma					
Osaamisen tavoite	Kehittämistoimenpiteet	Aikataulu	Mittari	Arviointi	Vastuu
Potilasturvallisen viestintäosaamisen kehittäminen teho- ja valvontaosastolla – kaksisuuntaisen viestinnän, kohdenetun viestinnän, briefingin, call outin ja time outin käytön osaaminen kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteissa.	Tiedottaminen uudesta toimintamallista	Kevät 2020	Toteutuneet luennot	Kaikki työntekijät osallistuneet	Opinnäytetyöntekijä ja lähijohtaja
	Opinnäytetyön esitys akuuttipalvelujen koulutuspäivässä	Kevät 2020	Toteutunut koulutuspäivä	Esitys pidetty	
	Yhteinen avoin keskustelu	Jatkuvaa toimintaa	Luentojen yhteydessä käyty keskustelu riittävää henkilöstön kokemana	Työntekijöiden suullinen palaute (kehityskeskustelut, tyhy-kyselyt)	Työyhteisön henkilöstö
	Simulaatiokoulutukset viestintästrategioista (teoria, simulaatio, reflektiokeskustelut)	Kesäkuu 2020 ja kertaus syys- sekä joulukuussa	Toteutuneet koulutukset henkilöä kohden	1 koulutus henkilöä kohden kolmen viikon koulutusjakson aikana. Kertaus / hlö 3:n ja 6:n kk:den kuluttua	Simulaatiokouluttajat ja lähijohtaja
	Avoimen ilmapiirin luominen	Jatkuvaa	Työntekijöiden tyytyväisyys ilmapiiriin ja viestintään	Kehityskeskustelut ja tyhy-kysely	Simulaatiokouluttajat ja johto
	Simulaation teoriakoulutusmateriaalin itseopiskelu	Jatkuvaa	Verkkomateriaalin opiskelun Mediecosta	Kaikki työntekijät ovat opiskelleet materiaalin	Työntekijät ja lähijohtaja
	Hankitun viestintäosaamisen integrointi osaksi elvytyskoulutuksia	Heinäkuu 2020 1 x kuukaudessa jatkuvana toimintana	Koulutukseen osallistuminen	1 x vuodessa / työntekijä	Simulaatiokouluttajat ja lähijohtaja
	Viestintästrategioiden käyttöönoton neljännesvuosittainen arviointi simulaatioharjoituksissa	Heinäkuu 2020 1 x kuukaudessa 1. vuoden ajan, jonka jälkeen joka toinen kuukausi	Kysely (liite 7)	Arvio neljännesvuosittain	Simulaatiokouluttajat ja lähijohtaja
	Viestintästrategioiden käyttöönoton vuosittaisen arviointi	Vuoden lopussa	kehityskeskustelut, haittatapahtumailmoitukset, kysymykset (liite 7)	Synteesi kerätystä tiedosta vuosittain	Lähijohtaja ja simulaatiokouluttajat
	Potilasturvallisuutta edistävät toiminnan muutokset viestintään liittyvien haittatapahtumailmoitusten perusteella	Kuukausittain osastokokouksissa	Haittatapahtumailmoitukset	Ilmoitusten määrän muutokset ja tehdyt toimenpiteet	Lähijohto ja työntekijät

Näytön käytönoton arviointi voi tuoda esille tekijöitä, jotka edellyttävät korjauksia tai kehittämistoimenpiteitä käyttöönottosuunnitelmaan. Näitä muutoksia voidaan tehdä myös nopeasti, ilman pitkäjänteistä kehittämistä tai suunnittelua. Tällöin voidaan kehittää toiminnan sujuvuutta, prosessissa esiintyvää vaihtelua tai muita toimintaa haittaavia tekijöitä lyhyellä aikavälillä. (Korhonen ym. 2018, 142.)

5.4 Johtopäätökset (reflektointi)

Terveystieteiden tarve näyttöön perustuvalla toiminnalla on lisääntynyt. Palveluiden tulee olla yhä turvallisempia ja laadukkaampia, kuin ennen ja samalla resurssien riittävydessä on ongelmia. Tutkimustietoa on saatavilla vaikuttaviksi osoitetuista hoitomenetelmistä ja organisaatioilla on jatkuva paine kehittää toimintaansa erilaisten lakien ja säästöjen sekä toimintaympäristön muutosten ohjaamina. (Korhonen ym. 2018, 17; Lämsä & Päivike 2013, 191.) Näyttöön perustuvan toiminnan hyödyntäminen organisaatioissa on merkittävä tekijä hoitotyön käytäntöjä yhtenäistämiseksi ja hoidon laadun edistämiseksi (Korhonen ym. 2018, 17; Saunders 2016, 1). Näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönotto on monivaiheinen prosessi, joka vaatii onnistuakseen suunnitelmallisuutta ja pitkäjänteisyyttä (Saunders 2016, 4). Ottawa -käyttöönottomallin avulla oli mahdollista suunnitella kokonaisuus, jonka ohjaamana näytön käyttöönottoa voidaan edistää työyksikössä.

Käyttöönoton tueksi organisaatiossa oli valmiit rakenteet, joiden varaan prosessi voitiin suunnitella. Yksikön johto oli vahvasti sitoutunut kehittämistoimintaan ja heidän tuellaan kehitystyötä oli mahdollista edistää organisoidusti. Johtajat ja lähijohtajat järjestävät riittävät resurssit kehitystyön toteutumiselle ja mahdollistavat avoimen kulttuurin, joka suosii näyttöön perustuvaa toimintaa. Tarve näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseksi tulee strategiselta tasolta, mikä tukee perustehtävän eli potilaiden edistyksellisen, nykyaikaisen ja vaikuttavan hoidon toteutumista (BSC teho- ja valvontaosasto 2020 2019).

Käyttöönottoon keskeisesti vaikuttavina henkilöinä toimivat johdon lisäksi yksikön simulaatiokouluttajat, joilla on vuosien kokemus henkilökunnan kouluttamisesta. Heidät on sitoutettu mukaan toimintaan opinnäytetyön projektiryhmän ja koulutusinterventtioiden kautta. Projektiryhmä oli sitoutunut työskentelyyn ja heidän tehtävänsä jatkuu vielä opinnäytetyön loputtua työyksikössä muutosagentteina. Työntekijöiden suhtautumisella muutokseen on merkittävä vaikutus käyttöönoton onnistumiseen. Muutosagentit vahvistavat henkilökunnan myönteisiä asenteita muutosta kohtaan ja tukevat tarkoituksenmukaista viestintää työyhteisössä muutoksen aikaansaamiseksi. (Talja 2017, 36.)

Muutosta estäviä tekijöitä arvioitiin projektiryhmän kesken. Estäviksi tekijöiksi muodostui osaaminen, toimintakulttuuri, muutoksenhallinta ja henkilöstöresurssit. Ratkaisut tiivistyivät aineiston analyysillä yhdeksään tekijään. Ratkaisuehdotuksissa oli nähtävissä kahtiajako. Enemmistö ratkaisuihin liittyi pehmeisiin arvoihin, jotka koskivat työyhteisötaitoja, yhteistyötä, vuorovaikutusta ja ilmapiirin kehittämistä sekä jaksamisen tukemista. Nämä tekijät ovat merkityksellisiä hyvinvoivan henkilöstön kannalta. Mikäli henkilöstö voi hyvin, silloin myös työskentely on tehokasta ja ihmiset kykenevät oppimaan uutta ja kehittymään (Viitala 2013, 212; Lämsä & Päivike 2013, 92). Pienempi osa ratkaisuihin liittyi henkilöstön osaamisen kehittämiseen ja rekrytoinnin vahvistamiseen. Yksilötasolla osaamisen kehittyminen tukee myös pehmeitä arvoja, koska osaamisen kautta työntekijä voi saada arvostusta muilta. Ihmisen osaaminen määrittää sosiaalista asemaa työyhteisössä ja lisää työssä viihtymistä. Työssä viihtyminen taas lisää työntekijän todennäköisyyttä pysyä työyksikössä. Jatkuva uuden oppiminen leimaa nyky-yhteiskuntaa ja pätevyyden tunteen säilyttäminen voi olla yhä vaikeampaa jatkuvien muutosten vuoksi. (Viitala 2013, 179.)

Rekrytoinnin ratkaisut liittyivät valtaosin jo olemassa olevan henkilöstön pitämiseen työyksikössä. Se, missä määrin työntekijä on sitoutunut työyksikkönsä, vaikuttaa vahvasti yksilön toimintaan. Mikäli työntekijä on sitoutunut työhönsä, on hänen työnsä tulos selvästi laadukkaampi kuin vähemmän sitoutuneella henkilöllä. Johtamiselle tämä seikka asettaa haasteita ja organisaatiossa on pohdittava, miten henkilökunnan motivaatiota voidaan nostaa ja henkilöstö saadaan sitoutumaan työhönsä. (Koskialho 2014, 16.)

Käyttöönottoa edistäviksi tekijöiksi määritettiin työntekijöiden kyvykkyys ja moninaisten taustojen rikkaus. Vaikka muutosvastarinta määritettiin estäväksi tekijäksi, se koettiin kuitenkin myös edistävänä tekijänä ja yhteisen keskustelun perustana. Johdon ajateltiin olevan sitoutunut muutokseen ja yhteys työntekijöiden ja johdon välillä kuvattiin avoimeksi. Johtamiskäytännöt ovat tutkitusti yksi merkittävä edistävää tekijä näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönottamisessa. Johdon sitoutuneisuus muutokseen ja avoimuus henkilökunnan kanssa viestiessä ovat keskeistä näytön käyttöönottoon vaikuttavia tekijöitä. (Häggman-Laitila 2009, 24; Korhonen ym. 62, 90-91.)

5.5 Lähteet

- BSC teho- ja valvontaosasto 2020. 2019. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Kajaani. Viitattu 27.3.2020 www.kainuu.fi
- Eloranta, K. 1986. Nominaaliryhmäteknikat ja strukturoitu ryhmätyö. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Eskola, J & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Graham, I. & Logan, J. 2004. Innovations in Knowledge Transfer and Continuity of Care. Canadian Journal of Nursing Research 36 (2), 89-103. Viitattu 19.3.2020 <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/viewFile/1888/1882>
- Grönfors, M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Juva: WSOY.
- Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2014. Johda näyttöön käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- Häggman-Laitila, A. 2009. Näyttöön perustuvan hoitotyön edistäminen – systemoitu katsaus toimintamalleihin. Tutkiva hoitotyö 7 (3), 20-27.
- Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 18. Helsinki. Viitattu 22.3.2020 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74335/URN%3aNBN%3afi-fe201504226780.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2016. Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A73. Turku: Turun yliopisto, 80-93.
- Koskialho, J. 2014. Sitoutuminen ja motivaatio asiantuntijaorganisaatiossa. Diplomityö. Tampereen teknillinen yliopisto. Viitattu 4.4.2020 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:tyy-201510221691>
- Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeesta tuloksiin. Helsinki: Skhole Oy.

- Korhonen, T., Siltanen, H., Hahtela, N. & Holopainen, A. 2018. Toteutuuko näyttöön perustuva toiminta Suomessa? Raportti nykytilasta hoitotyön edustajien kuvaamana. Viitattu 1.4.2020 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/npt-raportti-digi-26-2-2018.pdf>
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.
- Kyngäs, H., Elo, S. Pölkki, T., Kääriäinen M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138-148.
- L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 22.3.2020 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 22.3.2020 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- L 1326/2010. Terveydenhuoltolaki. Viitattu 22.3.2020 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Lantta, T. 2016. Evidence-based violence risk assessment in psychiatric inpatient care: an implementation study. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D. Turku: Painosalama Oy.
- Lammintakanen, J., Rissanen, S., Peronmaa-Hanska, E., Joensuu, M. & Ruottu, T. 2016. Johtaminen ja kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 68. Viitattu 8.4. 2020 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3851-9>
- Lämsä, A. & Päivike, T. 2013. Organisaatiokäyttäytymisen perusteet. Helsinki: Edita Publishing.
- Morrow, K., Gustavson, A. & Jones, J. 2016. Speaking up behaviours (safety voices) of healthcare workers: a metasynthesis of qualitative research studies. *International Journal of Nursing Studies* 64 (12), 42-51. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.09.014
- Näyttöön perustuva toiminta. 2018. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 12.4.2020 <https://www.hotus.fi/nayttoon-perustuva-terveydenhuolto/>
- Näyttöön perustuva toiminta organisaation tasolla. N.d. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 16.3. <https://www.hotus.fi/nayttoon-perustuva-toiminta-organisaation-tasolla/>

Oikarainen, A., Siltanen, H., Korhonen, A. & Holopainen A. 2018. Hoitotyössä käytetyt tiedonlähteet vaativissa päätöksentekotilanteissa. Hoitotyön tutkimussäätiö. Raportti 2. Viitattu 22.3.2020 <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/tiedonlahteet-raportti-digi.pdf>

Pitkänen, I. 2018. Muutosagenttitoiminnan implementoinnin johtaminen näyttöön perustuvassa toiminnassa. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 19.3.2020 <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20180314>

Saunders, S. 2016. Nurses' Readiness for Evidence-Based Practice: Implementing the Paradigm Shift of Transforming Evidence for Clinical Practice. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja No 359. Viitattu 13.4.2020 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2167-3>

Talja, O. 2017. Muutosagenttien rooli organisaation muutosvalmiuden rakentamisessa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 4.4.2020 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201706151998>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita Publishing.

Wahr, A., Prager, L., Abernathy, J., Martinez, E., Salas, E., Seifert P., Groom, Spiess, B., Searles, B., Sundt III, T., Sanchez, J., Shappell, S., Culig, M., Lazzara, E., Fitzgerald, D., Thourani, V., Egthesady, P., Ikonomidis, J., England, M., Sellke, F. & Nussmeier, N. 2013. Patient safety in the cardiac operating room: human factors and teamwork. A scientific statement from the American heart association. *Circulation* 128 (10), 1139-1169. doi: 10.1161/CIR.0b013e3182a38efa

6 Johtopäätökset

Tässä luvussa esitetään opinnäytetyön johtopäätökset. Johtopäätökset esitetään jokaisen syklin osalta ja luvun lopussa esitetään jatkotutkimuskysymykset.

6.1 Moniammatillisen viestintäosaamisen kehittämistä kuvaavat johtopäätökset ja jatkotutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tavoite oli potilasturvallisuuden edistäminen teho- ja valvontaosastolla henkilökunnan viestintäosaamista kehittämällä akuuteissa potilaan hoitotilanteissa. Osastolla ei ollut menettelytapoja, miten turvallisuuskriittisessä ympäristössä kommunikoidaan. Kommunikaatio oli vapaamuotoista ja se perustui yksilöiden omiin käsityksiin ja tottumuksiin. Opinnäytetyön ensimmäisessä syklissä tehtiin kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoitus oli kartoittaa aikaisempi tutkimustieto siitä, mikä on merkityksellistä potilasturvallisuutta edistävässä henkilökunnan välisessä kommunikaatiossa kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa. Aineiston analyysissä keskeisiksi tuloksiksi nousivat turvallisuuskulttuuria tukeva kommunikointi ja toimintatapa sekä viestintästrategiat. Kirjallisuuskatsauksen tulokset tukivat aiempaa tutkimustietoa aiheesta ja uusia merkittäviä tuloksia ei tullut esille. Muun muassa Helovuori (2012, 87) on aiemmin esittänyt vuorovaikutusten ongelmien tyyppisesti liittyvän juuri viestintäilmapiiriin ja -tapaan.

Ohjausryhmä rajasi kehitystyön koskemaan viestintästrategioita. Strategioiden valinta oli konkreettinen kehittämisen kohde, jolla henkilökunnan viestintäosaamista arvioitiin olevan mahdollista kehittää. Kulttuuriin liittyvien tekijöiden ajateltiin olevan opinnäytetyön laajuuteen nähden liian mittava ja moniulotteinen asia, jotta sitä olisi tässä yhteydessä ollut mahdollista kehittää. Turvallisuuskulttuuriin liittyvien tekijöiden edistäminen päätettiin ohjausryhmässä johdon tehtäväksi. Johdon sitoutuminen onkin yksi keskeinen tekijä, joka edistää hyvää viestintäkulttuuria ja potilasturvallisuutta työyhteisöissä (Morrow, Gustavson, Jones 2016, 46). Kuten jo aiemmin tässä työssä on todettu, erilaiset viestintäohjeet ja -mallit ovat tärkeitä akuuttihoidon ympäristöissä, jossa vaaditaan tiimin toiminnan tarkkaa koordinaatiota ja ajoitusta. Viestintä nivoutuu akuuteissa hoitotilanteissa tiiviisti toimintaan, joten viestinnän on oltava selkeää potilasturvallisuuden säilymiseksi, eikä tulkinalle ole tilaa. (van Leijen-Zeelenberg, van Raak, Duimel-Peeters, Kroese, Brink & Vrijhoef 2014, 321; Wahr ym. 2013, 1148; Reader, Flin, Mearns & Cuthbertson 2009,

1789; Stewart & Hand 2017, 304.) Viestintästrategiat tulee standardoida ja niiden käyttönotossa on tutkitusti tehokasta hyödyntää simulaatio-opetusta (Foronda, MacWilliams & McArthur 2016; Wahr ym. 2013; Bristowe, Siassakos, Hambly, Angouri, Yelland, Draycott & Fox 2012).

Toisen syklin tarkoitus oli kartoittaa teho- ja valvontaosaston henkilökunnan välinen viestintäosaaminen kriittisesti sairaan potilaan hoitotilanteessa. Nykytilan selvittämiseen käytettiin simuloitua potilaan hoitotilannetta, jolloin henkilökunta toimi lähes luonnollisessa ympäristössä. Aineistoa kerättiin kuvaamalla simulaatiotilanne ja tallentamalla reflektiokeskustelu, joiden perusteella aineistosta tehtiin sisällön analyysi. Henkilökunnan toiminnassa havaittiin olevan eroavaisuuksia, kun sitä verrattiin tutkimusnäyttöön. Esille tuli tekijöitä, jotka liittyivät viestinnän selkeyteen, viestien vastaanottamiseen ja vastaanotetuksi kuittaamiseen, hoito- ja lääkemääräysten kohdistamiseen ja toiminnan koordinaatioon. Nykytilan ja ihannetilän vertailu mahdollisti osaamisen kehittämisen kohdistamisen oikein, kun tiedettiin, millaista viestintäosaamista tulee tavoitella. Näin toiminnassa mahdollisesti ilmeneviä riskejä pystyttiin kartoittamaan ja perusteet toiminnan laadun kehittämiseksi oli osoitettu. Toisen syklin teoriaperustassa kartoitettiin erilaisia akuuttitilanteissa käytettäviä viestintästrategioita. Käyttöön otettaviksi toimintamalleiksi valittiin kaksisuuntainen viestintä, kohdennettu viestintä, briefing, time out ja call out.

Kolmannen syklin tarkoitus oli kehittää henkilökunnan viestintäosaamista akuutissa potilaan hoitotilanteessa. Kehittäminen tapahtui simulaatiokoulutuksen avulla. Henkilökunnalle pidettiin ensin teorialuento moniammatillisesta potilasturvallisesta viestinnästä akuuttihoitossa, jonka jälkeen pidettiin kaksi simulaatioharjoitusta. Koulutusintervention tulokset olivat lupaavia. Osaamisen kehittymistä arvioitiin yhteistoiminnallisesti simulaatioiden reflektiokeskustelujen sekä itsearviointikysymysten perusteella. Reflektiokeskustelu on merkityksellinen osaamisen kehittämisen arvioinnin väline, jonka avulla osallistujat analysoivat omia uskomuksiaan, ajatustapojaan ja kokemuksia uusista näkökulmista simulaatioharjoituksen jälkeen (Green, Tariq & Green 2016, 1; Sawyer, Eppich, Brett-Fleegler, Grant & Cheng 2016, 215).

Osallistujat kokivat, että heidän viestintäosaamisensa oli kehittynyt ja käsitykset viestinnästä olivat muuttuneet ainakin osittain. Osalla osallistujista oli jo jonkin verran aiheeseen liittyvää osaamista taustalla, joten heille koulutus toimi kertauksena ja osittaisena uuden oppimisena. Viestintää pidettiin tärkeänä osana tiimissä toimimista ja sen merkitys haittatapahtumien ehkäisyssä koettiin merkittäväksi. Simulaatioharjoitteluiden uskottiin jättävän muistijälkiä, joita pystyy hyödyntämään myöhemmin todellisissa hoitotilanteissa. Viestin-

nän tärkeys suhteessa potilasturvallisuuteen koettiin merkityksellisenä asiana ja koulutuksen myötä aktiivinen huomion kiinnittäminen viestintään koettiin kehittyneen. Harjoittelun ajateltiin olevan keskeinen menetelmä asian sisäistämiseksi ja simulaatioharjoitukset koettiin merkityksellisenä asiana osaamisen kehittymisen kannalta. Osallistujista kaksi koki saavuttaneensa oppimistavoitteet kokonaisuudessaan ja kaksi koki tarvitsevansa vielä lisäharjoitusta. Kaikki pitivät merkityksellisenä asiana jatkossa säännöllisesti toteutuvia koulutuksia, joihin koko henkilökunnalla on mahdollisuus päästä.

Vaikka koulutustapahtuma oli onnistunut, osallistujien palautteen perusteella sitä tulee edelleen kehittää. Simulaatiokoulutuksen kesto olisi voinut olla pidempi, vaikka oppimista ja opitun soveltamista käytäntöön tapahtuikin. Osallistujien toiminta oli jo toisessa simulaatiossa asianmukaista, mutta he kokivat, että kolmas simulaatio olisi ollut vielä tarpeellinen. Silloin osaamista olisi voinut syventää lisää ja toimintaan olisi saanut lisää varmuutta. Oppimista hidastavina tekijöinä ajateltiin olevan tottuminen simulaatioharjoitteluun ja rentous harjoittelun aikana. Simulaationukke ei vastaa tuntumaltaan oikeaa potilasta ja suhtautuminen siihen edellyttää osallistujilta eläytymistä. Osallistajat ajattelivat toisen simulaatioharjoituksen olevan jo luontevampi ja eläytyminen oli helpompaa, kuin ensimmäisessä harjoituksessa. Simuloitua tilannetta pidettiin tärkeänä harjoittelumenetelmänä, koska se valmentaa tiimiä toimimaan yhteistyössä todellisissa tilanteissa.

Jatkossa koulutukset tulee muodostaa niin, että simulaatioharjoituksia järjestetään kolme. Näin osaamista pystytään syventämään jo ensimmäisessä koulutusinterventiossa ja toiminnan vakiinnuttaminen käytäntöön tapahtuu todennäköisesti tehokkaammin, kuin kaksi harjoitusta sisältävässä koulutuksessa. Jatkossa osallistujille annetaan myös enemmän valmistautumisaikaa ennen simulaatioita, jotta potilaan vastaanottotilanne on realistisempi. Normaalitilanteessa hoitajilla on yleensä aikaa valmistautua potilaan esitietojen perustella, jolloin tarvittava välineistö ehditään varaamaan potilaspaikalle, eikä niitä pidä hakea kesken harjoituksen. Näin simulaatio voidaan keskittää vielä enemmän viestinnän oppimiseen, kun käytetty aika voidaan optimoida oppimistavoitteiden mukaisesti. Toisaalta akuutti ja nopeasti muuttuva tilanne on mahdollinen todellisuudessaakin, mutta se ei ole tarkoituksenmukainen simulaatioharjoituksissa. Kokonaisuutena simulaatiokoulutus onnistui. Osallistujien osaaminen kehittyi ja osallistajat pitivät koulutusta tarpeellisena.

Neljännessä syklissä tehtiin uuden toimintamallin käyttöönottosuunnitelma. Suunnitelma tehtiin Ottawa -mallin mukaisesti, mikä sisälsi seitsemän vaihetta. Vaiheet olivat toimintaympäristön arviointi, muutoksen määrittäminen, estävien ja edistävien tekijöiden arviointi, tiedonsiirtostrategioiden määrittäminen, käyttöönoton seuranta ja tulosten arviointi.

Estävät ja edistävät tekijät selvitettiin ryhmätyömenetelmällä, jonka tuloksista tehtiin aineiston analyysi. Tulosten perusteella estävät tekijät voivat olla henkilökohtaisesti koettuja asioita tai koko työyhteisöä tai organisaatiota yleisellä tasolla koskevia tekijöitä. Vastajien näkemykset olivat keskenään erilaisia ja tulos olisi voinut olla todella monimuotoinen, jos koko työyhteisö olisi pohtinut asiaa. Vastauksista löydettiin sisällönanalyysin avulla kuitenkin yhdistäviä tekijöitä ja niiden perusteella estävät tekijät koottiin neljään luokkaan. Luokat olivat osaaminen, toimintakulttuuri, muutoksen hallinta ja henkilöstöresurssit. Ratkaisuja koettuihin ongelmiin saatiin luokittelun avulla yhdeksän. Tuloksissa korostui pehmeille arvoille ominaiset seikat, kuten avoimuus, hyväksyntä, yhteistyö, vuorovaikutus, myönteinen asenne, me-henki ja yhteiset pelisäännöt. Edellä mainitut tekijät ovat keskeisiä työhyvinvoinnin kannalta. Hyvinvoiva henkilöstö työskentelee tehokkaaksi ja ihmisten kyky oppia ja kehittyä on parempi, kuin huonosti voivassa työyhteisössä (Viitala 2013, 212; Lämsä & Päivike 2013, 92).

Työhyvinvoinnin voidaan siis ajatella olevan merkittävä estävä tai edistävä tekijä uuden toiminnan käyttöönottoprosessissa. Osa ratkaisuista liittyi henkilöstön osaamisen kehittämiseen ja rekrytoinnin vahvistamiseen. Yksilön osaamisen kehittyminen vahvistaa myös pehmeitä, työyhteisökulttuuriin liittyviä arvoja. Osaamistason ollessa korkea, työntekijä todennäköisesti saa arvostusta muilta työyhteisön jäseniltä. Sosiaalinen asema on siis yhteydessä osaamiseen. (Viitala 2013, 179.)

Kuten jo aiemmin on mainittu, ensimmäisessä syklissä tehdyn kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan standardoidut viestintästrategiat lisäävät hoidon laatua ja potilasturvallisuutta (Martin & Czurzynski 2015, 482, 488; Stewart & Hand 2017, 304; Jones, Fawker-Corbett, Groom, Morton, Lister & Mercer 2018; 16; Halverson, Casey, Andersson, Andersson, Park, Rademaker & Moorman 2010, 305; Reader ym. 2009, 1789; Wahr ym. 2013, 1148). Opinnäytetyöprosessin kautta teho- ja valvontaosastolle on luotu akuuteissa potilaan hoitotilanteissa sovellettava viestintästrategia ja ensimmäinen koulutusinterventio on tehty lupaavin tuloksin. Strategian kehittämisen taustalla on tietoisuus toimintaan liittyvistä riskeistä sekä turvallisista toimintatavoista. Viestintästrategian luominen on osa riskienhallinnan prosessia, jonka tavoitteena on ennakoita ja estää vahinkoja ja vaaratilanteita. Riskit on huomioitu sekä strategisesti että käytännön toiminnan kannalta. Strategisella tasolla tehdään pitkän aikavälin suunnitelmia laadun varmistamiseksi ja operatiivisella tasolla toimintaa toteutetaan päivittäin, sitä arvioidaan ja kehitetään edelleen. Yhteiset toimintatavat ehkäisevät vaaratapahtumia tapahtumasta ja varmistavat potilaiden laadukkaan ja turvallisen hoidon, joihin kaikkien työntekijöiden tulee sitoutua potilasturvallisuuden varmistamiseksi. (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021 2017, 14,

16.) Opinnäytetyön merkitystä potilasturvallisuuteen ei tässä vaiheessa pystytä todentamaan, vaan hyvällä strategisella suunnitellulla, koulutuksella, arvioinnilla ja edelleen kehittämällä toiminnan vaikutukset pyritään kohdentamaan potilaiden hyvän ja laadukkaan hoidon mahdollistamiseksi.

Opinnäytetyön ensimmäisen ja neljännen syklin aineistonanalyysin tulokset liittyivät työyhteisön kulttuurisiin tekijöihin. Ensimmäisen syklin kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan todeta kulttuuristen ja sosiaalisten tekijöiden vaikuttavan vahvasti siihen, miten kommunikaatio toteutuu työyhteisöissä. Neljännen syklin työntekijälähtöiset käyttöönottoa mahdollisesti estävät tekijät liittyivät myös kulttuuriin arvoihin. Nämä teemat nousivat opinnäytetyössä vahvasti strategisen kehittämisen rinnalle ja niiden kehittämiseen tulee kiinnittää huomiota työyksikössä tulevaisuudessa.

Johtopäätösten perusteella voidaan esittää seuraavat jatkotutkimuskysymykset

1. Miten työyhteisökulttuuria voidaan kehittää niin, että se tukee potilasturvallisen viestinnän toteutumista työyhteisössä?
2. Miten viestintästrategioiden käyttöönotto on edistänyt potilasturvallisuutta teho- ja valvontaosastolla? Miten potilasturvallisuuden kehittymistä mitataan ja mitä mittareita sen osoittamiseen voidaan käyttää?
3. Miten kehitettyä koulutusmallia voidaan soveltaa muiden erikoissairaanhoidon palvelujen yksiköissä henkilökunnan kouluttamiseksi?

6.2 Lähteet

Bristowe, K., Siassakos, D., Hambly, H., Angouri, J., Yelland, A., Draycott, T. & Fox, R. 2012. Teamwork for critical emergencies: interprofessional focus group analysis and triangulation with simulation. *Qualitative Health Research* 22 (10), 1383-1394. doi: 10.1177/1049732312451874

Foronda, C., MacWilliams, B., & McArthur, E. 2015. Interprofessional communication in healthcare: an integrative review. *Nurse Education in Practice* 19 (7), 36-40. doi: 10.1016/j.nepr.2016.04.005

Green, M., Tariq, R., & Green, P. 2016. Improving Patient Safety through Simulation Training in Anesthesiology: Where Are We? *Anesthesiology Research and Practice* (5), 1-12. doi: 10.1155/2016/4237523

Halverson, A., Casey, J., Andersson, J., Andersson, K., Park, C., Rademaker, A. & Moorman, D. Communication failure in the operating room. *Surgery* 149 (3), 305-310. doi: 10.1016/j.surg.2010.07.051

Helovuola, A. 2012. Potilasturvallisuus edellyttää viestintää. *Sairaanhoitaja* 85 (2), 87-88.

Jones, C., Fawker-Corbett, J., Groom, P., Morton, B., Lister, C. & Mercer J. 2018. Human factors in preventing complications in anesthesia: a systematic review. *Anaesthesia* 73 (1), 12-24. doi: 10.1111/anae.14136

Lämsä, A. & Päivike, T. 2013. Organisaatiokäyttäytymisen perusteet. Helsinki: Edita Publishing.

Martin, H. & Czurzynski, M. 2015. Situation, background, assessment, and recommendation – guided huddles improve communication and teamwork in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* 41 (6), 484-488. doi: 10.1016/j.jen.2015.05.017

Morrow, K., Gustavson, A. & Jones, J. 2016. Speaking up behaviours (safety voices) of healthcare workers: a metasynthesis of qualitative research studies. *International Journal of Nursing Studies* 64 (12), 42-51. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.09.014

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 9. Viitattu 30.1.2019 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Reader, T., Flin, R., Mearns, K., Cuthbertson, B. 2009. Developing a team performance framework for the intensive care unit. *Critical Care Medicine* 37 (5), 1787-1793. doi: 10.1097/CCM.0b013e31819f0451

Sawayer, T., Eppich, W., Brett-Fleegler, M., Grant, V. & Cheng, A. 2016. More Than One Way to Debrief. A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. *Simulation in Healthcare* 11 (3), 209-217. doi: 10.1097/SIH.000000000000148

Stewart, K. & Hand, K. 2017. SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. *Medsurg Nursing* 26 (5), 297-305. Viitattu 1.11.2020 <https://insights.ovid.com/medsurg-nursing/mednu/2017/09/000/sbar-communication-patient-safety-integrated/3/00008484>

van Leijen-Zeelenberg, J., van Raak, A., Duimel-Peeters, I., Kroese, M., Brink, P. & Vrijhoef, H. 2014. Interprofessional communication failures in acute carechains: How can we identify the causes? *Journal of interprofessional Care* 29 (4), 320-330. doi: 10.3109/13561820.2014.1003802

Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita Publishing.

Wahr, A., Prager, L., Abernathy, J., Martinez, E., Salas, E., Seifert P., Groom, Spiess, B., Searles, B., Sundt III, T., Sanchez, J., Shappell, S., Culig, M., Lazzara, E., Fitzgerald, D., Thourani, V., Eghtesady, P., Ikonomidis, J., England, M., Sellke, F. & Nussmeier, N. 2013. Patient safety in the cardiac operating room: human factors and teamwork. A scientific statement from the American heart association. *Circulation* 128 (10), 1139-1169. doi: 10.1161/CIR.0b013e3182a38efa

7 Pohdinta

Tutkimuksen arviointi kulminoituu kysymykseen sen luotettavuudesta. Luotettavuuden lisäksi tulee ottaa huomioon tutkimuksen tekemiseen liittyviä eettisiä näkökulmia ja pohtia, ovatko valinnat olleet eettisesti kestäviä. Tutkimuksen tekeminen sisältää aina useita päätöksiä, joiden vuoksi tutkijan etiikkaa koetellaan tutkimustyön aikana. (Eskola & Suoranta 2000, 52, 210; Huttunen, Kakkori, Heikkinen 1999, 111.) Tässä luvussa on esitetty opinnäytetyön eettiset ratkaisut ja arvioitu sen luotettavuutta.

7.1 Luotettavuus

Toimintatutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää validointi käsitettä, jolla tarkoitetaan ymmärryksen vähittäistä kehittymistä maailmasta. Sen taustalla on ajatus siitä, että inhimillinen ymmärrys kehittyy kielen kautta tapahtuvan tulkinnan kautta. Tulkinta on sidoksissa aikaan, paikkaan sekä kieleen ja näin jokainen tulkinta voidaan tulkita uudelleen. Totuus on siis toistuvaa vuoropuhelua, eikä se ole ikinä kokonaan valmista. Toimintatutkimuksen arvioinnin mittareiksi soveltuvat historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus. Näitä ominaisuuksia ei voida arvioida täysin erillisinä komponentteina, vaan kokonaisuus määrittää enemmän kehitystyön laadua, kuin yksittäiset tekijät. (Heikkinen & Syrjäjä 2010, 147, 149.)

Historiallinen jatkuvuus tarkoittaa sitä, että toiminta ei ala tyhjästä, eikä pääty varsinaisen kehittämistyön loppumiseen, vaan se jatkuu edelleen tutkimuskohteen sosiaalisessa ympäristössä. (Heikkinen & Syrjäjä 2010, 149.) Aiheen historiaa pohdittaessa voidaan verrata kehitystyön tuloksia opinnäytetyön toiseen sylkiin, jossa tehtiin viestintäosaamisen nykytilan arvio. Kommunikaatio osastolla oli aiemmin vapaamuotoista ja se on perustunut yksilöiden henkilökohtaisiin käsityksiin ja tapoihin toimia. Ihmiset eivät ole tietoisesti kiinnittäneet huomiota siihen, minkälaista henkilökunnan välisen viestintä akuuteissa tilanteissa tulisi olla. Muutoksen lähtökohdaksi tehtiin kirjallisuuskatsaus, jonka tulosten perusteella lähdettiin viemään osaston viestintäosaamista kohti näyttöön perustuvaa toimintaa. Kehitettäväksi kohteeksi valittiin viestintästrategioiden kehittäminen, koska niiden käytöllä on tutkitusti vaikutusta työn tehokkuuteen ja turvallisuuteen (Wahr ym. 2013, 1148; Reader ym. 2009, 1789; Stewart & Hand 2017, 304). Opinnäytetyön kautta tapahtuva työelämän kehittäminen päättyy implementointisuunnitelman hyväksymiseen työyht-

teisössä. Kehitystyö kuitenkin jatkuu työelämässä. Työn tulokset otetaan käyttöön ja käyttöönottoa seurataan sekä arvioidaan, kunnes ne ovat vakiintuneet osaksi henkilökunnan toimintaa.

Reflektiivisyys tarkoittaa tutkijan itsensä suhdetta tutkimukseen ja oman ymmärryksen sekä vähittäin kehittyvän tulkinnan rakentumista. Reflektiivisyys on keskeinen teema toimintatutkimuksessa, koska edellisessä syklissä tapahtunut toiminnan reflektio on seuraavaan syklin lähtökohta. Toiminnan arviointi mahdollistaa tutkijan syvällisen ymmärryksen, jonka perusteella kehitetään uusia tapoja toimia ja tutkia aihetta. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 149, 152-154.) Ymmärryksen rakentuminen alkoi opinnäytetyön aiheen esiselvitys vaiheessa, jolloin oli tarpeellista selvittää aiheen perustelut ja tarve työyhteisössä. Aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen perehtyminen loi jo kattavan esiyymmärryksen aiheesta ja muutoksen tarpeesta. Kirjallisuuskatsaus vahvisti saatuja oletuksia, antoi lisätietoa ja mahdollisti syvällisen perehtymisen aiheeseen. Katsauksen tekemisen jälkeen siirryttiin tekemään kehitystyötä ja tutkimusta työyhteisössä. Tutkimusmateriaalina käytettiin havaintoja työyhteisön toiminnasta tutkimusmateriaalin lisäksi, mikä mahdollisti ymmärryksen kehittymisen edelleen (Heikkinen 2010, 20). Hermeneuttinen prosessi toteutui toimintatutkimuksessa opinnäytetyön tekijän ymmärryksen kehittyessä vähitellen aiheesta.

Henkilökunnan toiminnan havainnoiminen ja yhteiset keskustelut aiheesta lisäsivät moniulotteisuutta ja käytännön näkökulmia aiheen pohdintaan ja kehittämiseen. Erityisesti simulaatioiden reflektiokeskustelut lisäsivät sekä toimijoiden että opinnäytetyön tekijän ymmärrystä. Kun teoria yhdistetään käytäntöön, sen muuntaminen toiminnaksi vaatii toimintaympäristön tuntemusta. Ympäristön erityispiirteet tulee ottaa huomioon ja tehdä kehitystyötä sekä teorian että käytännön ehdoilla. Toimintatutkimuksen luonteeseen kuuluu ihmisen toiminnan ymmärtäminen ja ratkaisuja tulee pohtia ihmisten motiivien ja päämäärien kautta (Heikkinen 2010, 21).

Dialektisuus näkyy sosiaalisessa ympäristössä rakentuvana keskusteluna eli dialektisena prosessina. Totuus rakentuu dialektisuuden kautta niin, että lopputuloksena on synteesi. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 149 – 159.) Toimintatutkimuksessa sosiaalinen toiminta rakentaa väitteiden ja vastaväitteiden tuloksena moninaisen vuoropuhelun, jonka lopputuloksena on kehittyneempi tuotos (Heikkinen 2010, 154). Opinnäytetyön eteneminen on perustunut projektityöskentelyyn. Projekti- ja ohjausryhmän kautta kehitystyön tekemiseen saatiin moniäänisyyttä, kun organisaation eri asemissa olevat ammattilaiset ovat saaneet vaikuttaa työn etenemiseen ja lopputulokseen. Lisäksi koululla pidetyt ohjausseminaarit ja simulaatioiden reflektiokeskustelut ovat lisänneet dialektisuutta. Erilaisille äänille tulee antaa tilaa ja ne saavat näkyä opinnäytetyön raportissa (Heikkinen 2010, 155).

Toimivuutta arvioitaan kehitystyön käytännön vaikutusten kautta. Jos työstä on hyötyä todellisuudessa, silloin se on myös totta. Yksi näkökulma on lisäksi se, kenen näkökulmasta siitä on hyötyä ja millä perusteella. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 149, 156-157.) Simulaatiokoulutukseen osallistuvat henkilöt kokivat koulutuksen hyödyllisenä ja opettavaisena. He ajattelivat pystyvänsä hyödyntämään opittua käytännössä ja kokivat aiheen merkityksellisenä potilasturvallisuuden ja tehokkaan työnteon kannalta. Toimivuutta voidaan tarkastella myös strategisen johtamisen näkökulmasta ja pohtia, onko osaamisen kehittämisen toimet ohjanneet toimintaa strategian osoittamaan suuntaan. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 157). Kun strategisena päämääränä on osaava henkilökunta (BSC teho- ja valvontaosasto 2019), voidaan opinnäytetyön tuloksia hyödyntämällä kehittää henkilökunnan osaamista viestintäosaamisen näkökulmasta. Onnistunut kehittämistyö saa osalliset uskomaan omaan osaamiseensa ja vapautumaan itsestään selvistä ajatusmalleista. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 157).

Opinnäytetyön käytännön vaikutukset tulevat esille vasta pidemmällä aikavälillä. Ensimmäinen koulutusinterventio on tehty hyvin tuloksin, mutta toimintaa ei ole vielä käyttöön otettu niin, että koko henkilökunta olisi perehdytetty toimintaan. On mahdollista, että käyttöönotto tulee olemaan pidempi prosessi, kuin on suunniteltu. Koko maailman tilannetta varjostaa parhaillaan koronavirus-pandemia, joka on vasta leviämässä Suomessa. Tämä tarkoittaa henkilöstön toiminnan priorisoimista potilastyöhön intensiivisesti, jolloin koulutukseen suunnitellut resurssit voidaan joutua suuntamaan akuuttiin hoitotyön tarpeeseen.

Havahduttavuudella mitataan sitä, saako kehittämistyö ihmiset ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. Uskottavuus ei perustu teorioihin tai väittämiin, vaan kokonaiskäsitkseen siitä, mikä koetaan todeksi. Kun kerrottu näyttäytyy totena ja uskottavana, kuulija eläytyy tarinaan ja ymmärtää sen tavoitteita. (Heikkinen & Syrjälä 2010, 149, 160.) Heikkinen ja Syrjälä (2010, 160) kirjoittavat todentuntuisuudesta oman todellisuuden simulaationa, joka saattaa paljastaa jotain uutta ja avata uusia näkökulmia. He viittaavat simulaatiolla tässä yhteydessä lukijoiden kokemuksiin, mutta tämän opinnäytetyön kautta havahtumista on tapahtunut potilastapaus simulaatioiden kautta konkreettisesti. Reflektiokeskustelut ovat olleet hedelmällinen alusta ihmisten ajatusten vaihdolle ja oman sekä muiden toiminnan kriittiselle analysoinnille. Simulaatiokoulutuksen kautta osallistujat ovat voineet yhdistää opittua teoriaa kokemusperäiseen oppimiseen. Keskeistä tässä on se, että pelkkä kokemus ei johda oppimiseen, vaan tietoinen reflektio kokemuksesta (Sawyer, Eppich, Brett-Fleegler, Grant & Cheng 2016, 209; Garden, Fevre, Waddington & Weller 2015, 300).

7.2 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyydellä tarkoitetaan sitä, mitä tutkija voi tehdä ja mitä ei, eli tutkimusmoraalia. Moraaliin ja etiikkaan liittyvät kysymykset ovat suurelta osin tutkijakohtaisia, joten jokaisen on ratkaistava ne henkilökohtaisesti. (Grönfors 1982, 188; Eskola & Suoranta 2000, 52.) Tutkija on työssään moraalinen toimija, jonka ammattietiikka koostuu eettisistä periaatteista, säännöistä, normeista, arvoista ja hyveistä. (Pietarinen 1998, 6). Kun tutkija tunnistaa eettisen problematiikan, hän tekee todennäköisesti myös eettisiä ratkaisuja (Eskola & Suoranta 2000, 52).

Suomen perustuslaki (L731/1999) turvaa tieteen vapauden. Vapautta on kuitenkin käytettävä vastuullisesti. Ihmisiin kohdistuvien tutkimusten eettiset periaatteet on tehty tutkijoiden toiminnan tueksi ja tutkittavien kohteiden suojaksi. Erityisesti eettiset periaatteet korostuvat ihmiseen kohdistuvassa tutkimuksessa tutkittavan kohteen ja tutkijan kohtaamisissa. Ihmisten kohtaamisen voi sisältyä tilanteita, joita on mahdoton ennakoida eikä eettisiin kysymyksiin ole aina yhtä oikeaa ratkaisua. Erilaiset eettiset ohjeistukset selkeyttävät tutkijan eettisten kysymysten pohdintaa ja ne säätelevät tiedeyhteisöjen toimintaa. (Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa 2019, 7.) Eettisten ohjeiden soveltaminen on tutkijan itsesääteilyä ja lainsäädäntö määrittelee toiminnalle rajat (Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa 2019, 7; Hyvä tieteellinen käytäntö n.d).

Aiheen valinta oli jo itsessään eettinen ratkaisu (Tuomi & Sarajärvi 2002, 126). Pyyntö viestintäosaamisen kehittämisestä tuli työyksikön johdolta. Kun henkilökunnan osaamisen kehittämisen tarve oli havaittu ja vaikutusten tiedettiin kohdistuvan potilasturvallisuuteen, oli aiheen valinnalle vakaat eettiset perustelut. Olisi ollut ennemminkin eettisesti arveluttavaa hylätä aiheen tarkempi tutkiminen ja olla ennakoimatta potilastyössä tapahtuvia riskejä sekä haittatapahtumia. Aiheen valinta on eettisestä näkökulmasta myös arvovalinta. Teho- ja valvontaosaston arvoihin kuuluu vastuullisuuden periaate. Osaston toiminnan vastuulla on, että potilaat saavat edistyksellistä, nykyaikaista ja vaikuttavaa hoitoa. (BSC teho- ja valvontaosasto 2019.) Näin osaston strategian perustana vaikuttavat arvot ohjaavat osaltaan tekemään eettisesti oikeita valintoja toiminnan kehittämisessä.

Tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkija on noudattanut hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Tutkimuksen tekemisessä tulee noudattaa tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joihin kuuluvat rehellisyyden, yleisen huolellisuuden ja

tarkkuuden periaatteet. (Hyvä tieteellinen käytäntö n.d.) Tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten velvoittamalla tavalla. Opinnäytetyöprosessi käynnistyi hakemalla tutkimuslupa sitä koskevasta organisaatiosta. Työn tekemisestä tiedotettiin työyksikössä ja osallisille kerrottiin, mitä työn tuloksilla tavoitellaan ja mitä se edellyttää työyhteisöltä. Koko opinnäytetyöprosessin ajan on pyritty toimimaan läpinäkyvästi, avoimesti ja huolellisesti. Opinnäytetyön raportointi on toteutettu siten, että jokainen voi toistaa sen uudestaan. Tiedonhankinta on toteutettu muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia kunnioittaen ja työssä on käytetty asianmukaisia lähdemerkintöjä (Pietarinen 1998, 12; Hyvä tieteellinen käytäntö n.d.). Toimintatutkimus tuleekin nähdä avoimena toimintana, jossa osallisille avoimesti kerrotaan kehitystyön tarkoitus, osallistetaan heidät työn tekemiseen ja pyritään vaikuttamaan tutkittavana olevan kohteen toimintaan (Eskola & Suoranta 2000, 127).

Yksi keskeinen kysymys etiikassa on, onko tutkimuksesta tutkittavalle haittaa tai hyötyä. On pohdittava, miten tutkittavien yksityisyys turvataan tutkimuksen aikana. (Grönfors 1982, 198-199; Eskola & Suoranta 2000, 56; Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa 2019, 7.) Tutkimus ei saa aiheuttaa myöskään vahinkoa tai riskejä tutkittavalle kohteelle (Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa 2019).

Teho- ja valvontaosaston henkilökunta osallistui opinnäytetyön tekemiseen osallistumalla simuloituihin potilastapauksiin ja niiden reflektiokeskusteluihin. Aineistoa kerättiin tallentamalla puhetta ja kuvaamalla toimintaa tallenteeksi. Tallenteet olivat vain opinnäytetyön tekijän hallussa, eikä niitä esitetty muille henkilöille. Osallisille kerrottiin tallenteiden ottamisesta ja siitä, mihin tarkoitukseen niitä aiotaan käyttää. Osallistujien nimiä tai yksilöintitietoja ei kirjattu missään opinnäytetyön vaiheessa, eikä osallistujia ole mahdollista tunnistaa jälkepäin opinnäytetyön raportista.

Potilas, joka tulee tehohoitoon, on aina kriittisesti sairas. Eettisyyden näkökulmasta tämä asettaa vaatimuksia henkilökunnalle. Tehohoidon tarkoitus on turvata, valvoa ja korvata potilaiden elintoimintojen häiriöitä ja hoitaa niiden taustalla olevia syitä. Tehohoitoon liittyvän tutkimuksen tulee turvata potilasturvallisuus ja tutkijan on huolehdittava tulosten oikeellisuudesta. (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 2019.) Olennainen eettinen näkökulma on myös ihmisarvon kunnioittaminen (Pietarinen 1998, 8; Eskola & Suoranta 2000, 56; Grönfors 1982, 189). Opinnäytetyön tavoite on ollut edistää potilasturvallisuutta henkilökunnan viestintäosaamista kehittämällä akuuteissa potilaan hoitotilanteissa. Opinnäytetyön tekemiseen ei ole hyödynnetty oikeita potilaita, vaan käytännön kehittäminen

on tapahtunut simuloimalla todellisia potilastapauksia. Tavoitteena on ollut kehittää teho-
hoidon ammattilaisten osaamista ja arvioida saavutettuja tuloksia. Viestinnän kehittämi-
nen aiheena on merkityksellisen niin yksilön ja työyhteisön kuin potilaankin näkökulmasta
sen tuodessa lisäarvoa toiminnalle erityisesti potilasturvallisuuden kannalta. (Heinonen,
Klingberg & Pentti 2012, 80.) Toimintatutkimuksen ihanteena pidetäänkin muutosta läh-
tötilanteeseen (Eskola & Suoranta 2000, 127).

Suomen tehohoitoyhdistyksen eettisten ohjeiden mukaan (2019) vahinkoa tulee välttää
potilaan hoidossa ja hoidon tulee olla oikeudenmukaista. Laadukkaan ja tasavertaisen
hoidon toteutumisen edellytykset ovat yhtenäiset näyttöön perustuvat hoitokäytännöt ja ter-
veydenhuollon toiminnan tulee perustua niihin (L1326/2010). Vaatimus siitä, että toiminta
on näyttöön perustuvaa, koskee koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa yksilötasolle asti riip-
pumatta siitä, missä asemassa henkilö työskentelee (Korhonen ym. 2018, 10). Opinnäy-
tetyön kautta yhtenäisten käytäntöjen toteutumista pyritään edistämään viestinnän näkö-
kulmasta koko hoitohenkilöstön osalta. Näyttöön perustuvan tiedon käyttöönottamiseksi
kehitettiin paikalliset toimintaohjeet ja -malli, joka mahdollistaa näytön soveltamisen teho-
ja valvontaosaston käyttöön (Korhonen ym. 2018, 11). Toimintoja pystytään yhdenmu-
kaistamaan koko henkilöstön osalta. Toimintamallia voidaan hyödyntää muissa organi-
saation työyksiköissä ja näin hoitokäytännöissä esiintyvää vaihtelua voidaan vähentää.

7.3 Osaamisen johtamisen kehittyminen

Opinnäytetyössä osaamisen johtamisen prosessia tarkastellaan Garvinin (1993, 81) esit-
tämien oppivan organisaation tunnusmerkkien mukaisesti. Tunnusmerkit ovat systemaat-
tinen ongelmanratkaisu, uusien lähestymistapojen kokeileminen, oppiminen omista koke-
muksista ja historiasta, oppiminen muiden kokemuksista ja parhaista käytännöistä sekä
nopea ja tehokas tiedonkulku organisaatiossa. Luomalla järjestelmiä ja prosesseja, jotka
tukevat näitä toimintoja, organisaatiot voivat hallita osaamisen kehittymistä tehokkaasti.
Oppivassa organisaatiossa keskeistä on kyky tuottaa, edistää ja siirtää osaamista sekä
tarvittaessa muuttaa toimintaa uusimman tiedon mukaiseksi (Hyrkäs 2009, 16).

Systemaattinen ongelmanratkaisu perustuu toimintojen kyseenalaistamiseen ja pyrkimyk-
seen saavuttaa laadukas lopputulos (Garvin 1993, 81). Organisaatiossa akuuttipalvelujen
johto havaitsi teho- ja valvontaosaston viestintäosaamisen kehittämisen tarpeen ja antoi
toimeksiannon opinnäytetyön tekijälle. Työ aloitettiin tekemällä järjestelmällinen kirjalli-
suuskatsaus. Garvinin (1993, 82) mukaan uusien lähestymistapojen kokeileminen, johon

kuuluu uuden tiedon järjestelmällinen etsiminen ja testaaminen sekä toiminnan syvälinen ymmärtäminen ja jatkuvuus ovat keskeisiä tekijöitä oppivassa organisaatiossa. Kirjallisuuskatsauksen avulla viestintäosaamisen kehittämisen teoreettisia lähtökohtia pystyttiin ymmärtämään aiempaa syvällisemmin ja toiminnalle luotiin jatkuvuus koulutusinterventtioiden, uuden viestintämallin käyttöönoton ja käyttöönoton seurannan sekä arvioinnin muodossa. Koulutusinterventiota testattiin opinnäytetyön kolmannessa syklissä, jonka perusteella interventiota kehitettiin aiempaa sopivammaksi.

Ennen koulutusmallin kehittämistä kartoitettiin henkilöstön viestintäosaamisen nykytila. Osaamisen johtamisen lähtökohta on sen osaamisen määrittäminen, jonka varassa organisaatio voi saavuttaa asetetut päämäärät (Hyrkäs 2009, 82; Viitala 2013, 173). Teho- ja valvontaosaston strategisena päämääränä on potilasturvallinen hoito ja osaava henkilökunta (BSC teho- ja valvontaosasto 2020 2019). Opinnäytetyön kautta tapahtuva viestintäosaamisen kehittäminen tukee tämän tavoitteen saavuttamista. Osaamisen määrittelemisen edellyttää monimenetelmällisiä ratkaisuja ja asiantuntijoiden hyödyntämistä, jotta voidaan vastata kehittyvän organisaation osaamistarpeisiin (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 3). Henkilökunnan viestintäosaaminen määritettiin hyödyntämällä simuloitua potilastilannetta, reflektiokeskustelua ja havainnointia, joiden perusteella voitiin todeta tarve kehittämistyölle.

Omista ja muiden kokemuksista oppiminen sekä menneisyyden ja toimivien menetelmien tarkastelu tuovat lisäarvoa osaamisen kehittymiselle (Garvin 1993, 85-86). Koulutusinterventiossa osallistujilla oli mahdollisuus oppia reflektoiden omista ja muiden kokemuksista. Osallistujat pystyivät hyödyntämään oppimisessaan tietoa siitä, miten simulaatiossa toimittiin ja miten viestintäosaamisen puutteita voidaan vähentää. Koulutuksissa käytetyt reflektiokeskustelut tukivat aiheen syvällistä ymmärrystä ja osallistujat kokivat voivansa käyttää opittua viestintäosaamista potilaiden hoitotyössä.

Lisäksi osaamisen kehittymisen kannalta on keskeistä tiedon tehokas ja riittävän nopea levittäminen (Garvin 1993, 87). Näyttöön perustuvaa tietoa tulee ensin levittää työyhteisössä, jotta se on mahdollista ottaa jokaisen työntekijän käyttöön (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 100). Tiedon jakaminen aloitettiin syksyllä 2019, jolloin opinnäytetyön aiheesta pidettiin orientoivia luentoja työyhteisössä. Opinnäytetyön projektiryhmän tehtävänä oli toimia muutosagentteina, ja he vahvistivat henkilökunnan myönteisiä asenteita uutta toimintamallia kohtaan ja tukivat tarkoituksenmukaista viestintää työyhteisössä, jotta muutos oli mahdollinen. Orientoivia luentoja on jatkettu keväällä 2020, ja niitä on tarkoitus jatkaa siihen saakka, kunnes kaikki työntekijät ovat saaneet mahdollisuuden

osallistua aihetta käsittelevään yhteiseen keskusteluun. Tiedotusta tehdään myös yhdyspintojen yli, kun opinnäytetyö esitellään akuuttipalvelujen koulutuspäivässä toukokuussa 2020.

Osaamisen kehittämisen prosessiin on simulaatiokoulutuksen lisäksi integroitu myös muita osaamisen kehittämistä tukevia menetelmiä. Kehittämismenetelmät ovat järjestelmällisiä menettelytapoja, joiden avulla pyritään saavuttamaan asetetut tavoitteet. (Pärnä 2012, 70). Käytettyjä menetelmiä ovat olleet kehityskeskustelut, arviointi, itseopiskelu, työhyvinvoinnin tukeminen, johtamisen kehittäminen, muutoksen hallinnan kehittäminen sekä viestintästrategioiden käyttöönottoa estävien ja edistävien tekijöiden kartoitus. (Hyrkäs 2009, 82-83.)

Viestintäosaamisen tilaa ja sen kehittämisen tarpeita kartoitetaan tulevaisuudessa myös kehityskeskustelujen avulla, jolloin työntekijöillä on mahdollisuus tuoda esiin osaamistaan ja osaamisen tavoitteita (Hyrkäs 2009, 82; Viitala 2013, 187). Kehityskeskusteluja hyödynnetään myös viestintästrategioiden käyttöönoton arvioinnissa ja osaamisen kehittämisen tarpeen arvioinnissa. Viestintästrategioiden käyttöönoton toteutumista arvioidaan opinnäytetyön neljännessä syklissä tehdyn suunnitelman mukaisesti ja toimintaan tehdään tarvittavia muutoksia, mikäli toimintaa pitää suunnata uudelleen. Simulaatiokoulutuksiin liittyvä materiaali on integroitu sähköiselle oppimisalustalle, josta koulutukseen osallistuvat opiskelevat sen itsenäisesti. Itseopiskelulla voidaan tehostaa henkilöstöressurssien käyttöä ja koulutusinterventioon käytettävää aikaa voidaan lyhentää. Itseopiskelun etu on myös se, että oppija voi määrittää itse ajan, paikan ja rytmin oppimiselleen (Viitala 2013, 198).

Estävät ja edistävät tekijät kartoitettiin opinnäytetyön neljännessä syklissä ja niiden tuloksia hyödynnettiin viestintästrategioiden käyttöönottosuunnitelmassa. Työhyvinvoinnin tukeminen ilmeni opinnäytetyössä näytön käyttöönottoa estävien ja edistävien tekijöiden yhteydessä. Osa estävien tekijöiden ratkaisuista liittyi pehmeisiin arvoihin, jotka koskivat muun muassa työyhteisötaitoja, yhteistyötä, vuorovaikutusta ja ilmapiirin kehittämistä sekä jaksamisen tukemista. Nämä tekijät ovat merkityksellisiä hyvinvoivan henkilöstön näkökulmasta. Kun henkilöstö voi hyvin, myös työskentely on tehokasta ja ihmiset kykenevät oppimaan uutta ja kehittymään (Viitala 2013, 212; Lämsä & Päivike 2013, 92).

Johtamisen kehittämisellä tarkoitetaan tässä yhteydessä oman johtamisosaamisen kehittymistä. Sosiaali- ja terveystieteiden ylemmälle ammattikorkeakoulututkinnolle on määritetty osaamistavoitteet eli kompetenssit. Yksi kompetensseista on sosiaali- ja terveystieteiden johtamisosaaminen. Kompetenssiin kuuluu muutosprosessien johtaminen, palvelujen laadun

ja vaikuttavuuden ennakoiva kehittäminen, moniammatillisten työyhteisöjen kehittäminen edistämällä toimijoiden osaamista sekä oman asiantuntijuuden kehittäminen elinikäisen oppimisen periaatteen mukaisesti. (Sosiaali- ja terveystieteiden ala (AMK) osaamistavoitteet n.d.)

Muutosprosessin johtaminen on muutoksen kokonaisuuden käsittämistä, ennakkointia ja muutoksesta viestimistä. Siihen liittyy henkilöstön osallistaminen ja organisaation ohjaaminen kohti muutosta ja sen toteuttamista. Onnistuessaan, muutoksen johtamisella voidaan kehittää tuottavuutta ja tukea työyhteisön hyvinvointia muutosprosessissa. (Juppo 2011, 6.) Henkilöstöä osallistettiin muutosprosessiin projektiryhmän ja simulaatioharjoitusten avulla. Projektiryhmä on toiminut muutoksen edistäjänä työyhteisössä ja henkilökunta on osallistunut opinnäytetyöhön liittyviin simulaatioihin toimijoina, jolloin heille on selvinnyt opinnäytetyön perimmäinen tavoite. Akuuttipalvelujen johtoon kuuluvat henkilöt toimivat opinnäytetyön ohjausryhmässä, ja edistivät opinnäytetyön tavoitteen saavuttamista. Muutosprosessin johtaminen ilmenee myös keskusteluinäytteenä työyhteisössä ja pyrkimyksenä avoimeen vuorovaikutukseen henkilökunnan kanssa. Työntekijöitä sitoutetaan muutokseen perustelemalla toimintaa näyttöön perustuvalla tiedolla ja korostamalla pyrkimystä perustehtävän mukaiseen edistykseen, nykyaikaiseen ja vaikuttavaan hoitoon (BSC teho- ja valvontaosasto 2020 2019). Työn sujumuuten on pyritty vaikuttamaan tekemällä ohjeistukset uudesta toimintamallista ja huolehtimalla tarvittavien tietojen saatavuudesta (Hyppänen 2013, 250).

Opinnäytetyössä on kehitetty palvelujen laatua ja vaikuttavuutta edistämällä potilasturvallisia työtapoja, ennakoimalla riskejä ja parantamalla laatua riskienhallinnan avulla. Keskeisiä menetelmiä edistää potilasturvallisuutta, on kehittää rakenteita, prosesseja ja tiedonkulkua organisaatiossa (Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021 2017, 25). Viestintäosaamisen riskejä ja vaaratilanteita on tunnistettu ennakoimalla ja tavoitteena on estää haittatapahtumia. Strategisella suunnittelulla, koulutuksella ja arvioinnilla toiminnan vaikutukset kohdennetaan potilaiden hyvän ja laadukkaan hoidon toteutumiseksi.

Moniammatillisuus on eri ammattialojen työntekijöiden osaamisen sovittamista yhteen. Yhteisesti asetetut tavoitteet ja luottamus yhteisen päämäärän saavuttamiseksi ovat keskeisiä moniammatillisen työskentelyn ominaisuuksia. (Pärnä 2012, 50.) Opinnäytetyön tavoite oli potilasturvallisuuden edistäminen teho- ja valvontaosastolla henkilökunnan viestintäosaamista kehittämällä akuuteissa potilaan hoitotilanteissa. Tavoitteeseen on pystytty vastaamaan kehittämällä koulutusmalli, jossa on huomioitu potilasturvallisuutta edis-

tävät viestintästrategiat moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta. Koulutukseen osallistujat ovat arvioineet viestintäosaamisensa kehittyneen merkittävästi koulutuksen aikana ja koulutusinterventiot jatkuvat työyhteisössä opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Osaamisvaatimusten muutokset, perustaitojen päivittämisen tarve ja muuttuvat työtehtävät edellyttävät uuden oppimista ja jatkuvaa osaamisen kehittämistä työelämässä. Yksilön näkökulmasta elinikäinen oppiminen tarjoaa mahdollisuuksia taloudelliseen menestykseen ja ihmisenä kehittymiseen. Yksilön ajan tasalla oleva osaaminen on merkittävä tekijä, joka vaikuttaa työkykyyn. Mikäli osaaminen jää liiaksi työn edellyttämästä osaamisen tasosta, voi työntekijä kokea jopa psykososiaalista kuormitusta. (Kohti elinikäistä oppimista 2019, 4, 9.) Opinnäytetyön tekijänä koen elinikäisen oppimisen mahdollisuutena kehittää itseä ja kyetä vastaamaan siihen osaamisen tarpeeseen, jota työnantaja odottaa. On merkityksellistä pysyä avoimena uudelle ja yli vuoden mittainen kehittämistyö opinnäytetyön muodossa on osoittanut osaamisen johtamisen monimuotoisuuden konkreettisesti. Asiantuntijuuden voi saavuttaa koulutuksen ja kokemuksen kautta, mutta ihminen voi kehittyä edelleen. Elinikäisessä oppimisessa on tärkeää tehostaa oppimista eri menetelmillä sekä säilyttää myönteinen asenne oppimiseen. (Hyppänen 2013, 121.) Aikuiselle oppijalle merkityksellistä on oppimistarve, motivaatio, itseohjautuvuus ja oman kokemusmaailman hyödyntäminen (Hyppänen 2013, 122; Viitala 2005, 142-143).

7.4 Lähteet

BSC teho- ja valvontaosasto 2020. 2019. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Kajaani. Viitattu 27.3.2020 www.kainuu.fi

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Viitattu 1.12.2019 <https://sairanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Eskola, J & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Osuus-kunta Vastapaino.

Garden, A., Fevre, D., Waddington, H. & Weller, J. 2015. Debriefing after simulation-based non-technical skill training in healthcare: a systematic review of effective practice. *Anaesthesia and Intensive Care* 43 (3), 300-308. doi: 10.1177/0310057X1504300303

Garvin, D. 1993. Building a Learning Organization. *Harvard Business Review* 71 (4), 78-91.

Grönfors, M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Heikkinen, H. 2010. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä. 2008. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16-37.

Heikkinen, H. & Syrjälä, 2010. Tiede, totuus ja toimintatutkimus. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä. 2008. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 143-161.

Heinonen, S., Klingberg, R. & Pentti, P. 2012. Kaikkien aivot käyttöön. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Huttunen, R., Kakkori, L. & Heikkinen, H. 1999. Toiminta, tutkimus ja totuus. Teoksessa H. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: PS-viestintä Oy, 111-135.

Hyppänen, R. 2013. Esimiesosaaminen. Liiketoiminnan menestystekijä. Helsinki: Edita Publishing.

Hyrkäs, E. 2009. Osaamisen johtaminen Suomen kunnissa. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Kauppätieteellinen tiedekunta. Väitöskirja No 338. Helsinki: Digipaino Oy. Viitattu 20.3.2020 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-214-717-2>

Hyvä tieteellinen käytäntö. N.d. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 1.2.2020 <https://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Viitattu 31.3.2020 https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf

Juppo, V. 2011. Muutoksen johtaminen suomalaisessa yliopistouudistuksessa rehtoreiden näkökulmasta. Vaasan yliopisto. Filosofinen tiedekunta. Väitöskirja No 235. Vaasa: Vaasan yliopisto. Viitattu 5.5.2020 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-335-6>:

Kohti elinikäistä oppimista. 2019. Sitran selvityksiä 150. Helsinki: Erweko. Viitattu 5.5.2020 <https://media.sitra.fi/2019/03/11112556/kohti-elinikaista-oppimista.pdf>

Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeesta tuloksiin. Helsinki: Skhole Oy.

L 731/1999. Suomen perustuslaki. Viitattu 25.3.2020 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

L 1326/2010. Terveysturvalaki. Viitattu 25.3.2020 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P7>

Lämsä, A. & Päivike, T. 2013. Organisaatiokäyttäytymisen perusteet. Helsinki: Edita Publishing.

Pietarinen, J. 1998. Tutkijan ammattietiikan perusta. Teoksessa S. Lötjönen (toim.) Tutkijan ammattietiikka. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 6-12. Viitattu 30.3.2020 <https://docplayer.fi/5449177-Tutkijan-ammattietiikka.html>

Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 9. Viitattu 14.3.2020 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pärnä, K. 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Turun yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Sarja C, osa 341. Turku: Uniprint Oy. Viitattu 5.5.2020 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-5086-7>

Reader, T., Flin, R., Mearns, K., Cuthbertson, B. 2009. Developing a team performance framework for the intensive care unit. *Critical Care Medicine* 37 (5), 1787-1793. doi: 10.1097/CCM.0b013e31819f0451

Sawyer, T., Eppich, W., Brett-Fleegler, M., Grant, V. & Cheng, A. 2016. More Than One Way to Debrief. A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods. *Simulation in Healthcare* 11 (3), 209-217. doi: 10.1097/SIH.000000000000148

Sosiaali- ja terveysalan ylempi (AMK) osaamistavoitteet. 2018. Kajaani: Kajaanin ammattikorkeakoulu. Saatavilla KAMKin devmoodlessa.

Stewart, K. & Hand, K. 2017. SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. *Medsurg Nursing* 26 (5), 297-305. Viitattu 1.11.2020 <https://insights.ovid.com/medsurg-nursing/mednu/2017/09/000/sbar-communication-patient-safety-integrated/3/00008484>

Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. 2019. *Tehohoito* 37 (2), 97-108.


Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Viitala, R. (2005). Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Helsinki: Inforviestintä.

Viitala, R. 2013. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita Publishing.

Wahr, A., Prager, L., Abernathy, J., Martinez, E., Salas, E., Seifert P., Groom, Spiess, B., Searles, B., Sundt III, T., Sanchez, J., Shappell, S., Culig, M., Lazzara, E., Fitzgerald, D., Thourani, V., Eghtesady, P., Ikonomidis, J., England, M., Sellke, F. & Nussmeier, N. 2013. Patient safety in the cardiac operating room: human factors and teamwork. A scientific statement from the American heart association. *Circulation* 128 (10), 1139-1169. doi: 10.1161/CIR.0b013e3182a38efa

Tutkimusten arviointikriteeristö. N.d. Hoitotyön tutkimussäätiö. <https://www.hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslista/>



**THE JOANNA BRIGGS
COLLABORATION**
Better evidence. Better outcomes.

29.11.2018

JBI: Arviointikriteerit järjestelmälliselle katsaukselle

Tätä tarkistuslistaa käytetään järjestelmällisen katsauksen metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 11 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on lyhyesti kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsikirjaan](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA).

Arvioija _____ Päiväys _____

Tekijä(t) _____ Vuosi _____ Nro _____

Arviointikriteeri	K	E	?	NA
1. Onko katsauksen kysymys esitetty selvästi ja yksiselitteisesti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ovatko mukaanottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Onko hakustrategia asianmukainen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ovatko käytetyt tiedonlähteet riittäviä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ovatko tutkimusten laadun arvioinnissa käytetyt kriteerit asianmukaiset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Onko vähintään kaksi arvioijaa itsenäisesti toteuttanut tutkimusten kriittisen laadun arvioinnin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tietojen uuttamisvaiheessa käytetty menetelmiä virheiden minimoimiseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Onko tutkimustulosten yhdistämisessä käytetty tarkoituksenmukaisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko katsauksessa arvioitu julkaisuharhan todennäköisyyttä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ovatko katsauksessa esitetyt käytännön suositukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ovatko katsauksessa esitetty jatkotutkimusehdotukset linjassa katsauksen tulosten kanssa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hykkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

The Finnish Centre for Evidence-Based Health Care:
A Joanna Briggs Institute Centre of Excellence.
Suomalaisen käännöksen toteuttanut Hotus JBI:n luvalla.

1(5)



THE JOANNA BRIGGS COLLABORATION

Better evidence. Better outcomes.

29.11.2018

JBI: Arviointikriteerit laadulliselle tutkimukselle

Tätä kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa käytetään laadullisten tutkimusten metodologisen laadun arviointiin. Arvioinnin tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 10 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsikirjaan](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA). (Lockwood ym. 2015.)

Arvioija _____ Päiväys _____

Tekijä(t) _____ Vuosi _____ Nro _____

Arviointikriteeri	K	E	?	NA
1. Ovatko tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat ja metodologia keskenään yhteensopivat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet keskenään yhteensopivat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ovatko tutkimuksen metodologia ja aineiston keruumenetelmät keskenään yhteensopivat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ovatko tutkimuksen metodologia, aineiston kuvaus ja analyysi keskenään yhteensopivat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ovatko tutkimuksen metodologia ja tulosten tulkinta keskenään yhteensopivat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Onko tutkijan kulttuuriset tai teoreettiset lähtökohdat kuvattu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja tutkimuksen vaikutus tutkijaan kuvattu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Onko tutkimukseen osallistujat ja heidän äänensä (alkuperäiset ilmaisut) kuvattu asiaankuuluvasti ja riittävällä tasolla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita, ja onko tutkimuksella eettisen toimikunnan hyväksyntä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Perustuvatko tutkimuksen johtopäätökset aineiston analyysiin ja tulosten tulkintaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommenteja (mukaan lukien hylkäyksen syy):

16.4.2019

JBI: Arviointikriteerit poikkileikkaustutkimukselle

Tätä tarkistuslistaa käytetään poikkileikkaustutkimuksen metodologisen laadun arviointiin ja tutkimuksen tuloksiin vaikuttavan mahdollisen harhan tunnistamiseen. Tarkistuslistaan sisältyy yhteensä 8 arviointikriteeriä, joiden yksityiskohtaiset sisällöt on kuvattu alhaalla. Arvioijan on hyvä tutustua myös Joanna Briggs Instituutin julkaisemaan katsauksen tekijöiden [käsikirjaan](#) arviointia tehdessään. Tarkistuslistan alkuperäinen englanninkielinen versio löytyy tästä [linkistä](#). Kunkin kriteerin toteutuminen arvioidaan asteikolla: Kyllä (K), Ei (E), Epäselvä (?), Ei sovellettavissa (NA). (Moola ym. 2017.)

Arvioija _____ Päiväys _____

Tekijä(t) _____ Vuosi _____ Nro _____

Arviointikriteeri	K	E	?	NA
1. Onko otoksen mukaanotto- ja poissulkukriteerit määritelty selvästi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Onko kohderyhmä ja tutkimusolosuhteet kuvattu riittävän tarkasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mitattiinko altistus pätevästi ja luotettavasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Käytettiinkö objektiivisia, standardoituja kriteereitä osallistujien valintakriteerinä toimineen tilan/tilanteen mittaamiseen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Onko sekoittavat tekijät tunnistettu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mainitaanko menetelmät, joita käytettiin sekoittavien tekijöiden huomioimisessa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tulosmuuttujat mitattu pätevästi ja luotettavasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hykkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

Taulukko 4. Kirjallisuuskatsauksen alkuperäiset ilmaukset, käännökset, pelkistetyt ilmaukset ja luokittelu

Alkuperäinen ilmaisu	Suomennos	Pelkistetty ilmaisu	Luokka
<p>1. Observations of the ICU teams have shown errors in the ICU to be concentrated after communication events, and 37% of errors to be associated with communication between nurses and physicians. (1)</p>	<p>Havainnot tehohoitotie- meistä ovat osoittaneet, että virheet tehohoi- dossa keskittyvät kom- munikaation jälkeisiin ta- pautumiin ja 37% vir- heistä liittyy hoitajien ja lääkäreiden väliseen kommunikaatioon. (1)</p>	<p>Virheet tehohoidossa kes- kittyvät kommunikaation jäl- keisiin tapahtumiin ja 37% virheistä liittyy hoitajien ja lääkäreiden väliseen kom- munikaatioon. (1)</p>	<p>Luokka A. Turvalli- suuskulttuuria tu- keva kommuni- kointi ja toiminta- tapa (1, 2, 3a, 3b, 12, 14, 26, 30, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 56, 57).</p>
<p>2. Their analysis has identified re- curring team communication failures that lead to patient harm, with written and verbal communi- cations during routine care, handoffs, and cri- ses being found most susceptible to error. (2)</p>	<p>Heidän analyysinsä mu- kaan kirjoitettu ja suulli- nen kommunikaatio rutiini- hoidon aikana sekä potilaan siirto- ja kriisitil- anteissa havaittiin ole- van toistuvasti kaikkein herkimpiä virheille, joista seuraa potilasvahinkoja. (2)</p>	<p>Kirjoitettu ja suullinen kom- munikaatio rutiinihoidon ai- kana sekä potilaan siirto- ja kriisitilanteissa havaittiin olevan herkimpiä virheille, joista seuraa potilasvahin- koja. (2)</p>	
<p>3. More specifically, they found critical incidents to occur because of the reluctance of nursing staff to report observed errors or patient care issues, the lack of communi- cation between clinicians and nursing staff on treatment changes, inaccu- rate information transfer between different ICU care teams, and poor information dis- semination on newly admitted patients. (3)</p>	<p>Erityisesti he havaitsivat, että kriittiset tapahtumat liittyvät hoitohenkilökun- nan ja lääkäreiden väli- seen kommunikaatioon ja hoitajien haluttomuus- teen raportoida havait- tuja virheitä tai potilaan hoitoon liittyviä tekijöitä ja muutoksia. (3a)</p> <p>Myös epätarkka tiedon siirto eri tiimien välillä sekä uusien potilaiden kohdalla on altista vir- heille. (3b)</p>	<p>Kriittiset tapahtumat liittyvät hoitohenkilökunnan ja lää- käreiden väliseen kommu- nikaatioon ja hoitajien ha- luttomuuteen raportoida ha- vaittuja virheitä tai potilaan hoitoon liittyviä tekijöitä ja muutoksia. (3a)</p> <p>Epätarkka tiedon siirto eri tiimien välillä sekä uusien potilaiden kohdalla on al- tista virheille. (3b)</p>	
<p>4. Team members acknowledge communications</p>	<p>Tiimin jäsenet hyväksy- vät kaksisuuntaisen viestinnän. (12)</p>	<p>Tiimin jäsenet hyväksyvät kaksisuuntaisen viestinnän. (12)</p> <p>Nuoret tiimin jäsenet uskal- tavat esittää mielipiteensä. (14)</p>	

<p>(closed loop). (12)</p> <p>5. Junior team members show speaking-up behaviors. (14)</p> <p>6. It is vital that an atmosphere of open information is achieved by empowering all team members to speak out. (26)</p> <p>7. It is important to adopt a culture of good communication. (30)</p> <p>8. The presence of caring leaders, peer support, and organizations committed to safe, open cultures, are key factors necessary to increase proactive utilization of safety voice among nurses and other healthcare workers. (36)</p> <p>9. Many long held cultural traditions, social factors, and hierarchies existing in healthcare organizations around the world impede safety voice, and interfere with the provision of high quality, safe patient care. (37)</p> <p>10. Leaders must be committed to authentic change so they can role model, teach, and encourage safety voice, while send-</p>	<p>Nuoret tiimin jäsenet uskaltavat esittää mielipiteensä. (14)</p> <p>On elintärkeää, että avoin ilmapiiri saavutetaan antamalla kaikille ryhmän jäsenille mahdollisuus puhua. (26)</p> <p>On tärkeää omaksua hyvä kommunikatiokulttuuri. (30)</p> <p>Välittävien johtajien läsnäolo, vertaistuki ja organisaation sitoutuneisuus turvallisuuteen ja avoimeen kulttuuriin ovat avaintekijöitä lisäämään uskallusta puhua ääneen sairaanhoitajien ja muiden terveydenhuollon työntekijöiden kohdalla. (36)</p> <p>Terveydenhuollon organisaatioissa ympäri maailmaa olemassa olevat kulttuuriset perinteet, sosiaaliset tekijät ja hierarkia haittaavat ääneen puhumisen kulttuuria ja häiritsevät korkealaatuisen ja turvallisen potilaiden hoidon tarjoamista. (37)</p> <p>Johtajien on oltava sitoutuneita aitoihin muutoksiin, jotta he voivat toimia roolimallina, opettaa ja rohkaista ääneen puhumisen kulttuuria, lähettämällä samalla selkeän viestin, että huono käytös ei ole enää osa organisaation kulttuuria tai sosiaalista rakennetta. (38)</p>	<p>On tärkeää, että avoin ilmapiiri saavutetaan antamalla kaikille ryhmän jäsenille mahdollisuus puhua. (26)</p> <p>On tärkeää omaksua hyvä kommunikatiokulttuuri. (30)</p> <p>Välittävien johtajien läsnäolo, vertaistuki ja organisaation sitoutuneisuus turvallisuuteen ja avoimeen kulttuuriin ovat avaintekijöitä lisäämään uskallusta puhua ääneen. (36)</p> <p>Kulttuuriset perinteet, sosiaaliset tekijät ja hierarkia haittaavat ääneen puhumisen kulttuuria ja häiritsevät korkealaatuisen ja turvallisen potilaiden hoidon tarjoamista. (37)</p> <p>Johtajien on oltava sitoutuneita muutoksiin, jotta he voivat toimia roolimallina, opettaa ja rohkaista ääneen puhumisen kulttuuria, lähettämällä samalla selkeän viestin, että huono käytös ei ole osa organisaation kulttuuria tai sosiaalista rakennetta. (38)</p>	
--	---	---	--

<p>ing a clear message that incivility is no longer part of the culture or social fabric of the organization. (38)</p> <p>11. Empowered, committed nurses, and other healthcare workers who feel safe, supported, and encouraged as they exercise safety voice are imperative to achieving improved patient care quality and safety in healthcare systems of the 21st century. (39)</p> <p>12. Errors are grounded in shared activities, involving teamwork and communication, as opposed to profession-specific technical expertise. (40)</p> <p>13. Team development activities should ensure that team members value the importance of shared responsibility, communication, and collective decision-making, and have a good understanding of the roles of team members. (41)</p> <p>14. Effective communication is open, adaptable, accurate, and concise, and it is more likely to occur in supportive and</p>	<p>Sairaanhoitajat ja muut terveydenhuollon työntekijät, jotka ovat sitoutuneita ja tuntevat olonsa turvallisiksi, tuetuiksi ja rohkaistuiksi toteuttaessaan ääneen puhumisen kulttuuria, ovat välttämättömiä potilaiden hoidon laadun ja turvallisuuden parantamiseksi 2000-luvun terveydenhuoltojärjestelmässä. (39)</p> <p>Virheiden lähtökohdat liittyvät usein yhteistyötilanteisiin, joihin kuuluvat ryhmätyö ja viestintä, vastakohtana sille, että ne tapahtuisivat teknisen osaamisen parissa. (40)</p> <p>Tiimien toiminnan kehittämisessä tulisi varmistaa, että ryhmän jäsenet arvostavat jaetun vastuun, viestinnän ja yhteisen päätöksenteon merkitystä ja että heillä on hyvä käsitys ryhmän jäsenten rooleista. (41)</p> <p>Tehokas viestintä on avointa, mukautuvaa, tarkkaa, tiivistä ja sitä tapahtuu todennäköisemmin kannustavassa ja turvalliseksi koetussa ympäristössä. (43)</p> <p>Korkeatasoinen ja turvallinen potilashoito on riippuvaista tiimityöstä, kommunikaatiosta ja yhteistyökykyisestä ympäristöstä. (56)</p>	<p>Työntekijät, jotka ovat sitoutuneita ja tuntevat olonsa turvallisiksi, tuetuiksi ja rohkaistuiksi toteuttaessaan ääneen puhumisen kulttuuria, ovat välttämättömiä potilaiden hoidon laadun ja turvallisuuden parantamiseksi. (39)</p> <p>Virheiden lähtökohdat liittyvät usein yhteistyötilanteisiin, joihin kuuluvat ryhmätyö ja viestintä, vastakohtana sille, että ne tapahtuisivat teknisen osaamisen parissa. (40)</p> <p>Tiimien toiminnan kehittämisessä tulisi varmistaa, että ryhmän jäsenet arvostavat jaetun vastuun, viestinnän ja yhteisen päätöksenteon merkitystä ja että heillä on käsitys ryhmän jäsenten rooleista. (41)</p> <p>Tehokas viestintä on avointa, mukautuvaa, tarkkaa, tiivistä ja sitä tapahtuu todennäköisemmin kannustavassa ja turvalliseksi koetussa ympäristössä. (43)</p> <p>Korkeatasoinen ja turvallinen potilashoito on riippuvaisia tiimityöstä, kommunikaatiosta ja yhteistyökykyisestä ympäristöstä. (56)</p>	
---	--	---	--

<p>safe climates. (43)</p> <p>15. High-quality and safe patient care depends on teamwork, communication, and a collaborative work environment. (56)</p> <p>16. As the delivery of health services shifts from individual practitioners to team-based and multi-disciplinary approaches, organizations that do not embrace interprofessional training and communication and that fail to eliminate maladaptive behaviors will be incapable of achieving highly reliable levels of safety and sustained outcomes. (57)</p>	<p>Kun terveystalvelujen tuottaminen siirtyy yksittaisiltt ammatinharjoittajilta tiimipohjaiseksi ja monitieteelliseksi toiminnaksi, niin organisaatiot, jotka eivtt omaksu moniammatillista harjoittelua ja kommunikaatiota ja jotka epaonnistuvat hvittttmnn huonon kttyksen, eivtt tule saavuttamaan korkeita turvallisuustasvoja ja kestvtvtt tuloksia. (57)</p>	<p>Organisaatiot, jotka eivtt omaksu moniammatillista harjoittelua ja kommunikaatiota ja jotka epaonnistuvat hvittttmnn huonon kttyksen, eivtt tule saavuttamaan korkeita turvallisuustasvoja ja kestvtvtt tuloksia. (57)</p>	
<p>Alkuperäinen ilmaisu</p>	<p>Suomennos</p>	<p>Pelkistetty ilmaisu</p>	<p>Luokka</p>
<p>17. Survey and interview research have also examined the relationship between ICU team communications and patient outcomes, with timely, accurate, and open communication between nurses and physicians being shown as predictive of patient length of stay and staff turnover. (4)</p> <p>18. Video analysis of teamwork during simulated patient resuscitations has</p>	<p>Kysely- ja haastattelututkimuksissa on lisksi tutkittu tehohoitoryhmnn vtllisen viestinnnn ja potilaan hoitotulosten vtllisttt suhdetta, joissa oikea-aikainen sektt tarkka ja avoin viestinttt sairaanhoitajien ja lkkkrekiden vtllilltt ntytttt ennustavan potilaan hoidon kestoa ja henkilstttn vtltuvuutta. (4)</p> <p>Videoanalyseisstt, joissa on simuloitu potilaan elvytystilanteita on</p>	<p>On tutkittu tehohoitoryhmnn viestinnnn ja potilaan hoitotulosten vtllisttt suhdetta, joissa oikea-aikainen sektt tarkka ja avoin viestinttt sairaanhoitajien ja lkkkrekiden vtllilltt ntytttt ennustavan potilaan hoidon kestoa ja henkilstttn vtltuvuutta. (4)</p> <p>Videoanalyseisstt, joissa on simuloitu potilaan elvytystilanteita on havaittu,</p>	<p>Luokka B viestintttstrategiat (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25a, 25b, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 42, 44a, 44b, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68).</p>

<p>found the communication skills on ICU residents to be rated most highly if they communicate clearly at all times, encourage team members input, listen to staff feedback, and consistently use directed verbal and nonverbal communications. (5)</p>	<p>havaittu, että erikoistuvien lääkäreiden kommunikaatio on arvioitu parhaimmaksi jos he kommunikoivat selkeästi koko ajan, rohkaisevat tiimin jäseniä osallistumaan, kuuntelevat henkilökunnan palautetta ja käyttävät johdonmukaisesti suoraa sanallista ja ei-sanallista viestintää. (5)</p>	<p>että erikoistuvien lääkäreiden kommunikaatio on arvioitu parhaimmaksi jos he kommunikoivat selkeästi, rohkaisevat tiimin jäseniä osallistumaan, kuuntelevat henkilökunnan palautetta ja käyttävät suoraa sanallista ja ei-sanallista viestintää. (5)</p>	
<p>19. Team communication research in the ICU has shown communication to be linked to safety and performance, and that team structures and characteristics influence teamwork. (6)</p>	<p>Tutkimus tiimikommunikaatiosta teho-osastolla on osoittanut, että viestintä on yhteydessä turvallisuuden ja tehokkuuteen ja että ryhmän rakenteet ja ominaisuudet vaikuttavat ryhmätyöhön. (6)</p>	<p>Viestintä on yhteydessä turvallisuuden ja tehokkuuteen ja ryhmän rakenteet ja ominaisuudet vaikuttavat ryhmätyöhön. (6)</p>	
<p>20. Information transfers accurately during written/verbal handoff. (7)</p>	<p>Tieto siirretään tarkasti sekä kirjallisesti että suullisesti potilaan luovutuksen aikana. (7)</p>	<p>Tieto siirretään tarkasti sekä kirjallisesti että suullisesti potilaan luovutuksen aikana. (7)</p>	
<p>21. Information disseminated on newly admitted patients. (8)</p>	<p>Tietoa jaetaan, kun uusia potilaita otetaan hoidettavaksi. (8)</p>	<p>Tietoa jaetaan, kun uusia potilaita otetaan hoidettavaksi. (8)</p>	
<p>22. Information distributed on patient treatment plans. (9)</p>	<p>Potilaan hoitosuunnitelmasta jaetaan tietoa. (9)</p>	<p>Potilaan hoitosuunnitelmasta jaetaan tietoa. (9)</p>	
<p>23. Appropriate information requests during patient emergencies. (10)</p>	<p>Informaatiota pyydetään asianmukaisesti hätätilanteiden aikana. (10)</p>	<p>Informaatiota pyydetään asianmukaisesti hätätilanteiden aikana. (10)</p>	
<p>24. Directed verbal and non-verbal communications. (11)</p>	<p>Suora verbaalinen ja non-verbaalinen kommunikaatio. (11)</p>	<p>Suora verbaalinen ja non-verbaalinen kommunikaatio. (11)</p>	
<p>25. Clear and direct requests made</p>	<p>Ryhmän jäsenille esitetyt selkeät ja suorat pyynnöt. (13)</p>	<p>Ryhmän jäsenille esitetyt selkeät ja suorat pyynnöt. (13)</p>	
	<p>Selkeyden painoarvo viestinnässä identifioitiin</p>		

<p>for team members assistance. (13)</p> <p>26. The value of clarity in communication was identified repeatedly in the focus group discussions. (15)</p> <p>27. This was explained in terms of projection of the utterance (loud enough for all to hear), direction to a particular recipient (preferably using their name), and content (structured communication and information). (16)</p> <p>28. Verbal reporting of task completion was described as reducing the likelihood of tasks being unnecessarily duplicated. (17)</p> <p>29. Assumptions were said to be the result of a lack of clear communication of information, leading to incorrect care. (18)</p> <p>30. The findings suggest that it might be necessary that somebody experienced, who knows the team, is available to take the lead, but also that leadership is made explicit by the verbalization of objectives followed by questions to understand the situation and the</p>	<p>toistuvasti ryhmäkeskusteluissa. (15)</p> <p>Tätä perusteltiin mielipiteen esittämisellä (riittävän kovalla äänellä, jotta kaikki kuulevat), suuntaamisella tietyille henkilöille (mieluiten heidän nimensä käyttämällä) ja sisällölle (jäsenelty viestintä ja tiedonanto). (16)</p> <p>Kuvattiin, että tehtävän suullinen kuittaaminen vähentää yhtäaikaista saman tehtävän suorittamista. (17)</p> <p>Sanottiin, että oletukset johtuvat selkeän kommunikaation puutteista, josta seuraa epäkorrekti potilaan hoito. (18)</p> <p>Löydökset viittaavat siihen, että voi olla tarpeellista, että joku ryhmän tunteva kokenut henkilö ottaa johdon ja jakaa hoidon tavoitteet koko ryhmälle, jota seuraa tarkentavat kysymykset tilanteen ymmärtämiseksi sekä kriittisten tehtävien jakaminen tietyille tiimin jäsenille. (19)</p> <p>Ammattilaisten erilaisten kommunikaatiotyötylien käyttö voi johtaa kommunikaatiovirheisiin tai</p>	<p>Selkeyden painoarvo viestinnässä. (15)</p> <p>Tätä perusteltiin mielipiteen esittämisellä riittävän kovalla äänellä, suuntaamisella tietyille henkilölle nimeä käyttämällä ja sisällöllä (jäsenelty viestintä ja tiedonanto). (16)</p> <p>Tehtävän suullinen kuittaaminen vähentää yhtäaikaista saman tehtävän suorittamista. (17)</p> <p>Oletukset johtuvat selkeän kommunikaation puutteista, josta seuraa epäkorrekti potilaan hoito. (18)</p> <p>Voi olla tarpeellista, että ryhmän tunteva kokenut henkilö ottaa johdon ja jakaa hoidon tavoitteet koko ryhmälle, jota seuraa tarkentavat kysymykset tilanteen ymmärtämiseksi sekä kriittisten tehtävien jakaminen tiimin jäsenille. (19)</p> <p>Erialaisten kommunikaatiotyötylien käyttö voi johtaa kommunikaatiovirheisiin tai</p>	
--	--	---	--

<p>allocation of critical tasks to specific team members. (18)</p> <p>31. Professionals' use of different styles can result in miscommunication or omission of key patient care information that may jeopardize patient safety. (20)</p> <p>32. The systemic nature of the problem of miscommunication between healthcare providers supports the need for standardized communication method. (21)</p> <p>33. Communication failures can be categorized as follows: the provision of insufficient information; poor timing of the communication (e.g. too late); unresolved issues at the end of the communication; or the absence of key personnel. (22)</p> <p>34. In time-critical situation, it is important that there is a team leader who can impart critical information without the potential for misinterpretation or misunderstanding, irrespective of the situation or the composition team. (23)</p>	<p>oleellisten potilastietojen pois jäämiseen, mikä vaarantaa potilasturvallisuuden. (20)</p> <p>Kommunikaatiovirheiden systeeminen luonne terveydenhuollon palveluntarjoajien välillä tukee tarvetta standardoidulle kommunikaatiotavalle. (21)</p> <p>Kommunikaatiovirheet voidaan jakaa seuraavasti: riittämätön tiedon saanti, kommunikaation huono ajoitus (esim. liian myöhään), ratkaisemattomat asiat kommunikaation lopussa tai keskeisen henkilön puuttuminen. (22)</p> <p>Aikakriittisessä tilanteessa on tärkeää, että tiimin johtaja pystyy välittämään tietoa tiimin jäsenille ilman riskiä väärästä tulkinnasta tai väärinymmärryksestä tilanteesta tai ryhmän kokoonpanosta riippumatta. (23)</p> <p>Tehokas kommunikaatio perustuu selkeyteen ("pitämällä se selkeänä"), lyhyteen ("pitämällä se lyhyenä"), empatiaan ("miltä se tuntuu vastaanottavansa tämän?") ja palautteenannon mahdollisuuteen. (24)</p>	<p>potilastietojen pois jäämiseen, mikä vaarantaa potilasturvallisuuden. (20)</p> <p>Kommunikaatiovirheiden systeeminen luonne terveydenhuollon palveluntarjoajien välillä tukee tarvetta standardoidulle kommunikaatiotavalle. (21)</p> <p>Kommunikaatiovirheet voidaan jakaa seuraavasti: riittämätön tiedon saanti, kommunikaation huono ajoitus, ratkaisemattomat asiat kommunikaation lopussa tai keskeisen henkilön puuttuminen. (22)</p> <p>Aikakriittisessä tilanteessa on tärkeää, että tiimin johtaja pystyy välittämään tietoa tiimin jäsenille ilman riskiä väärästä tulkinnasta tai väärinymmärryksestä tilanteesta tai ryhmän kokoonpanosta riippumatta. (23)</p> <p>Tehokas kommunikaatio perustuu selkeyteen, lyhyteen, empatiaan ja palautteenannon mahdollisuuteen. (24)</p>	
--	---	--	--

<p>35. Effective communication relies on clarity ("keeping it clear"), brevity ("keeping it brief"), empathy ("how will it feel to receive this?"), with provision for a feedback loop. (24)</p>	<p>Kohdennettu ja kaksisuuntainen viestintä on merkityksellistä, kun nopea reagointi on kriittisen tärkeää. (25a)</p> <p>Siinä määritetään kenelle kommunikaatio tai määräys on suunnattu, yleensä käyttäen käsi-merkkejä tai henkilön nimeä. (25b)</p>	<p>Kohdennettu ja kaksisuuntainen viestintä on merkityksellistä, kun nopea reagointi on kriittisen tärkeää. (25a)</p> <p>Siinä määritetään kenelle kommunikaatio tai määräys on suunnattu, käyttäen käsi-merkkejä tai henkilön nimeä. (25b)</p>	
<p>36. Directed communication and closed-loop communication is particularly important when rapid response is critical, and involves specification of who the order or communication is directed towards, usually by using a hand signal or saying the persons' name. (25)</p>	<p>Yhteinen ajattelutapa edistää täsmällistä ymmärrystä faktoista, ehkäisee virheitä tapahtumasta ja sallii koko ryhmän kognitiivisten resurssien käyttöönoton päätöksenteossa ja virheiden havaitsemisessa. (27)</p>	<p>Yhteinen ajattelutapa edistää täsmällistä ymmärrystä faktoista, ehkäisee virheitä tapahtumasta ja sallii koko ryhmän kognitiivisten resurssien käyttöönoton päätöksenteossa ja virheiden havaitsemisessa. (27)</p>	
<p>37. A shared mental model promotes an accurate understanding of the facts, defends against the error and allows the cognitive resources of the entire team to be fully leveraged for decision making and error detection. (27)</p>	<p>Tämä malli voidaan ottaa käyttöön jakamalla tietoa tiimille, jonka tulee sisältää seuraavat asiat: kaikkien tiimin jäsenten esittely nimeltä ja rooliltaan, tiedotus siitä mitä odotetaan tapahtuvan ja tehtävien jako. (28)</p>	<p>Malli voidaan ottaa käyttöön jakamalla tietoa tiimille, jonka tulee sisältää seuraavat asiat: tiimin jäsenten esittely nimeltä ja rooliltaan, tiedotus siitä mitä odotetaan tapahtuvan ja tehtävien jako. (28)</p>	
<p>38. This model can be facilitated by a team brief, which needs to include the following: the introduction of all team members by name and role, a briefing as to what is expected to happen; and allocation of tasks. (28)</p>	<p>Jotta viestintä olisi tehokasta kriittisessä hätätilanteessa, on elintärkeää, että lisääntynyt melu ei aiheuta häiriötä. (29)</p> <p>Moniammatillinen erinomaisesti kommunikoiva hoitoryhmä mahdollistaa</p>	<p>Jotta viestintä olisi tehokasta kriittisessä hätätilanteessa, on elintärkeää, että melu ei aiheuta häiriötä. (29)</p> <p>Moniammatillinen erinomaisesti kommunikoiva hoito-</p>	

<p>39. To maintain effective communication during a critical emergency, it is vital that increased noise does not cause distraction. (29)</p>	<p>parhaan hätätilapotilaan hoidon päivystyspoliklinikalla. (31)</p>	<p>ryhmä mahdollistaa parhaan hätätilapotilaan hoidon. (31)</p>	
<p>40. Best practice management of critically unwell patients in the ED requires a multidisciplinary team approach with excellent communication. (31)</p>	<p>On osoitettu, että tehokas kommunikaatio on keskeinen tekijä virheiden estämisessä elvytyksissä ja kirurgisissa tilanteissa. (32)</p>	<p>Tehokas kommunikaatio on keskeinen tekijä virheiden estämisessä elvytyksissä ja kirurgisissa tilanteissa. (32)</p>	
<p>41. The key to delivering damage control resuscitation and surgery has been shown to be effective communication. (32)</p>	<p>Virheiden estämiseksi on tärkeää puhua ääneen ja haastaa virheelliset päätökset. (33)</p>	<p>Virheiden estämiseksi on tärkeää puhua ääneen ja haastaa virheelliset päätökset. (33)</p>	
<p>42. Speaking-up, or the ability to effectively challenge erroneous decisions, is essential to preventing harm. (33)</p>	<p>Tutkimus esitti, että standardoitujen työkalujen käyttö ja simulaatioiden avulla tehdyt koulutusohjelmat ovat tehokkaita parantamaan moniammatillisia kommunikaatiotaitoja. (34)</p>	<p>Standardoitujen työkalujen käyttö ja simulaatioiden avulla tehdyt koulutusohjelmat ovat tehokkaita parantamaan moniammatillisia kommunikaatiotaitoja. (34)</p>	
<p>43. Research suggested that training programs with the use of standardized tools and simulation are effective in improving interprofessional communication skills. (34)</p>	<p>Tarve kehittyneemmälle moniammatilliselle kommunikaation harjoittelulle terveydenhuollon ympäristössä on selkeä. (35)</p>	<p>Tarve moniammatilliselle kommunikaation harjoittelulle on selkeä. (35)</p>	
<p>44. The need for improved interprofessional communication training in the healthcare setting and academic setting is clear. (35)</p>	<p>Viestintä voi epäonnistua, mikäli viestin sanoja ilmaisee asian epätarkasti (käyttämällä epämääräistä tai puutteellista kieltä), viestin vastaanottaja tulkitsee informaation virheellisesti, informaatio on annettu väärään aikaan tai sen vastaanottaja on väärä. (42)</p>	<p>Viestintä voi epäonnistua, mikäli viestin sanoja ilmaisee asian epätarkasti, viestin vastaanottaja tulkitsee informaation virheellisesti, informaatio on annettu väärään aikaan tai sen vastaanottaja on väärä. (42)</p>	
<p>45. Miscommunication can occur when the sender</p>			

<p>inaccurately encodes a message (eg. by using vague or incomplete language), when the receiver decodes the sent information incorrectly, or when the information is given at the wrong time or received by the wrong individual. (42)</p>	<p>Avoin kommunikaatio edistää toimintojen saumaton koordinoitua: viestintä on joustavaa, kun tiimin jäsenet ovat tietoisia toistensa työmäärästä (työn kuormittavuudesta) ja mukauttavat viestintäänsä sen mukaisesti. (44a)</p>	<p>Avoin kommunikaatio edistää toimintojen koordinoitua: viestintä on joustavaa, kun tiimin jäsenet ovat tietoisia toistensa työmäärästä ja mukauttavat viestintäänsä sen mukaisesti. (44a)</p>	
<p>46. Open communication fosters seamless coordinated activities; adaptable communication shows that team members are aware of and adapt to others' workloads, and concise communication promotes efficiency. (44)</p>	<p>Ytimekäs viestintä edistää myös tehokkuutta. (44b)</p> <p>Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset osoittavat, että kommunikaatio on avaintekijä tiimien onnistuneeseen toimintaan ja se on välttämätöntä korkealaatuisen potilaan hoidon onnistumiseksi. (45)</p>	<p>Ytimekäs viestintä edistää tehokkuutta. (44b)</p> <p>Kommunikaatio on avaintekijä tiimien onnistuneeseen toimintaan ja se on välttämätöntä korkealaatuisen potilaan hoidon onnistumiseksi. (45)</p>	
<p>47. Systematic literature reviews indicate that communication is a key feature of successful teams and is essential for high-quality patient care. (45)</p>	<p>Hyvä kommunikaatio mahdollistaa ja helpottaa olennaisia tiimitoiminnan prosesseja kuten koordinaatiota, tilanetietoisuutta, valmennusta ja konfliktien ratkaisukykyä. (46)</p> <p>Kommunikaatio mahdollistaa myös optimaalisen tiimin koordinaation ja suoriutumisen. (47)</p>	<p>Hyvä kommunikaatio mahdollistaa ja helpottaa tiimitoiminnan prosesseja, kuten koordinaatiota, tilanetietoisuutta, valmennusta ja konfliktien ratkaisukykyä. (46)</p> <p>Kommunikaatio mahdollistaa optimaalisen tiimin koordinaation ja suoriutumisen. (47)</p>	
<p>48. Good communication enables and facilitates other fundamental team processes and states, such as coordination, cognition, coaching, and conflict resolution. (46)</p>	<p>Erilaiset kommunikaatiota ja muistamista helpottavat protokollat sekä kaksisuuntainen viestintä kehittävät tiedon siirtoa ja helpottavat tarvittavan informaation esittämistä, koska niiden avulla voidaan varmistaa viestin sisältö ja kuitata informaatio saaduksi. (48)</p>	<p>Kommunikaatiota ja muistamista helpottavat protokollat sekä kaksisuuntainen viestintä kehittävät tiedon siirtoa ja helpottavat informaation esittämistä, koska niiden avulla voidaan varmistaa viestin sisältö ja kuitata informaatio saaduksi. (48)</p>	
<p>49. Communication also enables the behavioral skills necessary for optimal coordination</p>			

<p>and team performance. (47)</p> <p>50. Communication is improved by information exchange protocols that facilitate presentation and recall and closed-loop communication to acknowledge receipt of information and verify content. (48)</p> <p>51. Closed-loop communication is particularly important in stressful context and when the intended recipient is not clear. (49)</p> <p>52. This style of communication ensures that the team has shared goals, expectations, situation awareness, and plan execution. (50)</p> <p>53. Structured communication techniques, such as using words for letters (alpha, bravo, charlie) or saying the individual digits of numbers ("one one" instead of eleven, which sounds like "seven") can reduce ambiguity, enhance clarity, and specify the intended recipient. (51)</p> <p>54. Nevertheless, structured communication protocols are commonly part of the core curriculum of</p>	<p>Kaksisuuntainen viestintä on erityisen tärkeää stressaavissa tilanteissa ja silloin, kun viestin vastaanottajaa ei tunneta. (49)</p> <p>Tämän tyylinen kommunikatio varmistaa, että tiimillä on yhteinen päämäärä, odotukset, tilanetietoisuus ja toimintasuunnitelma. (50)</p> <p>Strukturoidut kommunikatiotekniikat, kuten sanojen käyttäminen kirjaimina (aatami, bertta, celcius) tai yksittäisten numerojen sanominen ("yksi yksi" yhdentoista sijasta) voi vähentää monimerkityksellisyttä, tehostaa selkeyttä ja täsmentää viestin vastaanottajan. (51)</p> <p>Siitä huolimatta strukturoidut viestintäprotokollat , jotka vähentävät virheitä ja kuolleisuutta, ovat tavallisesti ydinosa tiimien koulutusohjelmia. (52)</p> <p>Muut tutkimukset ovat osoittaneet, että tilanneselostus vähentää häiriötekijöitä ja sekasortoa, tehostaa tiimin suoriutumista ja voi vähentää komplikaatioita, vaikka psykologiset ja kulttuuriset esteet ovat estäneet näiden käytäntöjen laajaa soveltamista. (53)</p>	<p>Kaksisuuntainen viestintä on erityisen tärkeää stressaavissa tilanteissa ja silloin, kun viestin vastaanottajaa ei tunneta. (49)</p> <p>Kommunikaatio varmistaa, että tiimillä on yhteinen päämäärä, odotukset, tilanetietoisuus ja toimintasuunnitelma. (50)</p> <p>Strukturoidut kommunikatiotekniikat, kuten sanojen käyttäminen kirjaimina tai yksittäisten numerojen sanominen voi vähentää monimerkityksellisyttä, tehostaa selkeyttä ja täsmentää viestin vastaanottajan. (51)</p> <p>Strukturoidut viestintäprotokollat , jotka vähentävät virheitä ja kuolleisuutta, ovat ydinosa tiimien koulutusohjelmia. (52)</p> <p>Tilanneselostus vähentää häiriötekijöitä ja sekasortoa, tehostaa tiimin suoriutumista ja voi vähentää komplikaatioita, vaikka psykologiset ja kulttuuriset esteet ovat estäneet näiden käytäntöjen laajaa soveltamista. (53)</p>	
---	--	--	--

<p>team training programs that are effective in reducing errors and mortality. (52)</p> <p>55. Other studies have demonstrated that briefings reduce distractions and flow disruptions, enhance team performance, and may reduce complications, although widespread implementation of these practices has been hindered by psychological and cultural impediments. (53)</p> <p>56. Simulation is a promising tool for assessing and training surgical personnel in non-technical skills, including communication, cooperation, coordination, cognition, conflict resolution, and coaching, as well as the relationship between technical and nontechnical skills. (54)</p> <p>57. A climate of teamwork and collaboration, along with safety-minded work process and communication styles that focus on error prevention, is ideal, allowing those in high-risk clinical environments such as cardiac surgery and prevent patient harm. (55)</p>	<p>Simulaatio on lupaava työkalu kirurgisen henkilöstön ei-tekni- sten taitojen arvioimiseksi ja kouluttamiseksi, kuten viestinnän, yhteistyön, koordinaation, kognition, konfliktien ratkaisemisen ja valmennuksen sekä tekni- sten ja ei-tekni- sten taitojen yhdistämiseksi harjoittelussa. (54)</p> <p>Tiimityöskentely ja yhteistyö sekä turvallisuutta edistävät työprosessit ja viestintätyylit, jotka painottavat virheiden ennaltaehkäisyä, ehkäisevät potilaisiin kohdistuvia haittoja korkean riskin/ vaativissa toimenpiteissä kuten sydänleikkauksissa. (55)</p> <p>Tehokaan ihmisten välisen viestinnän tulee olla tiivistä ja selkeää, eikä siihen riitä pelkkä kyky keskustella muiden ihmisten kanssa. (58)</p> <p>Kaksisuuntainen viestintä sisältää seuraavat osa-alueet: (1) viesti osoitetaan vastaanottajalle, (2) viesti otetaan vastaan kuittaamalla se vastaanotetuksi ja (3) viestinnän aloittaja tupla varmistaa, että viesti on vastaanotettu oikein. (59)</p>	<p>Simulaatio on lupaava työkalu ei-tekni- sten taitojen arvioimiseksi ja kouluttamiseksi, kuten viestinnän, yhteistyön, koordinaation, kognition, konfliktien ratkaisemisen ja valmennuksen sekä tekni- sten ja ei-tekni- sten taitojen yhdistämiseksi harjoittelussa. (54)</p> <p>Tiimityöskentely ja yhteistyö sekä turvallisuutta edistävät työprosessit ja viestintätyylit, jotka painottavat virheiden ennaltaehkäisyä, ehkäisevät potilaisiin kohdistuvia haittoja korkean riskin toimenpiteissä. (55)</p> <p>Tehokaan viestinnän tulee olla tiivistä ja selkeää, eikä siihen riitä pelkkä kyky keskustella ihmisten kanssa. (58)</p> <p>Kaksisuuntainen viestintä sisältää seuraavat osa-alueet: viesti osoitetaan vastaanottajalle, viesti otetaan vastaan kuittaamalla ja viestinnän aloittaja varmistaa, että viesti on vastaanotettu oikein. (59)</p>	
--	--	---	--

<p>58. Effective human communication involves more than the ability to simply converse with others, and that clear and concise communication is critical. (58)</p>	<p>Tämän tyyppisellä viestinnällä varmistetaan, että viesti saavuttaa oikean henkilön ja että vastaanottaja on ymmärtänyt viestin oikein. (60)</p>	<p>Viestinnällä varmistetaan, että viesti saavuttaa oikean henkilön ja että vastaanottaja on ymmärtänyt viestin oikein. (60)</p>	
<p>59. Closed-loop communication involves the following sequence of actions: (1) sender initiates message; (2) receiver accepts message and provides feedback that it was received; and (3) sender double checks to ensure that message was received as intended. (59)</p>	<p>Kun tietoa tulee useista lähteistä useille vastaanottajille, kuten leikkausalissa, suljetun silmukan viestintä voi olla erottava tekijä tehokkaiden ja tehottomien ryhmien välillä. (61)</p>	<p>Kun tietoa tulee useista lähteistä useille vastaanottajille, kaksisuuntainen viestintä voi olla erottava tekijä tehokkaiden ja tehottomien ryhmien välillä. (61)</p>	
<p>60. This type of communication has built-in check to ensure that not only does the communication get to the required person, but that the intended message sent was the same one received. (60)</p>	<p>Ongelmat viestinnässä voivat johtaa muun muassa virheelliseen viestien muodostamiseen, ymmärtämiseen ja välittymiseen. (62)</p>	<p>Ongelmat viestinnässä voivat johtaa virheelliseen viestien muodostamiseen, ymmärtämiseen ja välittymiseen. (62)</p>	
<p>61. When multiple sources of information as well as multiple recipients are present, such as in the OR, closed-loop communication can differentiate between effective and ineffective teams. (61)</p>	<p>Aiemmat tutkimukset osoittavat, että avoimet, kontekstista irralliset viestiketjut tai viivästyneet viestit voivat vaikeuttaa tiedon välitystä. (63)</p>	<p>Avoimet, kontekstista irralliset viestiketjut tai viivästyneet viestit voivat vaikeuttaa tiedon välitystä. (63)</p>	
<p>62. Communication difficulties can result, among other</p>	<p>Ohjelma, jossa opetetaan tiimityöskentelyä ja kommunikaatiotaitoja on yksi tapa, jolla voidaan kehittää leikkausryhmän jäsenten välistä kommunikaatiota. (64)</p>	<p>Ohjelma, jossa opetetaan tiimityöskentelyä ja kommunikaatiotaitoja on tapa, jolla voidaan kehittää leikkausryhmän jäsenten välistä kommunikaatiota. (64)</p>	

<p>factors, in defective encoding or decoding, or in the transmission process itself. (62)</p> <p>63. Previous research and the findings here suggest that communication loops that are open, non-related, or with delayed closure, can be susceptible to information loss. (63)</p> <p>64. A program that teaches teamwork and communication skills is one strategy that may improve communication among members of the operating room team. (64)</p> <p>65. Effective face-to-face communication between professionals is crucial for successful teamwork and essential to high quality patient care. (65)</p> <p>66. Process to improve communication among ED staff should be standardized as much as possible to improve the efficiency of the emergency department by minimizing the time it takes to carry out a patient's treatment plan. (66)</p> <p>67. The Institute of Healthcare Improvement and Team-STEPPS recommend</p>	<p>Tehokas ammattilaisten välinen kommunikaatio on ratkaisevan tärkeää onnistuneen ryhmätyön kannalta ja välttämätöntä korkealaatuisen potilashoidon onnistumiseksi. (65)</p> <p>Ppkl:n henkilökunnan kommunikaatiotaitojen kehittämisprosessi tulisi standardoida mahdollisimman pitkälle, jotta voidaan kehittää tehokkuutta minimoimalla potilaan hoitopolkuun kuluva aika. (66)</p> <p>Terveysthuollon kehittämisen instituutti ja Team-STEPPS suosittelevat, että viestintästrategiat standardoidaan kommunikaation määrän ja laadun lisäämiseksi sekä potilasvahinkojen estämiseksi. (67)</p> <p>Tämän saavuttamiseksi on optimaalista käyttää standardoituja viestintästrategioita, kuten SBAR, jotta edistetään parempia viestintäkäytäntöjä henkilöstön välillä. (68)</p>	<p>Tehokas kommunikaatio on ratkaisevan tärkeää onnistuneen ryhmätyön kannalta ja välttämätöntä korkealaatuisen potilashoidon onnistumiseksi. (65)</p> <p>Kommunikaatiotaitojen kehittämisprosessi tulisi standardoida mahdollisimman pitkälle, jotta voidaan kehittää tehokkuutta minimoimalla potilaan hoitopolkuun kuluva aika. (66)</p> <p>Viestintästrategiat standardoidaan kommunikaation määrän ja laadun lisäämiseksi sekä potilasvahinkojen estämiseksi. (67)</p> <p>On optimaalista käyttää standardoituja viestintästrategioita, jotta edistetään parempia viestintäkäytäntöjä henkilöstön välillä. (68)</p>	
---	--	--	--

<p>standardizing communication strategies (eg, huddles) to increase the amount and quality of communication, as well as to prevent adverse patient outcomes. (67)</p> <p>68. To accomplish this, it is optimal to use structured communication techniques, such as huddles and the SBAR framework, to promote improved communication between staff members. (68)</p>			
--	--	--	--

Osaamisen itsearviointi sykli 3

Arvioi osaamisesi kehittymistä harjoitellun simulaatiokoulutuksen perusteella

1. Arvioi, mitä viestintään liittyvää osaamistasi kehitit akuutin potilaan simulaation hoitotilanteessa?
2. Kerro, mitä opit akuutin potilaan hoitotilanteen viestintään liittyvistä asioista?
3. Kerro, miten käytät ja sovellat oppimisia viestintästrategioita hoitotyössä?
4. Miten käsityksesi mahdollisesti muuttui viestinnän merkityksestä osana tiimityötä?
5. Saavutitko asetetut oppimistavoitteet (5 viestintästrategiaa) koulutuksen aikana? K/E
6. Miten koulutusta pitää tulevaisuudessa kehittää, jotta se edistää potilaan hoitotilanteissa tarvittavaa viestintäosaamistasi?
7. Muuta palautetta järjestetystä koulutuksesta ja sen sopivuudesta viestintäosaamisen kehittämiseen?

Viestintä moniammatillisessa tiimissä

20.11.2019 Sanni Vuorinen

Kaikki toiminta perustuu strategiaan

Tavoitteena edistyksellinen, nykyaikainen ja vaikuttava hoito sekä yhdenmukaiset toimintamallit
→ Henkilöstön osaamisen kehittäminen



1/10 kärsii **haittatapahtumasta**



1/100 saa **vakavan haitan**



1/1000 **kuolee** haittatapahtuman seurauksena



Kustannukset yhteiskunnalle miljardi euroa vuosittain – vähintään puolet ehkäistävissä vaara- ja haittatapahtumista oppimalla, riskejä ennakoiden, toiminnan järjestelmällisellä johtamisella ja seurannalla sekä koulutuksen ja tutkimuksen avulla



Potilasvahingoista maksetaan potilaille lisäksi 40 miljoonaa euroa vuosittain

Miksi pitää kehittää?

Virheet ovat inhimillisiä

- **Inhimilliset tekijät** (human factors) – ihmisestä lähtöisin olevat tekijät, jotka vaikuttavat työn turvalliseen suorittamiseen → **inhimilliset virheet**
- Jopa 70% terveydenhuollon häirtapahtumista johtuu inhimillisistä tekijöistä – näistä jopa 65% liittyy viestintään
- Työtapoja tulee pyrkiä muuttamaan niin, että riskejä ja vaaratilanteita tunnistetaan sekä ennakoidaan

Ei-tekniset taidot

- Viime vuosina **ei-tekniisiä taitoja** (non-technical skills) on tutkittu paljon ja ymmärretty niiden liittyvän vahvasti potilasturvallisuuteen.
- Ei-tekniisiä taitoja ovat tiedolliset ja sosiaaliset taidot, kuten
 - kommunikaatio
 - aktiivinen kuunteleminen
- Häirtapahtumat johtuvat useimmiten juuri näiden ei-tekniisten taitojen puutteista
- Ei-tekniisistä taidoista kommunikaatio on tärkein keino yhteistyöhön perustuvan potilasturvallisuuden hallinnassa.

Moniammatillinen yhteistyö

- Mitä suurempi ryhmä ja monimutkaisempi tehtävä, sitä epäselvempi on yksilön käsitys omasta vastuusta
- Oletetaan, että joku tekee – kukaan ei tee
- Toimintamallit ovat käytännön rutiiniossa potilasturvallisuuden perusta – tunnistetaan riskit ja suunnitellaan toiminta
- Kaikkein tärkein elementti on toimiva kommunikaatio

Yhteistyön ongelmia



Epäselvä työnjako



Epätasainen työn kuorma



Puutteellinen ennakointi ja yhteisen tilannekuvan ylläpito



Epäselvä tavoitteiden asettaminen



Avointa kommunikaatiota huonosti tukeva ilmapiiri

Onnistunut tiimityö ei onnistu itsestään – se vaatii erityisosaamista

- Hyvin toimivan tiimin ei tarvitse kommunikoida keskenään?
 - Toimintatavat ovat tulleet tutuiksi, osataan ennakoida...
 - Mutta entä sitten, kun tilanne ei etenekään, kuten tavallisesti?
- Mitä vähemmän tiimi kommunikoi, sitä suuremmaksi nousee kynnyks ottaa asioita puheeksi
- Suullinen viestintä on erityisen herkkää ympäristön häiriöille ja virheellisille tulkinnoille
- Heikon tiimityön taustalla ovat usein puutteet viestinnässä – erottaa tehottomat tiimit tehokkaista
- Kommunikaation määrä korreloi suoraan positiivisesti potilasturvallisuuteen

Miten sitten kommunikoida turvallisuuskriittisessä tilanteessa?

Viestinnän tulee olla yksiselitteistä ja –tulkintaista

- Ei ole oletta, että muut tietävät mistä puhutaan.
- "Paljonko annoit sitä?" vs. "Kuinka paljon annoit Niimbexiä?"

Selkeyteen ja esittämistapaan tulee kiinnittää huomiota

- Anna vastaanottajalle selkeä viesti, mitä tehdä ja kuka toiminnasta vastaa

Kaksisuuntainen viestintä

- Varmista, että viesti on otettu vastaan ja ymmärretty oikein

Eiä käytä epäsuoraa viestintää

- Eiä vihjaile
- Paljonkohan se määrätty annos oli? Vs. Minusta tipan nopeus on liian suuri.

Ajoita viestintä oikein

- Niin, että vastaanottaja voi keskittyä kuuntelemaan
- Kiireellinen tieto sanotaan välittömästi

Esitä mielipiteesi määrätietoisesti

- Uskalla tuoda esiin havaintosi ja kaikki saatavilla oleva tieto tulee huomioiduksi

Kuuntele aktiivisesti

- Ilmaise kuuntelevasi ja ymmärtäväsi – varmista tärkeät tiedot

Ei tarvita taikatemppuja, vaan yksinkertaisia näyttöön perustuvia työkaluja

Kaksisuuntainen viestintä – closed loop communication

- Erityisesti turvallisuuden suhteen kriittisille aloille kehitetty viestintäteknikka
- Osa viesteistä saattaa jäädä yksisuuntaisessa viestinnässä vastaanottajalta kuulematta tai se ymmärretään väärin
- Ei oleteta viestin menneen oikein perille, vaan siitä pitää saada vahvistus
- Vastaanottaja ei pelkästään vastaanota viestiä, vaan myös kuittaa lähettäjältä saamansa tiedon – näin hän sulkee tiedonkulun ympyrän
 - Lääkäri: Anna 1 mg adrenaliinia iv
 - Sairaanhoitaja: Annan 1 mg adrenaliinia iv
 - Lääkäri: Kyllä
- Kuittauksen tulee olla riittävän täsmällinen
 - "ok" tai "joo" eivät riitä

Esimerkki lääkityspoikkeamasta

- Lääkärin määräys oli 2 mg Nimbexiä i.v.
- Potilas sai 2 mg Midazolamia i.v.
- Mitä tapahtui?
- Ongelmat:
 - Määräystä ei kohdennettu, se annettiin ilmaan
 - Määräyksen vastaanottaja ei kuitannut saamaansa määräystä
 - Määräys toteutettiin ilman varmaa tietoa

Kohdennettu viestintä

- Kohdennetaan viesti oikealle henkilölle esim. käyttämällä henkilön nimeä, katsomalla silmiin tai osoittamalla kädellä
- Toimiessa vieraassa yksikössä nimen tai muun tunnusteen (esim. MET-liivi) tulee olla näkyvillä

Briefing

- Yhteinen "kokoontuminen" ennen tietyn työvaiheen tai toimenpiteen aloittamista
- Käydään läpi toimintasuunnitelma, työnjako, kriittiset vaiheet, riskit ja niihin varautuminen sekä toiminta ongelmatilanteessa
- Sisältö voi vaihdella tilannekohtaisesti
- Tarkoitus on varmistaa, että koko tiimi ovat tilanteen tasalla ja riskit tiedostetaan


Call-Out


- Viestitään tärkeää tietoa kriittisissä tilanteissa
- Esimerkiksi hätätilanteessa potilaanvitaalinelintoimintojen muutoksista ilmoitetaan riittävän kovaan ääneen, jotta tieto on koko tiimin saatavilla
- Tärkeä tieto voidaan suunnata myös yksittäiselle henkilölle, jonka vastuulla kyseinen toiminto on
- Helpottaa koko tiimiä ennakoimaan seuraavia vaiheita potilaan hoidossa ja valmistautumista niihin


Milloin pitäisi kommunikoida?


- Aina, kun käy mielessä, että asiasta olisi hyvä sanoa
- Aina, kun välitetään potilasturvallisuuden kannalta oleellista tietoa ja riski ymmärtää väärin on olemassa
- Esim. suulliset lääkemääräykset, tutkimus- ja hoito-ohjeet
- Liika viestintä ei ole toistaiseksi osoittautunut potilasturvallisuusriskiksi


5 työkalua pakkiin

 Kaksisuuntainen viestintä

 Kohdennettu viestintä

 Briefing

 Time Out / Aikalisä

 Call Out

Lähteet

- Aaltonen, M. & Rosenberg, P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- BSC teho- ja valvontaosasto 2019.
- Gordon, M., Darbyshire, D. & Baker, P. 2012. Non-technical skills training to enhance patient safety: a systematic review. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23078681>
- Hautamäki R. 2014. Kommunikointi ja vaaratapahtumat. Tehohoito (2) 32, 116 - 119.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.
- Härgestam M., Lindkvist, M., Brulin, C., Jacobsson, M. & Hultin, M. 2013. Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during in situ trauma team training. Viitattu 10.1.2020 <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/2013/e00525.full.pdf>
- Jones, C., Fawker-Corbett, J., Groom, P., Morton, B., Lister, C. & Mercer J. 2018. Human factors in preventing complications in anesthesia: a systematic review. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/anae.14436>
- Kemper, P., Brujine, M., Van Dyck, C. & Wagner, V. 2011. Effectiveness of classroom based crew resource management training in the intensive care unit: study design of a controlled trial. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/303>
- Liaw, S., Zhou, W., Lau, T., Siau, C. & Chan, S. 2014. An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for deteriorating patient. Viitattu 3.2. 2020 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2318067>
- Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017 – 2021. 2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2017/9. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/8032/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Potilasturvallisuutta taidolla –ohjelma. N.d. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. https://thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_final_180811.pdf
- Potilasturvallisuuskeskukselle ilmoitetut tapaukset ratkaisuvuosittain vuosilta 2013–2018. 2018. Potilasturvallisuuskeskus. file:///C:/Users/cannuvu/AppData/Local/Packages/Microsoft.Windows.Common-Search/TempState/Downloads/PK_vuosiraportti_2018
- Saarinen, Paakkonen, Vaajoki, Aura & Tossavainen 2012. Simulaatio-oppiminen Itä-Suomen yliopiston hoitotieteiden laitoksella. Pro terveys 1/2012.

Simulaation suunnittelulomake

Kohderyhmä:

Teho- ja valvontaosaston henkilökunta. Kolme hoitajaa ja yksi lääkäri.

Simulaation tavoitteet:

Kaksisuuntaisen viestinnän, kohdennetun viestinnän, briefingin, call outin ja time outin tarkoituksen ymmärtäminen ja toiminnan hallitseminen käytännössä.

Harjoittelun aihe:

Hengitysvajauspotilaan hoito

Toimintaympäristö:

Teho- ja valvontaosasto. Potilas tehohoitoaikalla.

Osallistujien roolit:

Yksi hoitaja on potilaan omahoitaja, joka keskittyy kirjaamiseen sekä tilanteen kokonaiskuvan hallintaan. Kaksi muuta hoitajaa keskittyvät potilaan hoitamiseen/hoitotoimenpiteisiin ja lääkärin avustamiseen. Tilanteen johtamisesta vastaa lääkäri

Potilas (simulaattori/oikea ihminen):

Simulaationukke

Tarvittava välineistö:

Sama välineistö, kuin yleensä potilaan hoidossa.

Potilaan esitiedot:

Potilas on 50-vuotias perusterve nainen, jolla on hengitystieinfektio-oireita.

Tilannetiedot:

Potilaan hengitysäänet olivat hiljentyneet oikealta puolelta. Verenpaine on 90/66, syke 124 ja happisaturaatio 92%. Sydänfilmissä sinusrytmi.

Potilaan status tavattaessa:

Hengitysvajauksesta kärsivä potilas, joka on tajuissaan, mutta voipunut. Hengitysfrekvenssi 30. Verenpaine ja happisaturaatio laskevat edelleen.

Tilanteen kulku:

Happisaturaatio laskee koko ajan pakottaen osallistujat tekemään päätöksen intubaatiosta ja elintoimintojen turvaamisesta.

Simulaation aloitus (mikä on alkutilanne, miten osallistujat informoidaan?):

Harjoitus käynnistyy, kun osallistujille annetaan esitiedot välittömästi saapuvasta tehohoitopoti-laasta ja tehohoitotiimi on valmiina vastaanottamaan potilaan.

Simulaation päätös (milloin simulaatio päätetään?):

Harjoitus päättyy, kun potilaan hengitystiet on saatu turvattu.

Simulaation suunnittelulomake

Kohderyhmä:

Teho- ja valvontaosaston henkilökunta. Neljä hoitajaa ja yksi lääkäri.

Simulaation tavoitteet:

Kaksisuuntaisen viestinnän, kohdennetun viestinnän, briefingin, call outin ja time outin tarkoituksen ymmärtäminen ja toiminnan hallitseminen käytännössä.

Harjoittelun aihe:

Hengitysvajauspotilaan hoitaminen teho-osastolla.

Toimintaympäristö:

Teho- ja valvontaosasto. Potilas tehohoitohuoneessa.

Osallistujien roolit:

Yksi hoitaja on potilaan omahoitaja. Kaksi muuta hoitajaa toimivat tilanteen edellyttämällä tavalla joko lääkärin työpareina tai muissa hoidollisissa tehtävissä. Yksi osallistuja tarkkailee tilannetta ja seuraa miten viestintästrategioita käytetään simulaation aikana.

Potilas (simulaattori/oikea ihminen):

Simulaationukke

Tarvittava välineistö:

Sama välineistö, kuin nyleensä potilaan hoidossa.

Potilaan esitiedot:

Kyseessä on 65-vuotias mies, jolla keuhkohtaumatauti, emfyseema ja sepelvaltimotauti. Potilas on tupakoinut pitkään, lopettanut 2 vuotta sitten. Kyseessä kotona asuva ja omatoiminen mies. Potilas kuumeillut kaksi päivää ad. 38,5. Yskää. Tullut tyttären kyydillä päivystyspoliklinikalle pahentuneen hengenahdistuksen vuoksi.

Lääkitys: Bisoprolol 5mg x 2, Simvastatin 40mg x 1, Primaspan 100mg x 1, Spiriva, Seretide.

Tilannetiedot:

Päivystyspoliklinikalle tullessa potilaan yleistila on heikentynyt. Puhuu katkonaisia lauseita. SpO2 88%. RR 85/50. P 134. HF 35. Ekg:ssä flimmeri, joka on uusi löydös. Ei tietoa sen kestosta. Thorax-kuvassa pneumoniset muutokset oikealla. Aloitettu hapenanto maskilla 4 l/min.

Laboratoriotulokset: pvk:ssa leuk 12, crp 280, Na 132, K 3,3, Alat 150, tnt 35, pro-bnb 1200, pika-influenssa negatiivinen.

Siirtyy jatkohoitoon teho-osastolle hengitysvajauksen hoitoon.

Potilaan status tavattaessa:

- Tullessa potilas asiallinen, mutta voipunut. HF 38, spO2 86%, RR 79/45. P 140, rytmi edelleen flimmerissä
- UÄ löydökset: vatsaontelossa ei vapaata nestettä, pleuroissa ei nestettä, pneumoniapuoli (oik.) näyttää tiiviiltä, maksan laskimot sormimaiset, alaonttolaskimo isokaliberinen, pieni hengitysvariaatio, sydämen lokerot kunnossa, oikea puoli hieman kookkaampi ja eteiset isot
- kaulalaskimot näkyvissä, kun potilas on puoli-istuvassa asennossa, niissä on hengitysvariaatio
- potilas yskii limaa ja ruskeita ysköksiä

Verikaasuanalyysi:

pH 7,32
O₂ 7,0
Co₂ 6,2
Na 133
K 3,2
Ca 1,1
Lac 3,4
Be - 4,6
HCO₃ 30

Tilanteen kulku:

Potilaan vointi heikkenee koko ajan. Happeutumisen huononee ja hengitystyö lisääntyy. Potilas alkaa yskäistä verta maskiin, jonka jälkeen potilaan tila romahtaa. Verenpaine laskee ja tajunta heikkenee. Potilas menee sekavaksi ja irrottelee seurantalaitteita.

Simulaation aloitus (mikä on alkutilanne, miten osallistujat informoidaan?):

Tilanne alkaa siitä, kun potilas on juuri siirretty päivystyspoliklinikan paareilta teho-osaston sänkyyn. Koko hoitotiimi on läsnä.

Simulaation päätös (milloin simulaatio päätetään?):

Simulaatio päätetään, kun potilas on kytketty respiraattoriin.

SIMULAATIOTILANTEESSA TAPAHTUVAN HOITOHENKILÖSTÖN VIESTINNÄN ARVIOINTI

Arvioinnin tekijä:	
Päivämäärä:	
Simulaation aihe:	

Merkitse rastilla (X), miten viestintä on toteutunut.

KYSYMYS	KYLLÄ	EI	OSIT-TAIN	Huomioita
Onko viestintä kaksisuuntaista?				
A) Vahvistaako vastaanottaja viestin?				
B) Kuittaako viestin lähettäjä saaneensa vahvistuksen?				
C) Onko viestintä kohdennettua?				
D) Onko viestintä kohdennettu käyttämällä nimeä/osoittamalla kädellä/katsomalla silmiin?				
Käyttääkö tiimi briefing -menetelmää?				
E) Tekeekö tiimi toimintasuunnitelman?				
F) Jakaako tiimi työtehtävät?				
G) Kartoittaako tiimi toiminnan kriittiset vaiheet?				
H) Tuoko tiimi esille mahdolliset riskit tilanteessa?				
I) Tehdäänkö varasuunnitelma ongelmatilanteiden varalle?				
Käyttääkö tiimi call out –menetelmää tarvittaessa?				
J) ilmoitetaanko kriittisistä tilanteista ääneen niin, että tieto on jokaisen tiimiläisen saatavilla?				
Käyttääkö tiimi time out -menetelmää?				
K) Ottako tiimi tarvittaessa "aikalisän" ja palauttaa yhteisen tilannekuvan?				
Muita havaintoja viestinnästä simulaatiossa:				

Taulukko 8. Ratkaisuehdotusten ryhmittely, luokittelu ja käsitteellistäminen

Estävien tekijöiden luokat	Ratkaisuehdotusten ryhmittely pelkistetyistä ilmauksista	Ratkaisujen luokittelu ja käsitteellistäminen
<p>A. Osaaminen (1, 2, 3)</p>	<p>1a avoin keskustelu 1b pyydetään anteeksi 1d avoimuus, sallivuus 2a hyväksytään erilaisia ihmisiä 2b avoin ohjausilmapiiri 2c muistetaan, että itsekin oltu aloitteleva 2d jokaista tarvitaan 3a tehdään hyvää yhteisen tavoitteen eteen 3b pyritään ajattelemaan positiivista 3c tiimijattelu 3d tehdään asioita potilaan parhaaksi 3e perustehtävä</p> <p>1c opetellaan 2e koulutus, ohjaus, perehdytys</p>	<p>I. Työyhteisötaidot (1a, 1b, 1d, 2a, 2b, 2c, 2d, 3a, 3b, 3c, 3d, 3e)</p> <p>II. Tietotaidon kehittäminen (1c, 2e)</p>
<p>B. Toimintakulttuuri (4, 5, 6)</p>	<p>4a keskustelu 4b velvoitetaan toimimaan sovitulla tavoilla 4c keskustella 5c yhteinen hyvä 5f samojen periaatteiden mukaan 6a oikea tapa toimia 6b yhteiset pelisäännöt 6c tiimihengen vahvistaminen 6e avoin ilmapiiri 6f hiljaisemmat saavat äänensä kuuluviin 6g hyvä porukka</p> <p>5d potilasturvallisuus 5a koulutus, motivointi 5b asian markkinoiminen 5e kehittyminen</p>	<p>III. Yhteistyö (4a, 4b, 4c, 5c, 5f, 6a, 6b, 6c, 6e, 6f, 6g)</p> <p>IV. Osaamisen kehittäminen (5d, 5a, 5b, 5e)</p>
<p>C. Muutoksen hallinta (7, 8)</p>	<p>7a keskustellaan 7b perustellaan 7c yhdessä pohtien ja päättäen 8c tiedottaminen</p> <p>8a tuodaan asioita hiljalleen</p>	<p>V. Vuorovaikutus (7a, 7b, 7c, 8c)</p>

	<p>8f asiat, jotka vievät potilas- turvallisuutta eteenpäin, hel- pottavat väsyneitä jaksamaan</p> <p>8d positiivisen ilmapiirin luo- minen</p> <p>8b tsempataan</p> <p>8e yhdessä hyvää</p>	<p>VI. Jaksamisen tukeminen (8a, 8f)</p> <p>VII Ilmapiiri (8d, 8b, 8e)</p>
<p>D. Henkilöstöressit (9, 10, 11)</p>	<p>9a vetovoiman vahvistaminen</p> <p>9b sijaisten pitäminen</p> <p>9c kuva tehosta positiivinen</p> <p>9e sijaisia</p> <p>11a rekrytoinnin onnistuminen</p> <p>11b sitoutetaan</p> <p>11c ymmärtämään tehohoidon sisältö, tehtävät sekä vastuu</p> <p>11d sijaiset pitämään tehotyös- kentelystä</p> <p>10a opintopiirit ja toiminnan käyttöönotto</p> <p>10b hiljaisten hetkien hyödyn- täminen</p> <p>10c vastualueiden kiertämi- nen</p> <p>10d uusia ihmisiä mukaan vas- tuualueisiin</p>	<p>VIII. Rekrytoinnin vahvista- minen (9a, 9b, 9c, 9e, 11a, 11b, 11c, 11d)</p> <p>IX. Osaamisen vahvistaminen (10a, 10b, 10c, 10d)</p>