

Sari Franssi & Satu Järvelä

”TULIKO KAIKKI SANOTTUA?”

Havainnointitutkimus suullisesta raportoinnista

”TULIKO KAIKKI SANOTTUA?”

Havainnointitutkimus suullisesta raportoinnista

Sari Franssi
Satu Järvelä
Opinnäytetyö
Syksy 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Franssi, Sari & Järvelä, Satu
Opinnäytetyön nimi: ” Tuliko kaikki sanottua? ” Havainnointitutkimus suullisesta raportoinnista.
Työn ohjaajat: Konu, Maarit & Niemelä, Eija
Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Syksy 2015
Sivumäärä: 51 + 6 liitesivua

Laadukkaassa ja turvallisessa hoidossa tiedonkulku on yksi perustekijä. Yleisiä haittapahtumien syitä ovat tiedonkulun katkeaminen tai väärin ymmärtäminen esimerkiksi potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Suullinen raportointi on tavallisin tiedonvälityskeino kertomaan potilaan tilasta. Opinnäytetyössämme käsittelemme suullista raportointia siirtotilanteissa. Opinnäytetyön tarkoitus, oli kuvailla, miten hoitajat raportoivat suullisesti potilaan siirtyessä jatkohoitoon ja toteutuiko ISBAR:ssa käytettävät osa-alueet raportointi tilanteissa.

Tutkimuksen toteutimme laadullisella tutkimusmenetelmällä havainnoimalla raportointitilanteita yhdellä tehoosastolla. Havainnoinnissa käytimme havainnointilomaketta, joka oli koottu apuna käyttäen strukturoitua raportointimalli ISBAR:ia. Havainnointiin osallistui kaksi tutkijaa, millä paransimme tutkimuksen luotettavuutta. Havainnoimme 10 siirtoraporttia ja kaikki tutkimuksen havainnoitavat olivat sairaanhoitajia.

Suullista raportointia toteutettiin suhteellisen hyvin. Potilaan taustatiedot ja nykytilanne tulivat tuloksissa hyvin esille. Raportin antaja antoi lisäksi erilaisia toimintaehdotuksia potilaan hoitoon liittyen ja raportin vastaanottaja varmisti hyvin raportin ymmärryksen. Raportoinnissa tuli esille potilasturvallisuutta heikentäviä tekijöitä. Potilaan tunnistamisessa oli puutteita ja raporttitilanteissa oli paljon häiriötekijöitä. Potilasturvallisuutta ja samalla suullisen raportoinnin kehittämistä tulisi jatkaa. ISBAR-raportointimallia voisi tuoda tutuksi järjestämällä koulutusta ja soveltamalla sitä osastolle sopivaksi.

Asiasanat: suullinen raportointi, potilasturvallisuus, ISBAR

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Authors: Franssi, Sari & Järvelä, Satu

Title of thesis: "Did you remember to mention everything?" observation study about oral reporting

Supervisors: Konu, Maarit & Niemelä, Eija

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2015

Number of pages: 51 + 6 appendices

The key to producing good quality and safe healthcare is a fluent communication. The most common reason for adverse events is related to the shortcomings or misconception in communication or misunderstandings for example during transfer of the patient to another unit. Oral reporting is the most commonly used way of reviewing the patient's condition. In our thesis, we observe the oral reporting during patient transfers. The goal of this research is to find out what kind of information is given when the patients are transferred to another health care unit, and if there were any kinds of patient safety related issues. The purpose of this thesis is to describe the way how the nurses reported the patients situation orally while the patient's were transfered to the further care and whether the sections of the ISBAR reporting model were fulfilled during these situations.

We made the research by observing the patient transfer situations. We used observation form that is based on ISBAR structured report model. We had 2 researchers participating on observing the transfer situations to increase the credibility of our research. We observed 10 different patient transfer situations and all the study were nurses.

Oral reporting was executed relatively well. Patients background and current condition were presented very well. In addition of giving basic report, the patients deliverer also gave some suggestions for the patients care and the report receiver verified the understanding of the report well. The oral reporting revealed some patient security related issues. Patient indentification and the repoting situations, there were alot of disturbances. Further development of oral reporting and patient security should be continued. ISBAR-report model should be bring the familiar by giving the staff education of the matter and develop the model to fit various healthcare units.

Keywords: oral reporting, patient security, ISBAR

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	3
ABSTRACT	4
1 JOHDANTO	7
2 POTILASTURVALLISUUS	10
2.1 Potilasturvallisuuden vaarantavia tekijöitä	11
2.2 Ongelmat tiedonkulussa	11
2.3 Potilasturvallisuussuunnitelma	12
2.4 World Health Organization:n ehdotukset potilasturvallisuuden edistämiseen	14
3 SUULLINEN RAPORTOINTI TIEDONVÄLITYKSESSÄ	16
4 ISBAR – MENETELMÄ	19
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	30
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	31
6.1 Kvalitatiivinen tutkimus	31
6.2 Havainnointi tutkimusmetodina	31
6.3 Aineiston kerääminen	32
6.4 Aineiston analysointi	34
7 TUTKIMUSTULOKSET	35
8 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	37
9 POHDINTA	40

9.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	41
9.2 Kehittämis ja jatkotutkimushaasteet	44
9.3 Oma oppiminen	44
LÄHTEET	46
LIITTEET	52

1 JOHDANTO

ISBAR- menetelmä on yksi keino yhdenmukaistaa ja parantaa suullista tiedonkulkua eri terveydenhuollon toimintaympäristöissä (Sairaanhoitajaliitto 2014, viitattu 20.8.2014). Suullinen raportointi on tärkeää hoidon jatkuvuuden kannalta sekä potilas- ja työturvallisuuden kannalta. Selkeä ja yhdenmukainen suullinen raportointi parantaa potilasturvallisuutta, koska näin kaikki oleellinen tieto potilaasta tulee kerrottua niin, että raportin vastaanottajalle ei oletettavasti jäisi mitään epäselvää. (Leonard, Graham & Bonacum 2004, viitattu 10.11.2014.)

Tutkimukseemme saimme aiheen toisen tutkimuksen tekijän ollessa harjoittelussa yhdellä teho-osastolla. Hän huomasi suullisessa raportoinnissa olevan monia eri käytäntöjä ja ehdotti osastolle opinnäytetyön aiheeksi raportointimalli ISBAR:ia. Osastolla innostuttiin aiheesta ja tämän myötä lähdimme pohtimaan tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitetta. Myöhemmin saimme vielä lisävarmistuksen siihen, että tällaiseen tutkimukseen on tarvetta kyseisellä osastolla. Tavatessamme ensimmäistä kertaa osaston henkilökuntaan kuuluvia henkilöitä, kävi ilmi, että ajoittain on ollut ongelmia suullisessa raportoinnissa potilaan siirtyessä heiltä jatkohoitoon. Osastolta saamamme tiedon mukaan läheltä piti tilanteita on tullut, mutta potilasvahingoilta on säästyty. Nämä läheltä piti tilanteet olisivat olleet ainakin osittain estettävissä, jos suullinen raportointi olisi ollut yhtenäistä henkilökunnan välillä. Kommunikointiin ja tiedonkulkuun liittyvät ongelmat lisäävät haittatapahtumariskiä ja vaarantavat pahimmassa tapauksessa potilasturvallisuuden (Leonard ym. 2004, viitattu 10.11.2014). Erilaiset tutkimukset myös tämän osoittavat.

Potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettelyyn käytetään tietoteknistä työkalua HaiProota. HaiPro on käytössä yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. ”Käyttäjäyksiköiden koko vaihtelee terveyskeskuksesta sairaanhoitopiiriin”. HaiPro-raportointijärjestelmää käytetään toiminnan kehittämiseen yksiköiden sisäisessä käytössä. (Awanic Oy 2014, viitattu 8.3.2015.)

Vuonna 2007-2009 tehdyssä tutkimuksessa kuvataan HaiPro raportointijärjestelmän ilmoituksia ja pohditaan yksiköiden sisäiseen kehittämiseen tähtäävän raportointimenettelyn roolia ja mahdollisuuksia potilasturvallisuuden kansallisessa kehittämisessä ja seurannassa. (Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 2011, viitattu 8.3.2015.)

Tutkimusaineiston muodostivat HaiPro-tietokantaan 36 käyttäjäorganisaatiosta vuosina 2007–2009 välillä kertyneet 64405 ilmoitusta potilasturvallisuuden vaarantumisesta. Tulosten mukaan 51 % ilmoitetuista tapahtumista liittyivät lääkkeisiin ja lääkitysprosessiin. Kaikista ilmoitetuista tapahtumista tapaturmien ja tiedonvälityksen puutteiden osuus oli yhteensä neljäsosa. ”Potilaalle ei yleensä aiheutunut haittaa”. Vakavia haittoja oli liittynyt 1%:iin kaikista ilmoitetuista tapahtumista. (Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 2011, viitattu 8.3.2015.)

Tiedonkulussa ja kommunikoinnissa sekä toimintavoissa todettiin usein ongelmia, jotka haittatapahtumariskiä lisäsivät. Henkilö ei ollut saanut esimerkiksi tehtävän onnistumisen kannalta välttämätöntä suullista tai kirjallista tietoa tai sitä ei ollut löytynyt potilastietojärjestelmästä. Tiedot jotka oli saatu, saattoivat olla puutteellisia tai epäselviä. Potilaat ja läheiset katsottiin varsin usein myötävaikuttavaksi tekijäksi. Esimerkiksi iäkkäiden potilaiden sairauden laatu ja vaihe saattoivat vaikuttaa siihen, miten hyvin potilaan tilan seurannan tarve pystyttiin määrittämään. (Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 2011, viitattu 8.3.2015.)

Yli puolet ilmoitetuista tapahtumista oli tapahtunut potilaalle. Kyseessä on siis potilaaseen kohdistuva haittatapahtuma riippumatta siitä, aiheuttiko se jonkinasteista haittaa potilaalle vai ei. Potilaalle oli esimerkiksi annettu väärää lääkettä. (Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 2011, viitattu 8.3.2015.)

41 % ilmoituksista koski läheltä piti –tapahtumia. Tällöin varotoimet tai sattuma auttoivat välttymään haitallisilta seurauksilta tai tilanne havaittiin ajoissa, jolloin sen eteneminen pystyttiin katkaisemaan. (Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim 2011, viitattu 8.3.2015.)

Opinnäytetyömme aiheeseen olemme hakeneet tietoa kirjallisuuden, alan asiantuntijoiden verkkosivujen sekä terveystietokantojen avulla. Potilasturvallisuuteen liittyviä opinnäytetöitä on tehty useita erilaisia. Muun muassa Theseuksesta löytyi 19.11.2014 hakusanalle potilasturvallisuus 1465 kappaletta erilaisia potilasturvallisuuteen liittyviä opinnäytetöitä. Samoin hakusanalle suullinen raportointi löytyi kaiken kaikkiaan yli 1400 kappaletta opinnäytetöitä.

Hakusanalle ISBAR löytyi 80 kappaletta osumia. ISBAR:iin liittyviä tutkimuksia ja opinnäytetöitä on tehty kaiken kaikkiaan suhteellisen vähän. ISBAR:iin liittyvät opinnäytetyöt on tehty lähinnä päivystykseen, ensihoitoon tai kirurgiselle osastolle, mutta ei niinkään teho-osastolle.

Lähes kaikissa suulliseen raporttiin tai ISBAR:iin liittyvissä tutkimuksissa puhutaan jollakin tasolla potilasturvallisuudesta tai ainakin sivutaan sitä. Potilasturvallisuuteen kuuluu olennaisesti raportointi (kirjallinen ja suullinen) ja ISBAR-menetelmä on suunniteltu suullisen raportin tueksi, johon opinnäytetyömme liittyy.

Tutkimukseen osallistui sairaanhoitajia, jotka toteuttavat suullista raportointia. Tarkoituksena oli selvittää toteutuiko raportoinnissa strukturoitua raportointimallia ISBAR:ia, potilaan siirtyessä osastolta jatkohoitoon. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voitaisiin parantaa potilasturvallisuutta siirtoraportoinnin osalta. Tutkimuksen perusteena käytetään ISBAR:ia. ISBAR muodostuu sanoista: **I= Identify, S=Situation, B=Background, A=Assessment, R= Recommendation.**

Tavoitteena oli saada monipuolisesti tietoa, jotta hoitajat kiinnostuisivat kehittämään omia suullisia raportointi menetelmiään. Tämän myötä osaston potilasturvallisuutta voitaisiin kehittää. Lisäksi tavoitteena oli, että osasto voisi hyödyntää opinnäytetyömme tuloksia, miettiessään mahdollista lisäkoulutusta.

Tutkimuksen apuna käytetään tähän opinnäytetyöhön suunniteltua havainnointilomaketta, jolla selvitetään perustuuko osaston raportointikäytäntö tutkittuun tietoon kuten ISBAR-menetelmään. Havainnointilomake pohjautuu teorialtietoon. Opinnäytetyössämme käytimme kvalitatiivista tutkimusotetta.

2 POTILASTURVALLISUUS

Onnistunut ja jäsenelty suullinen raportointi parantaa potilasturvallisuutta. Kansainvälisillä tutkimuksilla on tarkoitus kehittää potilasturvallisuutta. Potilasturvallisuussuunnitelma on laissa määritelty ja siihen liittyvillä ennakoivilla toimenpiteillä voidaan vähentää potilasturvallisuuteen liittyviä riskejä.

Potilasturvallisuuden edistämiseksi kansainvälinen yhteistyö tapahtuu monikansallisten terveysalan organisaatioiden koordinoimana. Merkittävämpiä kansainvälisiä toimijoita ovat Euroopan Unioni (EU) sekä Maailman terveysjärjestö (WHO). Potilasturvallisuutta edistetään aktiivisesti lisäksi Yhdysvalloissa, Kanadassa, Uusi-Seelannissa, Australiassa ja Iso-Britanniassa. (THLc 2013, viitattu 18.1.2015.)

Potilasturvallisuus on terveydenhuollon yksiköiden ja organisaatioiden toimintaperiaatteita, joiden tarkoitus on tehdä hoidosta turvallista ja suojata potilasta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus on sitä, että hän saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan, oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuuteen kuuluvia käsitteitä on hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus ja lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuus. (THLa 2013, viitattu 20.8.2014.)

Hoidon turvallisuudella tarkoitetaan hoitomenetelmien ja hoitamisen turvallisuutta. Näillä tarkoitetaan esimerkiksi hoitoa, josta ei potilaalle koidu vaaraa erehdyksen, lipsahduksen, vahingon tai unohduksen vuoksi. (THLa 2014, viitattu 21.3.2015.)

Lääkehuollon turvallisuus kattaa kaikki lääkehoitoon liittyvä osa-alueet, kuten lääkkeiden oikea säilyttäminen, lääkkeiden tuplatarkistus, oikea lääke, lääkkeiden antaminen oikealle potilaalle sekä lääkkeiden antaminen oikeaan aikaan ja paikkaan.

Lääkinnällisten laitteiden turvallisuus on taas esimerkiksi sitä, että laitteet huolletaan säännöllisesti ja niitä osataan käyttää asianmukaisella tavalla. (THLa 2014, viitattu 21.3.2015.)

2.1 Potilasturvallisuuden vaarantavia tekijöitä

Potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä on kaikissa hoidon toteutuksen vaiheissa. Kyse voi olla hoitajaresurssin ja kiireen aiheuttamasta ongelmasta, laitteiston toimintahäiriöstä tai tiedonkulun ja tiedonvälityksen puutteista ja ongelmista. Potilasturvallisuutta voidaan edistää oppimalla virheistä, ennakoimalla vaaratekijöitä ja edistämällä avointa ja syyllistämätöntä ilmapiiriä. (THLb 2013, viitattu 20.8.2014.)

Potilasturvallisuus voi vaarantua, jos esimerkiksi hoitajat sairastuvat eikä sijaisia saada. Kiiretilanne työpaikalla lisää virheitä ja jos hoitajia ei ole tarpeeksi, niin riskit lisääntyvät. Kiiretilanteessa saattaa jäädä jokin hoitotyön toiminto tekemättä. Mikäli hoitajia on vähän, ei kaikkia hoitotyöntoimintoja ehditä tehdä, vaan tehdään ainoastaan akuutimmat asiat. (THLb 2013, viitattu 20.8.2014.)

Tiedonkulkuun ja tiedonvälitykseen liittyvillä puutteilla ja ongelmilla tarkoitetaan sitä, että jokin oleellinen potilasta koskeva kirjaus tai tieto on jäänyt kirjaamatta, jolloin suullisessa raportoinnissa tämä saattaa jäädä myös mainitsematta. Mikäli eri hoitotyön yksiköissä on eri hoitotyön kirjaamiseen käytettävä ohjelma, tätä asiaa ei silloin pysty kirjausten kautta tarkistamaan. (THLb 2013, viitattu 20.8.2014.)

Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen (2008, 33) mukaan riittävä tiedonsaanti on tärkeää hoitovastuussa olevalle terveydenhuollon ammattihenkilölle ja tällöin voidaan turvata laadullisesti hyvä hoito ja potilasturvallisuus.

2.2 Ongelmat tiedonkulussa

Turvallisuusriskien hallinnalle luo pohjan hyvä ja perusteellinen dokumentointi. Ammattilaisten keskeinen työtehtävä on dokumentointi, jota ohjaavat erilaiset ohjeistukset ja lainsäädäntö. Potilaan hoidossa kaikkien tarvittavien tietojen selkeä dokumentointi on tärkeää. Se muodostaa pohjan, jolla tiedonkulku varmistetaan. Laadukkaan ja turvallisen hoidon antamisessa tiedonkulku on yksi perustekijä. Yleisiä haittatapahtumien syitä ovat tiedonkulun katkeaminen tai väärin ymmärtäminen esimerkiksi potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Noin 65 prosenttiin haittatapahtumista myötävaikuttavat kommunikaatioon liittyvät ongelmat. Työpaikalla pitäisi olla

yhteisesti sovitut käytänteet tiedon jakamisesta hoitoketjussa toimivien kesken. Hoito-ohjeet ja määräykset tulisi varmistaa toistamalla, kirjaamalla ne välittömästi ja selkeästi sekä allekirjoituksin varmistamalla. Systemaattisuuteen ja sisältöön tulee panostaa myös suullisessa raportoinnissa. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2012, 72.)

2.3 Potilasturvallisuussuunnitelma

Terveydenhuoltolain pykälän 8 mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lain mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään asioista, joista on suunnitelmassa sovittava. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 l. 8 §, viitattu 20.8.2014.)

Potilasturvallisuussuunnitelma on asiakirja, jossa yksikkö määrittelee omalta kohdaltaan potilasturvallisuuteen liittyviä toimenpiteitä. Siinä pitäisi kuvata yksityiskohtaisesti kyseisen yksikön yhdenmukaiset toimintatavat potilasturvallisuuden varmistamiseksi ja edistämiseksi. Asialle on nimetyt vastuuhenkilöt, vaaratapahtumien kirjaamiskäytäntö on kirjattu ja lisäksi on tehty suunnitelma, jolla turvallisuutta aletaan edistää. (THLa 2013, viitattu 20.8.2014.)

Potilasturvallisuussuunnitelmasta löydyttäviä pääkohtia ovat potilasturvallisuuden vastuuhenkilöt, henkilöstön johto ja turvallisuuskulttuuri. Kuinka henkilöstö osallistuu, miten heidät perehdytetään ja koulutetaan ja kuinka turvallisuusriskit hallitaan, dokumentoidaan ja tiedotetaan sekä miten mahdolliset riskit korjataan. Lisäksi pitäisi kirjata potilaiden ja läheisten osallistuminen, laadunhallinnan asiakirjat ja alueellinen yhteistyö. (THLa, 2013, viitattu 20.8.2014.)

Kansainvälisiin tutkimuksiin perustuen Suomessa arvellaan tapahtuvan 700-1700 kuolemaan johtavaa haittatapahtumaa vuosittain. Hoitovirheestä johtuvaa kuolemia tapahtuu Ruotsissa arviolta 3000. Merkittävästi enemmän on hoitovirheestä johtuvia kuolemia kuin liikenneonnettomuuksista johtuvia kuolemia. Tutkijat ovat päätyneet siihen, että nykyisistä haittatapahtumista jopa puolet voitaisiin estää ennakoimalla riskejä, vaara- ja haittatapahtumista oppimalla sekä toiminnan järjestämisen seurannalla. (THLc 2013, viitattu 18.1.2015.)

Haittatapahtumista ja hoitovirheistä aiheutuu maassamme yllä mainittujen laskelmien perusteella vuosittain 409 miljoonan euron lisäkustannukset pelkästään vuodeosastoilla. Ainakin puolet näistä kustannuksista olisi tutkimusten mukaan estettävissä. Edistävillä toimenpiteillä potilasturvallisuuteen liittyen voidaan siis vähentää inhimillistä kärsimystä sekä saavuttaa huomattavia säästöjä terveydenhuollon organisaatiossa. (THLc 2013, viitattu 18.1.2015.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (2014) on julkaissut sivuillaan OECD:n kehittämät terveydenhuollon laatuindikaattorit Suomessa vuosina 2011-2012. Näitä indikaattoreita käytetään palvelujärjestelmien muutosten seurantaan ajassa tai vertailtaessa eri palvelujärjestelmiä keskenään. Suomen terveydenhuolto selviytyy kohtalaisesti, kun sitä tarkastellaan OECD:n kehittämällä terveydenhuollon laatuosoittimilla. Näistä terveydenhuollon laatuosoittimista on nyt ensimmäistä kertaa saatavilla myös lukuja (15 indikaattoria), koskien sairaanhoitopiirien alueita. Nämä OECD:n laatuosoittimet kertovat alueen terveydenhuollon laadusta. (THLb 2014, viitattu 8.3.2015.)

Suomen luvut koko maan osalta ovat OECD-maiden keskiarvoa paremmat lasten ja nuorten astmakuolleisuudessa, lasten rokotusohjelmien peittävydessä, keuhkohtaumataudin aiheuttamien vuodeosaston hoitajaksojen määrässä, kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja skitsofreniaa sairastavien joutumisessa 30 päivän kuluessa takaisin vuodeosastolle hoitajakson jälkeen, vierasesineiden jäämisen leikkausalueelle, toimenpiteiden jälkeisten verenmyrkytysten ilmaantumisen suhteen sekä synnytystapahtumaan liittyvien potilasturvallisuuden osoittimien osalta. (THLb 2014, viitattu 8.3.2015.)

OECD:n keskiarvoa useammin Suomessa osallistutaan kohdunkaulan ja rintasyövän joukkotarkastuksiin ja rintasyövän viiden vuoden suhteellinen eloonjäämisluku on keskiarvoa parempi. Suomi jää keskiarvon tasolle tai sitä heikommaksi diabeteksen ja astman aiheuttamien vuodeosastohoitojen määrässä, vanhusten influenssa rokotusten kattavuudessa sekä keuhkoveritulpan ja laskimotukoksen esiintyvyydessä leikkauksen jälkeen vuodeosastohoidossa potilasturvallisuusindikaattoreiden osalta.

Suhteellinen eloonjäämisluku on myös kohdunkaulan syövän suhteen hiukan tätä keskiarvoa alempi. (THLb 2014, viitattu 8.3.2015.)

2.4 World Health Organization:n ehdotukset potilasturvallisuuden edistämiseen

World Health Organization WHO on tehnyt yhdeksän ehdotusta potilasturvallisuuden parantamiseksi. Ehdotukset tuovat potilasturvallisuuden tietoisuuteen ja parhaimmat käytännöt potilasturvallisuusriskien vähentämiseksi. Ehdotus sisältää käytänteitä ja toimenpiteitä, jotka ovat auttaneet ratkaisemaan potilasturvallisuusongelmia. Ehdotusten tarkoitus on ohjata suunnittelemaan hoitoprosessit niin, että ne ehkäisevät inhimillisistä erehdyksistä johtuvia haitallisia seurauksia potilaalle. Ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseksi esittelevät ongelman, sen ratkaisua tukevan näytön ja mahdolliset esteet ratkaisun käyttöönotolle. (WHOa 2007, viitattu 10.3.2015.)

Ehdotukset potilasturvallisuuden parantamiseen raportoinnissa WHO esittää, että terveydenhuollon organisaatiot hyödyntäisivät standardoitua mallia vuororaportoinnissa ja siirtoaportoinnissa potilaan siirtyessä eri hoitoyksikköön. Ehdotuksina ovat SBAR tekniikan käyttö. Raportin pitäjä varmistaa sen, että hänellä on ajantasaiset tiedot potilaan tämän hetkisestä voinnista, lääkityksestä, hoidoista, hoitosuunnitelmista, hoitotahdosta ja merkittävistä muutoksista potilaan tilassa. Raportin pitäjä varmistaa myös potilaan ja hänen omaisensa mukaan ottamisen hoidon tason määrittelyyn ja siihen liittyviin päätöksiin. Potilaalle tarjotaan tietoa hänen sairauksistaan ja hoidoistaan ymmärrettävällä tavalla. (WHO b 2007, Viitattu 10.3.2015.)

WHO tuo ehdotuksissaan esille myös sen, että tärkeiden asioiden viestimiseen olisi riittävästi aikaa ja mahdollistettaisiin keskeytymätön raportointi ja kysymysten esittäminen. Luovutusprosessiin tulisi sisällyttää ”toista takaisin ja lukea takaisin” missä se on mahdollista. Raportointitilanteessa tulisi antaa tietoa potilaan tilasta, lääkkeistä, hoitotahdosta, hoitosuunnitelmista ja potilaan tilan muutoksista. Raportoinnissa tuodaan esille vain ne asiat, jotka ovat välttämättömiä potilaan turvalliselle hoidolle. Potilaan kotiutuessa tai siirtyessä seuraavaan hoitoyksikköön keskeiset tiedot, diagnoosit, hoitosuunnitelmat, lääkkeet ja testitulokset tulee varmistaa. Terveystieteiden opiskelijoille tulisi opetusohjelmaan sisällyttää koulutusta tehokkaasta viestinnästä, sekä terveydenhuollon ammattilaisten tulisi kehittää jatkuvasti viestintää. (WHO 2007, Viitattu 10.3.2015.)

3 SUULLINEN RAPORTOINTI TIEDONVÄLITYKSESSÄ

Suullinen raportointi on tavallisin tiedonvälityskeino kertomaan potilaan tilasta. Tiedon välittämiseen tarvitaan viestintää. Viestinnän peruselementit ovat viestintäkanava, itse viesti ja sen vastaanottaja ja lähettäjä. Hoitoon sisältyy runsaasti viestintää ja nämä kaikki osatekijät täytyy ottaa huomioon. Suulliset raportoinnit ajoittuvat useimmiten hoitajien työvuorojen vaihtoon. Suullisen raportoinnin ongelmat kohdistuvat erityisesti viestin sisältöön ja vastaanottajan kykyyn ymmärtää viestin sisältö. (Saranto, Ensio, Tantt & Sonninen 2008, 157.)

Autio ja Kakko (2013) Oulun seudun ammattikorkeakoulusta ovat tehneet opinnäytetyön, jossa puhutaan potilasturvallisuudesta ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Yksittäisen poikkeaman tai virheen synnyssä taustalla on usein useita tekijöitä, jotka ovat seurausta niistä prosesseista mitkä vaikuttavat taustalla. Näitä ovat esimerkiksi ohjeistuksen ylläpito sekä perehdytyksen suunnittelu ja ylläpito. (Helovu, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 63-65.)

Opinnäytetyössään he selvittivät, miten leikkauspotilaan tunnistaminen varmennetaan leikkausosastolla potilaan peri- ja postoperatiivisessa vaiheessa potilaan siirtyessä leikkausosastolle, heräämöhön ja takaisin vuodeosastolle. Tutkimukseen osallistui 38 tutkimusajankohtana töissä ollutta sairaanhoitajaa sattumanvaraisesti valikoituna. (Autio & Kakko 2013, 3, viitattu 19.11.2014.)

Tutkimus toteutettiin havainnointilomakkeen avulla ja havainnointia suoritettiin viiden päivän ajan. Tulosten mukaan viidessä prosentissa havainnointitilanteista potilaan tunnistaminen toteutui Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen ohjeen mukaan. Tällöin potilaan henkilöllisyyden varmistamiseksi käytettiin potilasrannekkeen lisäksi joko potilaan syntymäaika tai nimeä. Potilaan henkilöllisyyttä ei varmennettu lainkaan 45 prosentissa havainnointitilanteista. (Autio, & Kakko 2013, 3, viitattu 19.11.2014.)

Perusteellinen dokumentointi on tärkeää, koska se muodostaa pohjan sille jonka perusteella tiedonkulku varmistetaan. Yleisimmät haittatapahtumat aiheutuvat tiedonkulun katkeamisesta esimerkiksi potilaan siirtyessä toiseen yksikköön. Suullisen raportoinnin tulee olla sisältöön panostavaa ja systemaattista. (Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011, 72.)

Sairaaloiden yhteen sopimattomat tietojärjestelmät vaikuttavat tiedonkulun katkeamiseen. Ne vääristävät tietoja ja hidastavat työtä, koska käytännössä tiedot siirtyvät vain paperilla ja suullisesti. (Schildt 2012, 18.)

Potilasturvallisuuteen vaikuttaa myös ihmisen inhimillisyys. Kaikki ne vaaratapahtumat tulkitaan inhimilliseksi virheeksi, joille ei löydy parempaa selitystä. Ne ovat seurausta ihmisen unohduksesta, erehdyksestä tai jostakin muusta virheestä. Toimenpiteet perustuvat terveydenhuollon toiminnassa tarkkaavaisuuteen ja siihen, että ne muistetaan tehdä. Ihmisen rajoitteellinen tiedonkäsittelykyky ylittyy kiireessä ja paineessa ja osa asioista näin ollen unohtuu. Ihmisen tiedonkäsittely prosessi ja toimintakyky häiriintyvät ulkopuolisista tekijöistä helposti. Keskittymiskykyä ja päättelykykyä alentavat muun muassa stressi, väsymys ja vireystila. Nämä vaikuttavat myös fyysiseen jaksamiseen. Virheiden mahdollisuus lisääntyy. (Helovu ym. 2011, 75-81.)

Ruuskanen (2007, 29-37) on tehnyt tutkimuksen siitä miten suullisen raportoinnin sisältö ja ajankäyttö ovat muuttuneet. Tutkimukseen osallistui kuuden osaston hoitohenkilökunta ja näiden osastojen osastonhoitajat, yhteensä 35 hoitajaa. Tutkimusaineisto oli kerätty ryhmähaastattelumenetelmällä. Hoitajat oli haastateltu 4-6 hengen ryhmissä työvuorojen aikana. Tutkimuksen tuloksissa kerrottiin, että suullisen raportoinnin sisältö ja ajankäyttö olivat muuttuneet ja raportointitavat olivat muokkautuneet erilaisiksi. Suullisen raportoinnin sisältö oli hoitajien arvion mukaan selkeämpää, ytimekkäämpää, ammatillisempaa ja tarkempaa. Tutkimuksen mukaan selkeämmäksi raportin teki se, että asiat kerrotaan selkeästi ja keskitytään vain olennaisiin asioihin. Raportointi oli myös muuttunut ytimekkäämmäksi, jossa potilaasta kerrotaan vain faktatiedot ja tärkeäksi koetut asiat. Raportointi oli myös muuttunut ammatillisemmaksi, jossa ei esitetty henkilökohtaisia arvioiteja potilaista ja heidän omaisistaan. Tarkemmaksi suullinen raportointi arvioitiin muuttuneen siltä osin, että

työnjaon ja paremman yleiskuvan saamisen kannalta olisi tärkeää raportoida lyhyesti osaston potilaista.

Hoitajista oli osa arvioinut suullisen raportoinnin selvästi vähentyneen. Raportilla oli annettu vain tulevaa työvuoroa koskevat tiedot, eikä kerrottu enää tarinanomaisesti kaikkia työvuoron aikana tapahtuneita asioita. Tutkimuksessa hoitajat arvioivat raporttiin käytettävän ajan muuttuneen. Raportointi oli muuttunut nopeammaksi sen ajankäytön ja kehittymisen myötä. Raportoinnin arvioitiin vähentyneen sähköisen kirjaamisen vuoksi ja raportointitarpeen muuttumisen myötä. Tutkimuksessa tuli myös esille se, että ajankäytön oli arvioitu lisääntyneen, koska potilasasiakirjojen lukemiseen menee enemmän aikaa. (Ruuskanen 2007, 29-37.)

4 ISBAR – MENETELMÄ

Suullisen tiedonkulun yhdenmukaistamiseksi USA:n merivoimissa kehitettiin 1990-luvulla SBAR-menetelmä, joka levisi nopeasti ilmavoimiin ja sen kautta terveydenhuoltoon. Suomen tarpeisiin nähden menetelmää on muokattu, ja siitä käytetään nimitystä ISBAR. ISBAR-menetelmä on sovellettu suomalaisen terveydenhuollon ympäristöön. Sairaanhoidajaliitto on julkaissut siitä suomen- ja ruotsinkieliset esitekirjaset ja muistikortit. Julkaisujen sisällön on tuottanut Sairaanhoidajaliiton potilasturvallisuusasiantuntijaryhmä yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun YAMK opinnäytetyön tekijän kanssa. (Sairaanhoidajaliitto 2014, viitattu 20.8.2014.)

Identify tarkoittaa potilaan tunnistamista. Tunnistamisen varmistamiseksi on käytettävä ainakin kahta eri tunnistamisen muotoa erehtymisen mahdollisuuden vähentämiseksi. Tunnistustavoista kummankaan ei tule perustua potilaan huoneen tai vuoteen numeroon. Potilasta tulisi aina pyytää kertomaan itse nimensä ja henkilötunnuksensa. Henkilötietojen lisäksi tunnistamisen pitää perustua tunnisterannekkeeseen. (THL 2012, viitattu 19.2.2015.)

Raportoiija esittelee ensin itsensä ja kertoo ammattinimikkeensä. Jos kyseessä on puhelinkonsultaatio, raportoiija kertoo miltä osastolta hän soittaa. Seuraavaksi kerrotaan potilaan koko nimi, ikä, henkilötunnus, sukupuoli sekä varmistetaan että raportoinnin kohteena on oikea henkilö. Varmistuksen voi tehdä katsomalla rannekkeen ja pyytämällä potilasta kertomaan henkilötunnuksen. Puhelinkonsultaatiossa kerrotaan myös potilaan sijainti. (Kupari, Peltomaa, Inkinen, Kinnunen, Kuosmanen & Reunama 2012, 29-31.)

Situation tarkoittaa tilannetta. Tilanne kohdassa kerrotaan syy raportointiin esimerkiksi, että potilas on siirtymässä teille jatkohoitoon ja lisäksi kerrotaan myös miksi potilas on tullut hoitoon. Puhelinkonsultaatiossa kerrotaan syy konsultaatioon ja määritellään ongelma. Konsultaatiossa kerrotaan koska ongelma alkoi ja kuinka usein se toistuu. Potilaan pääoire ja nykytila tuodaan myös esille ja määritellään tilanteen kiireellisyys. (Kupari, ym. 2012, 29-31.)

Background tarkoittaa taustatietoja. Noin 80 prosentille yleislääkäriin potilaista on mahdollista tehdä oikea diagnoosi luotettavien esitietojen perusteella. Potilaan aiemmasta terveydentilasta, sairastamistaan taudeista ja saamistaan hoidoista valaisee nykytaudin olemus. Tämän vuokasi kaavamainen aiemman sairaushistorian selvittely on paikallaan. (Mustajoki, Saha & Sane 2003, 20,35.)

Potilaan sairaudet ja olennaiset taustatiedot kerrotaan sekä päivämäärä milloin potilas on tullut hoitoon sekä tämänhetkinen diagnoosi. Potilaan nykylläkäilytys, suonensisäinen nesteytys, tärkeimmät tehdyt toimenpiteet, allergiat, olennaiset laboratoriotulokset ja diagnostiset tulokset tuodaan myös taustatiedoissa esille. Lisäksi raportoidaan hoitolinjaukset mahdollisesta eristystarpeesta. (Kupari ym. 2012, 29-31.)

Assesment tarkoittaa tilannearviota. Kuvaus nykytilanteesta on väline, jolla voidaan käsitellä potilaan ongelmia. Se on myös kuvaus potilaan tilasta tutkimuksen ajankohtana ja se perustuu havaintoihin. (Mustajoki ym. 2003, 28, 44.) Potilaan nykytila ja vitaalielintoiminnot tuodaan tilannearviossa esille. Tilannearviossa apuna käytetään ABCDE- luokitusta. ABCDE tulee sanoista airway, breathing, circulation, disability ja exposure. (Oksanen & Tolonen. 2015, viitattu 20.8.2015.)

Airway tarkoittaa ilmatietä. Hengitysteihin kuuluvat nenäontelo ja sen sivuontelot, nielu, kurkunpää, henkitorvi ja keuhkoputket. Nielu on yhteinen ruoansulatuskanavan kanssa (Niensted, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2006. 259).

Potilas jonka tajunnantaso on laskenut, on vaarassa vetää henkeensä mahansisältöä tai muita eritteitä. Ylähengitysteiden ahtautumisesta ja mahdollisesta tukkeutumisesta kertovat sisään hengityksen vinkuminen ja lisääntynyt hengitystyö. Mahdollisesta intubaatioputkesta ja sen syvyydestä kerrotaan akuuttitilanteessa. (Kuisma, Holmström, & Porthan. 2007. 332, 340.)

Breathing tarkoittaa hengitystä. Hengityksellä eli respiraatiolla tarkoitetaan kaasujen vaihtumista ja hapen siirtymistä ilmasta soluihin ja hiilidioksidin siirtymistä soluista ilmaan. Hengitykseen kuuluu myös hapen siirtyminen keuhkoista vereen ja kudoksissa kudosten kautta soluihin. Hengitykseen kuuluu hiilidioksidin tuotto ja sen poistuminen elimistöstä kudosten, veren ja keuhkojen kautta. (Niensted ym. 2006, 259.) Potilaan kyky kommunikoida kertoo parhaiten potilaan hengitystyöstä. Hengitystaajuuden arviointi antaa myös kuvan hengitystyön määrästä. Hengitys uhkaa käydä riittämättömäksi, jos hengitysfrekvenssi on yli kolmekymmentä tai alle kahdeksan kertaa minuutissa. Hapettumisen voidaan arvioida olevan riittävä jos happisaturaatio on 95% tai enemmän. (Kuisma ym. 2007, 330, 332.)

Huomioitavaa on myös, ettei saturaatiomittari kerro ventilaation riittävydestä. Hiilidioksidi pitoisuus voi suurentua hengitysvajauksen yhteydessä ja johtaa tajuttomuuteen. Erityisesti se on haitallista aivovamman yhteydessä, koska pienikin hiilidioksidin nousu nostaa aivopainetta. (Nurmi, Kuisma, Holmström, Porthan, & Taskinen 2013, 523.)

Poikkeavat hengitysäänet voidaan jakaa vinkunoihin ja rahinoihin. Karkeat rahinat johtuvat nesteestä keuhkoputkissa, useimmiten limaa esimerkiksi keuhkohtaumataudissa. Keuhkokuumeessa taas tyypillisesti esiintyy hienojakoista rahinaa, joka johtuu pienten ilmäteiden avautumisesta sisäänhengitysvaiheessa. Isorakkulaista rohinaa kuuluu keuhkoista molemmin puolin sydämen vajaatoiminnassa. Vinkuna viittaa hengitysteiden ahtaumiin. Sisäänhengitysvaiheessa kuuluva vinkuna viittaa ylähengitysteiden ahtaamaan. Uloshengitysvaiheessa kuuluvat vinkunat viittaavat obstruktiivisiin keuhkosairauksiin kuten esimerkiksi astmaan ja keuhkohtaumatautiin. (Nurmi ym. 2013, 523-524.)

Circulation tarkoittaa verenkiertoa. Verenkierto eli sirkulaatio toimii elimistön kuljetusjärjestelmänä. Verenkierto huolehtii kudosten ravinnonsaannista ja kuona-aineiden poiskuljetuksesta. Verenkierron liikevoima tulee verta pumppaavasta sydäimestä. (Niensted ym. 2006, 184.) Yleissääntönä voidaan pitää, että potilaan verenpaine on riittävällä tasolla, jos rannepulssi on tunnettavissa. Systolinen verenpaine on silloin tasolla 70-80 mmHg. Verenpaine lukema kertoo verenkierron tilasta vain suuntaa antavasti. Syketaajuuden nousu on ensimmäinen merkki verenkierron riittämättömyydestä. Lämpörajojen tunnustelu kertoo perifeerisen verenkierron tilasta. Perifeerisen verenkierron huonontuessa pulssioksimetrin antama tulos käy epäluotettavaksi. Kudosten epänormaali lisääntyminen ilmenee turvotuksina. Kun kudosten määrä on lisääntynyt 2,5 – 3 litraan syntyy näkyviä turvotuksia. Yleisimpiä turvotusten syitä on liiallinen nesteytys, vajaatoiminnat maksassa, munuaisissa tai sydämessä. (Kuisma ym. 2007, 332-333.)

Rytmihäiriöt on helposti todettavissa esimerkiksi EKG:n avulla. Terveessä sydämessäkin voi joskus esiintyä rytmihäiriöitä, joista tavallisin on eteisvärinä. Eteisvärinä altistaa aivohalvaukselle ja tromboembolisille komplikaatioille. Sydämen vajaatoiminnasta puhutaan, jos sydän ei sairauden vuoksi jaksa kunnolla huolehtia verenkierrosta. Sydämen vajaatoiminnan oireisiin kuuluvat sydämen laajentuminen ja laskimopaineen noususta johtuva turvotus. (Niensted ym. 2006, 201.)

Disability tarkoittaa tajuntaa. Tavallisin syy tajunnantason alenemiseen on aivovamma. Muita syitä ovat esimerkiksi hypoglykemia, vuotosokki, vaikea hapenpuute ja riittämätön ventilaatio. Glasgow'n kooma-asteikko perustuu potilaan reagoimiseen ulkoisiin ärsykkeisiin puheeseen ja kipuun sekä hänen vasteisiinsa silmien avaamiseen, puheeseen ja liikehdintään. Asianmukainen kivunhoito on yksi keskeisimpiä asioita potilasta hoidettaessa. Kivun aistiminen on potilaalle epämiellyttävää ja elimistölle haitallinen ilmiö. Kivun aiheuttamien stressihormonien vapautuminen johtaa hengitystaajuuden ja syketaajuuden nousuun. Se voi olla haitallista hengitysvaikeudesta kärsivälle tai sydänsairaalle potilaalle. Tajunnan tasoa arvioitaessa käytetään GCS (liite 1) pisteytystä. Jos potilaalla on kipuja, käytetään apuna esimerkiksi VAS asteikkoa (liite 2). Potilaan orientaatio aikaan/paikkaan ja itseensä tuodaan esille raportoitaessa ISBAR:n mallin mukaisesti. (Kuisma ym. 2007, 82, 333, 340-341.)

Exposure tarkoittaa paljastamista. Ihon värin ja lämmön seuranta on yksinkertainen menetelmä arvioitaessa vitaalielintoimintojen muutoksia. Syanoosi kertoo vakavasta äkillisestä hapen puutteesta. Krooninen sydän- tai keuhkovika näkyy syanoottisuutena. Kalpea iho on merkki verenkierron tai hengityksen huononemisesta, sokista tai anemiasta. Ihon punerrus kertoo elimistön rasituksesta, korkeasta kuumeesta tai sepsiksestä. Ääreisverenkierron väheneminen ja perifeeristen osien kylmeneminen tarkoittaa sydämen pumppauskyvyn heikkenemistä ja verenkierron keskittymisestä sentraalisiin osiin. Virtsan normaali erityys on noin 1 ml/kg/h. Esimerkiksi nestevajaus ja stressi vähentävät virtsan eritystä ja ylinesteytys lisää sitä. Lämmön nousun yleisin syy on kuume, joka voi johtua infektiosta tai kudostuhosta. Alilämpöisyyttä on etenkin vakavasti sairailta potilailta sekä suurten leikkausten ja toimenpiteiden yhteydessä. Kuume ja alilämpöisyys ovat seurausta epäsuhdasta lämmön tuotannon ja poistumisen välillä. (Iivanainen & Syväoja 2008, 47, 126, 129-130, 595, 600.)

Ihmisellä on yksilöllinen ulostamisrytminsä, vatsa voi toimia kahdeksan tunnin tai kolmen vuorokauden välein. Ulosteen poikkeava väri tai koostumus on hyvä huomioida. Suoliäänten seurannassa on olennaista saada selville kuuluuko ääniä ja miltä ne kuulostavat. Normaalit suoliäänet ovat pehmeitä, tasaisia ja kurahtelevia. (Iivanainen & Syväoja 2008, 47, 126, 129-130, 595, 600.) Tarkennetussa tilanarviossa kerrotaan esimerkiksi potilaan lämpö, iho, väri, vatsa, virtsantulo ja ulkoiset vauriot esimerkiksi haavat ja niiden hoito. Lisäksi kerrotaan olennaisten laboratoriotulosten kehitys ja voinnin muutokset.

Recommendatio tarkoittaa toimintaehdotusta. Raportoiija antaa ehdotuksia toiminnasta esimerkiksi ehdottaa tarkkailun lisäämistä tai valvontaa. Ehdottaa voidaan myös toimenpidettä, tutkimusta, tilanteen uudelleen arviointia, muutosta hoitosuunnitelmaan, seurantaan ja mahdollista siirtoa toiseen yksikköön. Kiireellisessä tilanteessa vaaditaan välitöntä reagointia. Annetut ohjeet kirjataan ja toistetaan, sekä varmistetaan, että molemmat osapuolet ymmärtävät toisiansa. (Kupari ym. 2012, 29-31.)

Raportin antajan olisi hyvä käyttää selkeää kieltä ja antaa kuulijalle mahdollisuus kysymysten esittämiseen. Hän varmistaa, että hänet on oikein ymmärretty. Raportin vastaanottaja kuuntelee aktiivisesti, keskeyttämättä raportoijaa. Vastaanottaja tekee selventäviä kysymyksiä, ellei ole varma kuuliko asian oikein. (Kupari ym. 2012 , 29-31.)

Raportointimalli ISBAR:sta käytetään muualla nimitystä SBAR. Situation eli tilanne kohdassa konsultoiija esittelee itsensä ja yksikön mistä soittaa. Konsultoiija kertoo potilaan nimen, henkilötunnuksen ja syyn miksi soittaa. Menetelmää käytetään enimmäkseen konsultaatioissa, jolloin kysytään kysymys potilaan hoitoon liittyen. Background eli tausta kohdassa kerrotaan syy konsultaatioon sekä potilaan sairaushistoria tähän sairauteen liittyen. Konsultoitavalle tuodaan esille potilaan tausta, diagnoosit, hoitoon saapumispäivä, pääasialliset toimenpiteet, nykyinen lääkitys, allergiat, tuoreet laboratoriotutkimustulokset ja muut diagnoosiin liittyvät tekijät. Konsultaatiota varten tutkimustulokset pitää olla nähtävillä joko potilastietojärjestelmässä tai potilaspaperissa. Assesment eli nykytilanne kohdassa kerrotaan tämän hetkiset vitaalielintoiminnot, potilaan tilan kehittyminen ja annetut hoidot. Recommendation eli toimintaehdotus kohdassa kerrotaan mitä tarvitset. Konsultoiijan täytyy olla tarkka kysymysten asettelussa. Konsultoiija tekee ehdotuksia hoidosta, selventää ja kertoo ehdotetut toimenpiteet. (NHS 2008, viitattu 25.8.2015.)

Suullinen ja kirjallinen kommunikaatio on tärkeää potilas- ja työturvallisuuden kannalta. Ongelmat kommunikaatiossa, kuten tiedonkulun katkeaminen ja väärinymmärrykset myötävaikuttivat 70 prosenttiin terveydenhuollon haittatapahtumista. Tämän tutkimuksen mukaan sairaanhoitajia, lääkäreitä ja muita potilastyötä tekeviä opetetaan kommunikoimaan hyvin eri tyyliellä. Tutkimuksen tekijöiden kokemus on, että yksinkertaiset ja selkeät säännöt ovat parhaita monimutkaisissa työympäristöissä (Leonard, Graham & Bonacum, 2004, viitattu 10.11.2014.)

ISBAR menetelmällä on mahdollista järjestää olennaista informaatiota selkeään ja tiiviiseen muotoon. ISBAR mahdollistaa johdonmukaisen ja yhtenäisen kommunikaation kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa esimerkiksi potilaasta raportoitaessa. Menetelmä kehittää myös kriittisen ajattelun taitoja ja rohkaisee tekemään toimintaehdotuksia.(Sairaanhoidajaliitto 2014, viitattu 4.9.2014.)

Vuonna 2011 Australiassa tehty tutkimus osoitti että 71 prosenttia nuorista lääkäreistä koki raportoinnin kehittyneen SBAR:in myötä erityisesti raportin rakenteen ja potilasturvallisuuden osalta. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että SBAR tulisi ottaa käyttöön raportoinnin välineenä. (Thompson, Collet, Langbart, Purcell, Boyd, Yuminaga, Ossolinski, Susanto & McCormack 2011, viitattu 10.11.2014.)

Tutkimuksessa kuvataan ja arvioidaan tuloksia PACT projektista. Hanke suoritettiin huhtikuun ja joulukuun välisenä aikana vuonna 2008 yksityisessä sairaalassa Australiassa. PACT tulee sanoista Patient assesment, Assertive communication, Continuum of care, Teamwork with trust. Hankkeen tarkoituksena oli parantaa viestintää potilasraporteissa koko henkilökunnan välillä. Hankkeessa käytettiin viestintävälineenä SBAR:ia, joka oli käytössä viestinnässä lääkärin ja hoitajan välillä ja vuororaporteilla. Työpajoissa oli harjoiteltu erilaisia kommunikaatiomalleja SBAR:in avulla. Tiedot on kerätty kyselylomakkeilla hoitajilta ja lääkäreiltä ennen ja jälkeen SBAR:in käyttöön ottoa. (Clark, Squire, Heyme, Mickle & Petrie 2009, viitattu 10.11.2014.)

Projektin tulokset osoittivat, että lähtötilanteessa 85 prosenttia sairaanhoitajista uskoi, että viestintää tulisi parantaa. Toteuttamisen jälkeen 68 prosenttia sairaanhoitajista uskoi siirtoraportoinnin parantuneen ja 80 prosenttia tunsivat olleensa varmempi konsultoidessa lääkäriä. (Clark ym. 2009.)

Fageström (2012) on tutkinut suullista raportointia Haartmanin sairaalassa ennen ISBAR:ia. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää miten suullinen raportointi toimii ja miten ISBAR voisi yhtenäistää ja helpottaa raportointia. Tutkimukseen osallistui sairaanhoitajia sekä lähi- ja perushoitajia Haartamanin sairaalan eri osastoilta. Vastauksia tuli yhteensä 90 kappaletta. Tutkimus oli suoritettu lomakekyselynä ja

tulokset analysoitu määrällisesti ja laadullisesti. Kysymyksistä 19 kappaletta oli määrällisiä ja avoimet kysymykset laadullisia. (2012, 36-44, viitattu 3.5 2015.)

Tutkimukseen vastanneista 94.4 % oli sitä mieltä, että on selvää ja ilmeistä mitä raportin tulee sisältää. Vastanneista 85,6% oli joskus ollut epävarmoja siitä, mitä raportoidaan. Vastanneista, jotka tunsivat epävarmuutta raportoidessaan, olivat opiskelijat ja alle viisi vuotta työkokemusta omaavat. Ne, jotka eivät kokeneet epävarmuutta raportoidessaan, oli työkokemusta kuusi tai jopa yksitoista vuotta. Tutkimuksessa oli myös kysytty, kuinka usein raportointi tulee keskeytetyksi: vastauksista 55.6 % oli joskus, usein oli tullut keskeytetyksi 24.4 % vastanneista. Koskaan ei ollut tullut keskeytetyksi 11.1% vastanneista. Enemmistö oli vastannut, että oli joskus unohtanut tärkeän seikan keskeytyksen takia. (Fageström 2012, 36-44, viitattu 3.5 2015.)

Hoitajista 51.1% joutui etsimään tietoa potilaasta raportoinnin aikana. Vastanneista 58.9% oli sitä mieltä, että sovittu malli helpottaisi raportointia. Vastajista 71.1% oli sitä mieltä, että raportti olisi parempi, jos olisi selvä järjestys, jossa tieto tulee. Pääosa vastanneista oli sitä mieltä, että joskus suullisesta raportista puuttui tärkeää tietoa. Kaikki 90 % oli sitä mieltä, että raportin laatu vaihteli riippuen siitä kuka raportoi. Yhtenäiseen raportointimalliin suhtautui positiivisesti 84,4% vastanneista. Niillä 4.4 % vastanneista, jotka eivät tukeneet ajatusta, perustelivat vastauksensa sillä, että aina voi kysyä lisää jatkokysymyksillä. Muita perusteluja oli myös ollut, että yksi ja sama malli ei käy kaikkiin tilanteisiin. Vastauksissa kerrottiin myös, että aina voi kysyä, jos on epäselvää. Hoitajat tietävät, mikä tieto on oleellista raportoinnissa ja että tieto löytyy potilaskertomuksista. Kaikki opiskelijat olivat yhtenäisen raportointimallin kannalla. Vastanneista 61.1% oli sitä mieltä. että suullisella raportilla on suuri merkitys potilaan hoidossa. Suullisen raportoinnin vaikutuksesta potilasturvallisuuteen 71.1 % oli sitä mieltä että puutteellinen suullinen raportti on potilasturvallisuusriski. (Fageström 2012, 36-44, viitattu 3.5 2015.)

Avoimilla kysymyksillä oli kysytty kokemuksista suullisesta raportoinnista osastojen välillä. Vastaus prosentti avoimissa kysymyksissä oli ollut 74,4. Tutkimuksessa oli kysytty, miten se toimii ja onko jotakin mitä pidetään turhauttavana ja riittämättömänä. Turhautumista oli aiheuttanut, jos raportilla oli tullut turhaa tietoa tai että tärkeä tieto hukkuu tai puuttuu kokonaan. Raportilla saatettiin unohtaa tärkeä tieto esimerkiksi eristystarpeesta ja annetuista lääkkeistä. Turhautumista koettiin myös jos joutui soittamaan takaisin lähettävälle osastolle varmistaakseen asioita tai saadakseen lisätietoa. Raportista saattoi puuttua looginen rakenne ja sen vuoksi täytyi kysyä potilaan hoitoon liittyviä asioita. Koettiin, että raportit, jotka ovat epäloogisia ja annetaan kiireessä, eivät ole potilaan edun mukaisia, vaan riski potilaille. (Fageström 2012, 36-44, viitattu 3.5 2015.)

Suullisen raportoinnin koettiin olevan tehokkain tapa jakaa tärkeää tietoa. Se on myös tärkeä tilanteissa, joissa ei ehdi heti lukea potilastietoja. Hyvän suullisen raportin koettiin säästävän aikaa, koska heti ei tarvitse lukea potilastietoja ja ottaa selvää asioista. Positiivisena suullisessa raportissa koettiin, että aina voi kysyä jos on epäselvyyttä tai herää kysymyksiä. Oleellisena pidettiin, että ei saa yksistään luottaa suulliseen raporttiin, vaan aina täytyy lukea myös potilastiedot. Mielipiteitä yhtenäisestä raportointimallista oli, että raportin laatu paranee ja raportoiija tuntee varmuutta raporttia antaessaan. Eri osastot tarvitsevat hieman erilaista tietoa, mitä ISBAR tuottaa. Siksi koettiin, että ISBAR:ia on vaikea käyttää osastojen välisessä tiedon siirrossa. Eri osastojen kiinnostus raportin sisällöstä vaihteli, mutta he olivat kuitenkin yhtenäisen raportin puolella. Raportointimallissa voidaan esittää se tieto, jota osasto haluaa ja mistä se on kiinnostunut. (Fageström 2012, 36-44, viitattu 3.5 2015.)

Männikkö ja Olkkonen Vaasan ammattikorkeakoulusta ovat tutkineet vuonna 2013 opinnäytetyössään ISBAR-menetelmän käyttökokemuksia käytännössä Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikalla ja pohjanmaan pelastuslaitoksen Vaasan ensihoitoyksikössä. Kyseisessä opinnäytetyössä kysyttiin Vaasan alueella työskenteleviltä ammattilaisilta heidän omia kokemuksiaan kyseisen menetelmän käytöstä ja vaikutuksista potilasturvallisuuteen. (2013, viitattu 20.8.2014.)

Tulosten mukaan ISBAR:in käyttö on jokseenkin helppoa ja tuovan tarvittavan tiedon raportoinnissa esille, mutta menetelmän käyttö vaatii hieman koulutusta. 60 prosenttia vastanneista oli kuitenkin sitä mieltä, että menetelmä helpotti raportointia ja tällä raportointi taktiikalla turha tieto jää pois, raportoinnista tulee selkeää ja yhtenäistä sekä loogista. (Männikkö & Olkkonen 2013, viitattu 20.8.2014.)

Opinnäytetyön raportissa kerrottiin ISBAR-menetelmän tehostavan raportointia ajallisesti sekä sisällöllisesti ja lisäävän henkilökunnan mielestä raportoinnin mielekkyyttä. Kyseistä menetelmää voidaan käyttää kiireellisissä ja kiireettömissä hoitotyön tilanteissa sekä esimerkiksi hoitajan konsultoidessa lääkäriä. Menetelmän käytölle on nähty eniten tarvetta juuri kiireellisissä tilanteissa, kun raportoinnin ja viestinnän tulee olla hoitohenkilöstön selkeää ja tehokasta. Hyvä kommunikaatio varmistaa potilaan hoidon hyvän laadun. (Männikkö & Olkkonen, 2013, viitattu 20.8.2014.)

Männikkö ja Olkkonen ovat tutkineet ISBAR menetelmän käyttökokemuksia ja vaikutuksia potilasturvallisuuteen. Tutkimukseen osallistui yksikössä toimivat hoitoalan ammattinimikkeen alla toimivat henkilöt, yhteensä 57. Aineisto oli kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa kysymyksiä oli 22 kappaletta. Tutkittavilta oli kysytty minkälaiseksi he kokevat ISBAR menetelmän käytön. 13 henkilöä oli vastannut menetelmän käytön olevan helppoa tai jokseenkin helppoa. Tutkimukseen osallistuneista 60 %, oli ollut sitä mieltä, että ISBAR menetelmän käyttö helpottaa hoitotyön raportointia. Tutkittavilta oli kysytty mielipidettä siitä, edistääkö ISBAR menetelmän käyttö potilasturvallisuutta, vastanneista 47% oli sitä mieltä. Potilasturvallisuutta paransi tutkimuksen mukaan se, että oleellinen tieto välittyi raportoinnissa. (2013, 21-38, viitattu 3.5.2015.)

Teho-osastolla hoidetaan kriittisesti sairaita ja vakavasti vammautuneita potilaita, jotka tarvitsevat tehostettua hoitoa ja valvontaa. Teho-osastolla hoidettavien potilaiden keskimääräinen hoitoaika on noin 3.4 vuorokautta. Teho-osastot eroavat toisistaan niiden paikallisten olosuhteiden ja hoitovaatimusten mukaan. Eroihin teho-osastojen välillä vaikuttaa se, onko erikoistunut erityispotilaiden valvontaan esimerkiksi sydänvalvontayksiköt. (Niemi-Murola, Junntila, Metsävainio & Pöyhiä 2014, 63.)

Tehopotilaan hoitotyö vaatii sairaanhoitajan läsnäoloa ympäri vuorokauden. Hoitotyössä korostuu potilaan monitorointi ja vitaalielintoimintojen tukeminen lääkkeillä ja laitteilla. Erityisesti kiinnitetään huomiota hengitykseen, verenkiertoon, tajunnantasaan, kipuun, elektrolyyttitasapainoon, happo- emästasapainoon sekä neste- ja lämpötasapainoon. (Takkunen, Ala-Kokko, Perttilä & Ruokonen 2006, 14, 51, 153, 253.)

Tehohoitojakso päättyy, kun kriittisesti sairaan potilaan elintoiminnot ovat vakaat ja potilas voi siirtyä jatkohoitopaikkaan. Sairanhoitaja valmistee potilaan siirtoa varten. Tarvittaessa sairaanhoitaja poistaa esimerkiksi ylimääräiset kanyylit ja dreelit. Siirrettävälle osastolle tai yksikölle on ilmoitettava hyvissä ajoin siirrosta. Näin vastaanottava yksikkö voi valmistautua potilaan vastaanottamiseen ja tehdä tarvittavat toimenpiteet, jos potilaalla on esimerkiksi eristystä vaativa infektio. Siirron yhteydessä teho-osaston sairaanhoitaja antaa siirto raportin vastaanottavalle hoitajalle. (Malinen, Korkala, Siren, Vuorela & Loisa 2004, 20, viitattu 19.2.2015.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvailla, miten hoitajat raportoivat suullisesti potilaan siirtyessä jatkohoitoon ja toteutuiko ISBAR:ssa käytettävät osa-alueet raportointi tilanteissa. Kokemamme mukaan suullinen raportointi on käytännössä haasteellista, koska monia potilaan hoitoon liittyviä asioita tulee ottaa huomioon raporttia antaessa. Olemme käytännössä kokeneet, että suullisen raportin antaminen on vielä epävarmaa ja malli, jota seurata toisi varmuutta omaan toimintaan.

Suullinen raportointi on hoitajille tuttu päivittäinen asia. Tutkimuksemme tavoitteena on saada monipuolisesti tietoa, jotta hoitajat kiinnostuisivat kehittämään omia suullisia raportointi menetelmiään ja jonka myötä potilasturvallisuuteen liittyvät riskit voisivat parantua. Lisäksi tavoitteena on, että osasto voisi hyödyntää opinnäytetyömme tuloksia, miettiessään mahdollista lisäkoulutusta. Omakohtaisina tavoitteina on omien suullisten raportointi taitojen parantaminen ja potilasturvallisuuteen liittyvien seikkojen kehittäminen.

Tutkimuksen suoritimme havainnoimalla suullisia raportointitilanteita potilaan siirtyessä osastolta jatkohoitoon. Tavoitteiden pohjalta muodostui seuraava tutkimustehtävä:

1. Miten strukturoidun rakenteellisen raportointimalli ISBARin osa-alueet toteutuvat potilaan siirtotilanteessa?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Hirsijärvi, Remes, Sajavaara, (2007, 65) mukaan tutkimuksen kulku on eri vaiheiseen luova prosessi, johon kuuluu tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus. Tutkimuksen osa-alueita ovat aiheeseen perehtyminen, suunnitelman laadinta, tutkimuksen toteutus ja tutkimusselosteen laadinta. Lähdimme tekemään tutkimustamme tämän mallin mukaan. Tutkimustehtävämme vastaus kuvasi laatua joten valitsimme kvalitatiivisen tutkimusotteen. Tutkimuksemme avulla saimme todellista tietoa raportoinnista siirtotilanteessa.

6.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta ja lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Kvalitatiivisessa aineistossa tutkija alkaa kerätä aineistoa päättämättä etukäteen, miten monta tapausta hän tutkii. Haastattelut voidaan esimerkiksi aloittaa ja jatkaa niitä niin kauan kuin ne tuovat tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. Aineisto on riittävä, kun samat asiat alkavat kertautua. Kvalitatiivisen tutkimuksen ajatuksena on, että yksityisessä toistuu yleinen. Kvalitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat, että tutkimusaineisto kerätään luonnollisissa, todellisissa tilanteissa ja kohdejoukko on tarkkaan valittu. (Hirsijärvi, ym, 2007, 157, 160, 176-177.)

6.2 Havainnointi tutkimusmetodina

Hirsijärvi ym. (2007, 208) mukaan havainnoinnin suurin etu on siinä, että sillä saadaan suoraa tietoa yksilöiden toiminnasta ja päästään luonnollisiin ympyröihin. Havainnointi on myös erinomainen menetelmä vuorovaikutukseen. Havainnointi kertoo, mitä todellisuudessa tapahtuu ja siitä saadaan tietoa toimivatko ihmiset niin kuin sanovat toimivansa. Eniten havainnointimenetelmiä on kritisoitu siitä, että havainnoija saattaa häiritä tilannetta, jopa muuttaa tilanteen kulkua. Haittana voi olla myös se, että havainnoija saattaa sitoutua emotionaalisesti tilanteeseen tai tutkittavaan ryhmään.

Tutkimuksen objektiivisuus kärsii tästä syystä. Tietoa voi olla vaikea tallentaa välittömästi joissakin havainnointitilanteissa, jolloin tutkijan täytyy kirjata havainnot myöhemmin ja luottaa muistiinsa. Havainnoinnin toteuttamiseen menee lisäksi aikaa. Eräitä eettisiä ongelmia liittyy myös havainnointiin, muun muassa se, kuinka paljon tutkittavalle kerrotaan havainnoinnin kohteista. (Hirsijärvi ym. 2007, 208-209).

Valitsimme aineistonkeruumenetelmäksi havainnoinnin, koska halusimme saada selville toimivatko hoitajat ISBAR-menetelmän mukaisesti raportointitilanteessa. ISBAR-menetelmä ei ole vielä terveydenhuollossa kovin vakiintunut käytäntö. Kaikilla hoitajilla on kuitenkin jonkinlaista tietoa siitä, mitä suullisen raportoinnin tulisi sisältää. Havainnoinnin avulla saimme selville, toimivatko osastolla työskentelevät hoitajat käytännössä niin kuin ISBAR:ista teoriassa kerrotaan. Haittana oli se, ettei tutkijoillakaan ollut kokemusta ISBAR:sta käytännössä. Näin ollen oppimiskokemuksena tämä oli tutkijoille hyvä.

Havainnoimalla pystyimme teorian pohjalta saamaan totuudenmukaisempaa tietoa kuin haastattelulla. Haastattelulla emme olisi saaneet tietoa siitä, miten hoitajat toimivat todellisuudessa vaan vain sen, mitä mieltä he ovat. Etuna havainnoinnissa oli, että meitä oli kaksi tutkijaa. Pystyimme yhdistämään saamamme tulokset, jos toiselta havainnoijalta jäi jokin kohta merkitsemättä lomakkeeseen. Paikan päällä havainnoimalla saimme tietoa myös potilaiden ja hoitajien välisestä vuorovaikutuksesta. Ilmeistä ja eleistäkin sai jonkinlaista tietoa, mutta kahden eri tutkijan nonverbaalinen tulkinta saattoi poiketa toisistaan.

6.3 Aineiston kerääminen

Havainnointiaineiston keräämiseen valitsimme systemaattisen havainnoinnin. Edeltävästi kävimme läpi tutkittavaa asiaa teorian pohjalta. Käsitteemme olivat potilasturvallisuus, suullinen raportointi ja ISBAR. Laadimme tämän jälkeen tutkimussuunnitelman, jolla haimme tutkimusluvan. Luvan saatuaamme sovimme tutkimuksen kohteena olevan osaston kanssa, koska voisimme tulla havainnoiteja tekemään. Osastonhoitaja oli etukäteen lähettänyt henkilökunnalle sähköpostia tulostamme ja osastolle toimitettiin myös saatekirje (liite 3).

Havainnointi tehtiin systemaattisesti, tarkasti rajatussa tilassa. Tutustuimme edeltävästi kohteeseen, jossa havainnointi toteutui. Havainnointilomakkeeseen (liite 4) oli tarkkaan suunniteltu mitä asioita havainnoidaan ja miten ne kirjataan. Lomakkeessa käytimme sanaa raportoiija, joka tarkoittaa tässä tapauksessa hoitajaa. Havainnointilomake oli koottu käyttäen strukturoitua raportointimallia ISBAR:ia ja havainnointilomake eteni loogisesti raportointimallin mukaan. Lomakkeesta tehtiin mahdollisimman systemaattinen käyttäen kyllä ja ei vaihtoehtoja. Käytössä oli myös muuta huomioitavaa osio johon kirjasimme tarvittaessa tarkennuksia raportoinnista.

Havainnointilomaketta testattiin käytännössä toisen tutkijan työpaikalla. Testatessa lomaketta huomattiin puutteita, jotka korjattiin lopulliseen lomakkeeseen. Toteutimme havainnointia kahden kuukauden aikana. Havainnointimme tapahtui aamu- ja iltavuorojen aikana. Emme määritelleet etukäteen havainnointipäiviä emmekä työvuoroja vaan soitimme teho-osastolle etukäteen, jolla varmistimme oliko sinä päivänä siirtoraportteja tiedossa ja minkä verran. Mikäli siirtoraportteja oli vähintään kaksi, menimme havainnointia suorittamaan osastolle. Osastolla ollessamme kerroimme osaston henkilökunnalle, että olimme paikalla, jotta he tiesivät, että me tulemme potilaan siirtovaiheeseen mukaan. Saatoimme joutua odottamaan välillä hyvin pitkäänkin, ennen kuin potilas siirtyi jatkohoitoon. Odotimme kuitenkin osaston käytävällä tai omaisten huoneessa kärsivällisesti. Se minkä vuoksi näin toimimme oli se, että emme halunneet häiritä hoitajien työskentelyä. Havainnointilomakkeeseen lisäsimme lisäksi numeron, jotta muistaisimme monesko havainnointi oli kyseessä. Kaikenkaikkiaan havainnoimme 10 siirtoraporttia.

Hoitajan saapuessa potilaan kanssa käytävälle tai hänen meidät hakiessa siirtotilanteeseen mukaan, kuljimme hoitajan ja potilaan mukana osastolle, jonne potilas siirtyi. Jatkohoitopaikkaan päästyämme menimme hoitajien mukana raportointi tilaan. Valitsimme raportointitilassa sellaiset paikat, jotta kuulisimme kaikki raportoinnissa esille tulevat asiat. Raportointitilanteen päätyttyä kokosimme saamamme tulokset yhteen. Kaikissa havainnointitilanteissa molemmat tutkijat olivat mukana.

6.4 Aineiston analysointi

Havainnointi tilanteita oli yhteensä 10 kappaletta. Tuloksiin pääsimme laskemalla yhteen havainnointilomakkeeseen tulleet merkinnät ja lopuksi kirjasimme muuta huomioitavaa kohdan tiedot. Muokkasimme tämän jälkeen tekstin vastaamaan tutkimustehtävien kysymyksiin.

Perusanalyysimenetelmä on aineistojen sisällönanalyysi ja sitä käytetään useissa eri kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmissä ja lähestymistavoissa. Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka avulla on mahdollista analysoida erilaisia aineistoja. Sisällönanalyysi ei etene suoraviivaisesti vaan jokainen tutkija joutuu kohtaamaan omat kykynsä. Haasteena sisällön analyysissä on sen joustavuus, säännöttömyys ja tutkija joutuu ajattelemaan itse. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133.) Tutkimuksen analyysivaiheessa tutkijalle voi selvitä miten tutkimusongelmat olisi pitänyt asettaa. Analyysivaiheessa tutkija saa myös selville minkälaisia vastauksia saadaan tutkimusongelmiin (Hirsijärvi ym. 2007, 216.)

Tuomi & Sarajärvi (2009, 113-115) mukaan sisällönanalyysi voidaan muodostaa teorialähtöisesti. Aineiston analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen. Aikaisempi viitekehys voi olla käsitejärjestelmä tai teoria. Työssämme käytimme viitekehyksenä teorialähtöistä ISBAR:sta. Teorialähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen työvaihe oli analyysirungon muodostaminen. Analyysirunko oli jäsenneilty ja aineisto kerättiin niistä asioista, jotka kuuluivat analyysirunkoon. Analyysirungossa laskettiin toteutuneet kerrat määritellyistä kriteereistä (liite2). Analyysirungon pääluokat pohjautuivat viitekehykseen eli ISBAR:iin. Pääluokkien sisällä olevat osa-alueet muodostivat tutkimuksen yläluokat. Tutkimuksen alaluokat tulivat kyllä ja ei vaihtoehdoista. Havainnointilomakkeen muuta huomioitavaa kohtaa analysoimme tuloksissa sen mukaan, mitä kumpikin tutkija oli havainnoinnut. Mikäli molemmat olivat havainnoinneet samoja asioita ja keskustelun jälkeen se oli tutkijoiden mielestä tärkeä asia suullista raportointia ajatellen, huomioimme sen tutkimustuloksissa. Tutkimustulosten analysointia toteuttivat molemmat tutkijat yhdessä.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Identify (tunnista). Tunnista-kohdassa yhdeksän raportoijaa kertoi potilaan nimen ja iän kertoi seitsemän raportoijaa. Kolme raportoijaa kertoi potilaan sukupuolen ja vain yhdessä raportin vastaanottaja kysyi potilaalta nimen. Yksikään raportin antajista ei kertonut nimeään tai ammattinimikettään. Kaikilla raportoijilla jäi myös potilaan henkilötunnus mainitsematta. Raportin vastaanottajista kukaan ei kysynyt potilaalta henkilötunnusta eikä varmistanut sitä potilasrannekkeesta.

Situation(tilanne). Tilanne-kohdassa jokainen raportoija kertoi hoitoon tulon syyn ja seitsemän raportoijaa kymmenestä kertoi syyn raportointiin.

Background(tausta). Taustatiedot-kohdassa yhdeksän raportoijaa kertoi hoitoon tulon päivämäärän ja kävi potilaan lääkityksen läpi. Potilaan sairaudet, taustatiedot ja tämänhetkinen diagnoosi kerrottiin kahdeksassa raportointitilanteessa. Seitsemän raportoijaa kertoi tehdyt toimenpiteet ja kuusi raportoijaa kävi läpi laboratoriotulokset sekä suonensisäisen nesteytyksen. Raportoijista viisi mainitsi lääkärin määräykset ja kahdella raportilla tuli esille allergiat ja hoitolinjaukset.

Assesment(nykytilanne). Nykytilanne-kohdassa raportoijista yhdeksän kertoi potilaan kivusta. Verenpaine, ulkoiset vauriot ja voinnin muutokset kerrottiin kahdeksassa raportointi tilanteessa. Hieman yli puolessa eli kuudessa raportointi tilanteessa tuli esille potilaan tajunta, virtsan määrä sekä laboratoriotulosten kehitys. Potilaan sydämen rytmin mainitsi viisi raportoijaa ja neljä kertoi ihon kunnon.

Potilaan happisaturaatio ja pulssi kerrottiin kolmessa raportissa ja vatsan toiminta kahdessa. Yksittäisiä mainintoja tuli esille potilaan muistista, liikkumisesta, pahoinvoinnista ja lämmöstä. Missään raportoinninvaiheessa ei tullut esille potilaan hengitysäniä, hengitysfrekvenssiä eikä ihon väriä.

Recommendation(toimintaehdotus). Toimintaehdotus-kohdassa kuusi raportinantajaa antoi toimintaehdotuksia ja kolme tarkisti raportin ymmärryksen. Raporteista seitsemässä vastaanottaja kysyi varmennusta ja viisi kirjasi raportinantajan ohjeita.

Muuta huomioitavaa-kohdassa teimme omia havainnoiteja raportointitilanteesta. Näissä tuli esille muun muassa se, että raportin eteneminen oli epäloogista ja raportti tilanteessa oli paljon häiriötekijöitä. Raportoija saattoi siirtyä asiasta toiseen kesken raportin: hän saattoi kertoa potilaan lääkityksen ja siirtyi kesken kaiken toiseen asiaan ja vähän ajan kuluttua hän palasi lääkitys asiaan taas uudelleen. Lisäksi hoitohenkilökuntaan kuulumaton henkilö tuli kesken raportin kysymään erilaisia asioita. Hoitohenkilökunta taas saattoi häiritä raportti tilannetta juttelemalla taustalla keskenään tai kysymällä raportin vastaanottajalta potilaaseen liittymättömiä asioita. Lisäksi kesken raportin hoitajat saattoivat keskustella omista henkilökohtaisista asioista.

Potilaan vaatetus ja omaiset tulivat myös joissakin raporttitilanteissa esille. Raportin vastaanottajan perehtyminen potilaan tietoihin etukäteen näkyi raportointi tilanteessa. Tällöin raportin vastaanottava hoitaja varmisti raportin antajalta, että hän oli ymmärtänyt tiedot oikein.

8 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tarkoituksena oli selvittää tutkimuksessamme sitä, että miten strukturoitu rakenteellinen raportointimalli ISBAR:in osa-alueet toteutuivat potilaan siirtotilanteessa. Kaikki havainnointiin osallistuvat olivat ammatiltaan sairaanhoitajia. Emme perehtyneet raportin antajien työkokemukseen etukäteen, joten emme voi päätellä, oliko työkokemuksella vaikutusta raportin antamiseen. Kommunikaatio-ongelmien edistäjinä koetaan olevan hoitajien erilaiset ammattitasot. Sairaanhoitajaopiskelijoilla ja vastavalmistuneilla hoitajilla on puutteellisemmat viestintätaidot. (Thomas, Bertram & Johnson 2009, 176-180, viitattu 24.7.2015.)

Hoitajilla joilla on erilaiset viestintätaidot, ISBAR:n on koettu helpottavan kommunikointia. Erilaiset kommunikointityylit saattavat johtaa väärinymmärryksiin ja siten vaikuttaa potilaan hoitoon. Ongelmia tuottaa tilanne, jossa osapuolet ovat eri ammattikunnan edustajia. (Haig, Sutton & Whittington 2006, 167-175, viitattu 24.7.2015.)

Potilaan tunnistamistilanteessa kerrottiin potilaan nimi ja ikä. Potilasta ei kuitenkaan varmisteta missään vaiheessa, että onko kysymyksessä oikea potilas ja onko potilas oikeassa paikassa. Potilaan tunnistaminen on hoidon kannalta tärkeintä, niissä tilanteissa erityisesti, kun potilas siirtyy yksiköstä toiseen, näytteitä ottaessa sekä lääkehoidon ja toimenpiteen yhteydessä. Potilaan tunnistaminen ei saa koskaan perustua olettamukseen, että joku on hänet jo aiemmin tunnistanut. Potilaan tunnistamisen tulisi olla systemaattista ja kaikkien ammattiryhmien tulisi tehdä se oikein ja samalla tavalla. (Helovuo ym. 2011, 203-209.)

Raportoijat toivat hyvin selville potilaan hoitoon tulon syyn sekä syyn jatkohoitoon siirtymiseen. Havainnoitaessa tuli esille myös, että raportioijat olivat perehtyneet potilaan taustoihin, koska osastolla on käytössä omahoitajuus malli. He toivat nämä asiat esille raportin vastaanottajalle hyvin. Saumaton ja luotettava tiedonsiirto on tärkeä osa potilaan hoidon turvallisuutta. Parhaan ajantasaisen tiedon saaminen potilaasta on tärkeää hoidon jatkuvuuden kannalta. On myös tärkeää, että hoitaja ymmärtää ja tietää

potilaan terveydentilan. Hoidon laatu ja potilasturvallisuus paranee ajantasaisen tiedon myötä. Oikealla, riittävällä ja ajantasaisella tiedon siirtymisellä on suuri merkitys turvallisen ja potilaan hyvän hoidon jatkuvuuden kannalta. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 44, 49, 60-63.) Johtopäätöksenä voidaan ajatella, että yksi hoitaja hoitaa kyseisellä osastolla enintään kahta potilasta, jolloin hoitajalla on resursseja paremmin perehtyä potilaan taustoihin ja hän tietää potilaassa tapahtuvat muutokset. Taustatiedot tulivat havainnointilanteessa esille joustavasti ja selkeästi.

Kokonaisuudessaan nykytilanne toteutui hyvin, mutta ABCDE- luokitusta noudattaen, ilmatien ja hengityksen mainitseminen jäi puutteelliseksi. Sairaalan vuodeosastolla tapahtuva sydänpysähdys ei ole äkillinen eikä ennakoitavissa. Tutkimuksissa on käyty läpi sydänpysähdysten saaneiden potilaiden sairauskertomuksia. Näissä on havaittu, että 66-84 prosentilla potilaista on useita tunteja ennen sydänpysähdystä ollut poikkeavia peruselintoimintojen arvoja. Havaintoja on ollut syketaajuuden, hengitystaajuuden, verenpaineen ja tajunnantason poikkeavuudet, myös vähävirtsaisuutta on ilmennyt. Australialaisessa tutkimuksessa oli selvitetty seitsemän kuukauden ajalta 6000 potilaan peruselintoiminnot heidän ollessa hoidossa vuodeosastolla ja niiden yhteydestä kuolleisuuteen. Potilaista 564:llä todettiin poikkeavia peruselintoimintoja. Nämä olivat hengitystaajuuden kohoaminen tai lasku, happisaturaation lasku, hypotensio ja tajunnantason lasku. (Jones, George, Hart, Bellomo & Martin 2008,12, viitattu 24.7.2015.)

Hoitotyön raportoinnissa potilaan tilanarvio on keskeinen asia. Kun potilaasta on tehty tilanarvio ennen raportointia, sen perusteella voidaan arvioida minkälaista hoitoa potilas silloin tarvitsee. Potilasturvallisuuden kannalta potilaan tilanarviolla on keskeinen merkitys. (Soar, Perkins, Gavin, Abbas, Alfonzo, Barelli, Joost, Bierens, Brygger, Deakin, Dunning, Georgiou, Handley, Lockey, Paal, Sandroni, Thies, Ziderman, Nolan & Jerry 2010, 1415, viitattu 6.7.2015.) ABCDE- luokituksen muut osa-alueet tulivat hyvin esille.

Potilasturvallisuuden edistämiseksi hyvä kommunikointi on tärkein työväline ja lähes kaikki potilastyöhön liittyvät toiminnot sisältävät kommunikaatiota. Kommunikointi vaikuttaa suoraan myös potilasturvallisuuteen. (Helovuo, ym, 2012, 189.)

Raportin antajalla ja vastaanottajalla oli hyvä vuorovaikutus keskenään ja he ikään kuin antoivat toinen toisilleen erilaisia toimintaehdotuksia. Toimintaehdotuksesta voisi näin ollen päätellä, että molemmat halusivat varmistaa potilaan kokonaisvaltaisen hoidon sekä sen, että hoidon jatkuvuus toteutuu. Raportin vastaanottajat varmistivat asiat kokonaisuudessaan hyvin, joten tällä ilmeisesti varmistettiin osittain potilasturvallisuuden toteutuminen.

Muuta huomioitavaa kohdassa nousi esille erityisesti raportin epäloogisuus ja häiriötekijät raportointitilanteessa. Ulkopuoliset häiriötekijät kuten puhelimen soiminen, soittokellojen soiminen tai potilaan omaisten vierailu saavat ajatuksen katkeamaan raportin aikana. Hoitajien väsymys ja stressitilat on myös tutkimusten mukaan todettu haittaavan katkeamatonta tiedon siirtoa. (Ortega & Barsh 2013, viitattu 18.7.2015.)

Kupari ym. mukaan ISBAR raportointimenetelmän käyttöönotto ei pelkästään luo aukotonta turvallisuutta potilaalle tiedonsiirrossa. Turvallisuuteen tarvitaan myös häiriötöntä ympäristöä, aktiivisesti kuuntelevaa vastaanottajaa ja varmistusta raportin ymmärtämisestä.(2012, 29-31.)

9 POHDINTA

Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden pohdinnalla voimme varmistaa tutkimuksemme luotettavuutta ja sen, että havainnointiin osallistuvat hoitajat voivat olla luottavaisin mielin siinä, ettei heidän henkilöllisyytensä ole paljastunut missään tutkimuksen vaiheessa. Omia oppimiskokemuksia on mielestämme tärkeä myös pohtia, koska näin pystymme paremmin hahmottamaan omat kehittämishaasteemme.

Kävimme esittämässä työmme osastokokouksessa. Esityksen jälkeen saimme palautetta saamastamme työstä. Palaute oli avointa ja sai aikaan runsaasti keskustelua. Palautteeksi saimme muun muassa sitä, että raportin vastaanottaja ei aina malta kuunnella raporttia loppuun asti. Raportointitilanteet ovat myös henkilökunnan mielestä rauhattomia ja kiireisiä. Työmme toi esille keskustelua siitä, että mikä on riittävä raportin sisältö ja mitä raportissa tulee tulla esille. Havainnointilomakkeesta saimme palautteeksi sitä, että siinä tuli esille oleellimmat asiat, mutta potilashoidon jatkuvuuden tarpeisiin nähden se voisi olla lyhyempi ja napakampi. Henkilötunnuksen lukeminen ääneen potilashuoneessa koettiin ongelmalliseksi, koska sitä ei koeta tietosuojallisesti oikeaksi. Keskustelussa nousi esille myös se, että hoitava hoitaja tulisi vastaan osastolla, ettei häntä tarvitsisi etsiä, koska tämä vie turhaa työaikaa potilaan hoitovastuun siirtämiseen nähden. Hoitajat kokivat, että heidän osastollaan pitäisi panostaa potilaan tunnistamiseen, mikä tuli myös meidän tuloksissa esille.

Osastolla oli perustettu kesän 2015 aikana potilastyöryhmä, joka lähtee kehittämään potilasturvallisuutta erityisesti raporttien ja tiedonkulun osalta yli osastorajojen. ISBAR oli noussut täällä esille. Opinnäytetyömme koettiin näin ollen hyvänä pohjana tälle. Raportointia on tarkoitus parantaa yhteistyössä eri osastojen kanssa lähettämällä aluksi kyselyn siitä, mikä kunkin osaston tarve on raportin osalta. ISBAR koettiin myös hyvänä apuna kirjaamiseen, koska tulevaisuuden suuntaus on hiljaiset raportit, jolloin oleelliset asiat tulee kirjattua. Jatkotutkimuksena osasto suunnittelee käyttävänsä ISBAR:ia pohjana raportointiin, räätälöimällä sen heidän osaston tarpeisiin. ISBAR:ia

pidettiin hyvänä tukena kirjalliseen ja suulliseen raporttiin. Vanhasta poisoppiminen ja motivaatio tulivat myös keskustelussa haasteina esille.

Kokonaisuudessaan osastolla pidettiin opinnäytetyömme aihetta mielenkiintoisena ja aiheemme oli heidän mielestään hyvin rajattu.

9.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Hirsijärvi, ym (2007, 226-227) mukaan tutkimuksen luotettavuus tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Luotettavuus voidaan todeta esimerkiksi, jos kaksi tutkijaa saa samanlaisen tuloksen. Luotettavuutta kohentaa myös tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Samankaltainen tutkimus voidaan suorittaa, jollakin toisella osastolla. Potilaan siirtyessä jatkohoitoon raportointi tilanteet ovat samanlaisia. Yksiköt kuitenkin ovat erilaisia ja se mitä asioita tulee raportoida riippuu kyseisestä yksiköstä. Tutkimuksemme tulosten siirrettävyys toiseen havainnointi tilanteeseen, on mahdollista toteuttaa. Havainnoinnin tekijänä ja havainnoin kohteena on yksilö, joten täydellisesti samankaltaista tulosta ei voida saada.

Tutkimus suunnitelmassa suunnittelimme, että keräämme vähintään 15-20 kappaletta havainnointi tilanteita, mutta hyväksyimme määräksi 10 siirtotilannetta. Katsoimme tämän riittäväksi, koska samat asiat kertaantuivat. Potilaan tunnistaminen jäi vajaaksi lähes kaikissa havainnointi tilanteissa. Toisaalta tuloksia ei voida pitää ihan täysin luotettavina, koska potilaan siirtyessä osastolta toiselle, hoitaja soittaa ja kertoo etukäteen potilaasta ja vastaanottaja perehtyy alustavasti potilaan tietoihin, jos tämä on mahdollista. Silti potilas pitäisi aina tunnistaa ja tutkimuksien mukaan tämä on potilasturvallisuusriski.

Laadimme kirjallisen tiedotuksen hoitajille, joka toimitettiin teho-osastolle ennen havainnointiamme. Kerroimme tiedotteessa lyhyesti opinnäytetyömme tavoitteista ja tuloksista. Meidän roolimme havainnoinnin aikana tuli tiedotteessa myös esille. Toimme hoitajille esille vapaaehtoisuuden ja sen, ettei heidän eikä potilaiden henkilöllisyys tule missään vaiheessa esille. Tutkimuksessa tulee olla lähtökohtana ihmisarvon kunnioittaminen. Itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan

mahdollisuudella itse päättää osallistuuko tutkimukseen vai ei.(Hirsjärvi 2007, 25.)
Tutkimukseen osallistuminen perustuu aina vapaaehtoisuuteen.

Halusimme tehdä erillisen tiedotuksen, jotta hoitajat eivät ihmettelisi miksi olemme heidän työpaikallaan tiettyinä ajankohtina. Tällöin he olisivat saattaneet tuntea olonsa epämukavaksi ja tuloksista ei välttämättä olisi tullut luotettavia. Halusimme myös varmistaa sen, että saamme tarpeellisen määrän aineistoa. Hoitajilla oli siis etukäteen mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta. Mikäli hoitajilla ei olisi ollut minkäänlaista etukäteistietoa tutkimuksestamme, vaarana olisi saattanut olla, että he olisivat voineet kieltäytyä tutkimuksesta. Tällöin emme olisi saaneet välttämättä tarpeeksi tutkimusaineistoa.

Tutkimuksen kohteena olevan osaston opetuskoordinaattorin ja osastonhoitajan kanssa sovimme, että tutkimussuunnitelmassa voi käydä ilmi sairaala ja osasto, jossa havainnointimme toteutettiin, mutta raportissa riittää maininta yhdellä teho-osastolla. Luotettavuutta halusimme parantaa lisäksi sillä, että emme tuoneet etukäteen esille päiviä milloin tulimme havainnointia toteuttamaan. Soitimme osastolle ennalta- arvaamatta ja kysyimme etukäteen potilaiden jatkohoitoon siirtymistilanteita. Toimimme näin, koska välimatka tutkimuskohteeseen oli pitkä ja tutkijoiden aikataulujen yhteensovittaminen oli välillä haastavaa. Hoitajille ei tullut missään vaiheessa esille se, mitä osa-alueita havainnoimme siirtoraportointitilanteissa. Hoitajat eivät osanneet varautua tähän ennalta mitenkään.

Ei etukäteen sovittujen päivien lisäksi toteutimme havainnointia aamu- ja iltavuoroissa parin kuukauden ajan, jolloin kukaan ei voi päätellä, kuka on tai oli ollut tutkimuspäivänä työvuorossa. Työvuoroissa oli havainnointien aikana eri työntekijä. Havainnointitutkimukseen emme tarvinneet lupaa potilailta, koska havainnoimme ainoastaan hoitajien toimintaa raportoinnin aikana. Hoitajien henkilöllisyys ei tullut missään tutkimuksen vaiheessa esille. Potilaan henkilöllisyys tuli havainnoinneissa esille, mutta sitä ei käytetty missään vaiheessa tutkimusta. Tutkijoina meitä sitoo sama vaitiolovelvollisuus kuin työntekijöinä tai opiskelijoina ollessamme.

Havainnointilanteessa pyrimme siihen, että emme häirinneet hoitajien työskentelyä emmekä potilaiden toipumista. Vaikka havainnointilanteessa työskentelimme pareittain, pyrimme mahdollisuuksien mukaan olemaan äänettömästi ja huomaamattomasti. Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten menetelmien, tutkijoiden, tietolähteiden tai teorioiden yhdistämistä tutkimuksessa. Työssämme luotettavuutta parannettiin tutkijaan liittyvällä triangulaatiolla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 143-145.) Sillä tarkoitetaan sitä, että kaksi tutkijaa tarkasteli ja analysoi aineistoa, jolloin tutkimustuloksista tuli luotettavampia.

Tallensimme havainnoinnit kahdella eri tavalla; systemaattisella havainnoinnilla sekä havainnointilomakkeen muuta huomioitavaa kohdalla. Muuta huomioitavaa kohtaan kirjoitimme ylös kaiken sellaisen tiedon, mitä ei lomakkeessa tullut esille. Kävimme lomakkeen ja muuta huomioitavaa kohdat läpi heti havainnoin jälkeen, jotta tieto olisi yhtenäistä. Tutkijoilla tuli joihinkin asioihin tulkinnallisia eriäväisyyksiä, mutta kun asiasta keskustelimme ja kävimme yhdessä raportin läpi, pääsimme yhteisymmärrykseen. Kuvanauhalle tallentaminen olisi ollut hyvä vaihtoehto havainnoinnille, mutta jätimme tämän pois, koska tähän olisi ollut hankalampaa saada lupa. Potilailta olisi myös pitänyt saada lisäksi erillinen lupa, jota emme siis tässä tarvinneet.

Hoitajat saattoivat tuntea olonsa vaivautuneeksi tai epävarmaksi havainnointilanteessa, mutta eettinen ongelma voidaan sulkea pois, koska tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Havainnoinnin aikana tuli muutaman kerran esille se, että hoitajat olisivat halunneet tietää mitä havainnoimme. Emme halunneet kertoa etukäteen havainnoinnin sisältöä, koska se olisi voinut vaikuttaa hoitajien työskentelyyn liikaa. Tämä olisi näin ollen voinut vähentää tutkimustulosten luotettavuutta. Havainnointi onnistui kaiken kaikkiaan hyvin.

Hoitajan työkokemuksella voi olla joko negatiivisia tai positiivisia vaikutuksia suullisen raportin antamiseen. Pitkään alalla työskennellyt hoitaja voi olla niin kaavoihin kangistunut, että hänellä on vaikeuksia oppia uutta ja ottaa uutta tietoa vastaan. Toisaalta pitkän kokemuksen omaava hoitaja osaa asiat ja on itsevarma. Vastavalmistuneella hoitajalla on taas uusin tieto asioista, joten hän voi tuoda

työpaikalle asioihin uusia näkökulmia sekä menetelmiä. Eri asia on, tuoko hän näitä esille ja miten ne käytännössä otetaan vastaan. Vaarana on, että vastavalmistunut hoitaja tekee, niin kuin täällä on aina tehty. Tätä emme kuitenkaan voi päätellä tässä tutkimuksessa.

9.2 Kehittämis ja jatkotutkimushaasteet

Hyviä jatkotutkimuksia opinnäytetyöhömmä liittyy olisi interventiotutkimus, jossa tarkastellaan koulutuksen vaikutusta ISBAR:n toteutumiseen. Näiden jälkeen hyvä jatkotutkimushaaste voisi olla se, että onko näillä ollut vaikutusta potilasturvallisuuteen. Yhtenäisellä suullisella raportointimallilla raportti etenee loogisesti ja kaikki osa-alueet tulee käytyä läpi. Mitkään potilaan hoitoon liittyvät asiat eivät jäisi kertomatta, joten potilasturvallisuuteen liittyvää tiedonkulku parantuisi.

Viestintään liittyviä koulutuksia järjestetään myös, joihin jokaisella hoitohenkilökuntaan kuuluvalla on mahdollista osallistua omakustanteisesti tai työnantajan järjestämänä. Tiloihin, joissa raportit annetaan, olisi kehitettävää. Niiden tulisi olla rauhallisia eikä niihin olisi mahdollista ulkopuolisten päästä.

9.3 Oma oppiminen

Olemme oppineet opinnäytetyöprosessin aikana paljon tutkimuksen etenemisestä sekä havainnoinnista. Aikataulujen yhteensovittaminen oli aineiston keruun aikana välillä haastavaa, mutta saimme järjestettyä ne hyvin, kun suunnittelimme ja sovimme asiat etukäteen. Opimme näin ollen organisoimaan asioita paremmin. Hyvä organisointikyky on yksi sairaanhoitajan tärkeimmistä osaamisalueista.

Työskentelymme sujui hyvin, vaikka emme ihan pysyneet alkuperäisessä aikataulussa. Opinnäytetyön valmistuminen siirtyi myöhemmäksi, koska emme etukäteen osanneet ennakoita, että aineiston kerääminen on loppujen lopuksi suhteellisen pitkä projekti. Halusimme kuitenkin saada tarpeeksi aineistoa, jotta saimme tuloksista mahdollisimman luotettavia. Tästä opimme, että tutkimussuunnitelma on hyvä aloittaa paljon aikaisemmin, kuin mitä me aloitimme.

Haasteellista oli välillä löytää yhteistä aikaa opinnäytetyön tekemiselle. Molemmilla oli henkilökohtaisia kiireitä ja velvollisuuksia opinnäytetyön tekemisen aikana. Jaoimme välillä töitä niin, että teimme opinnäytetyötä yksin omalla ajalla, jonka jälkeen keräsimme yhdistämämme tiedot.

Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut yhteistyöhömmä. Pystyimme keskustelemaan ja päättämään kompromisseihin, jotta olemme saaneet työstämme mahdollisimman tasokkaan.

Potilasturvallisuuteen vaikuttavista asioista saimme hyvää kertausta. Toiselle tutkijalle ISBAR oli uusi käsite, joten hänelle tämä oli hyvä oppimiskokemus. Toinen tutkija sai taas ISBAR:sta syvempää tietoa.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Autio, M. & Kakko, K. 2013. Potilaan tunnistaminen leikkausosastolla sairaanhoitajien toteuttamana – havainnointi tutkimus. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 19.11.2014,
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64560/autio_marleena_kakko_katja.pdf?sequence=1.

Awanic Oy. 2014. HaiPro. Viitattu 8.3.2015, <http://awanic.com/haipro/>.

Clark, E., Squire, S., Heyme, A., Mickle, M-E. & Petrie, E. 2009. The PACT Project: improving communication at handover. Viitattu 10.11.2014
<https://www.mja.com.au/journal/2009/190/11/pact-project-improving-communication-handover>.

Fageström, S. 2012. Muntlig rapportering på Haartmanska sjukhuset före ISBAR. En kvantitativ och kvalitativ enkätundersökning. Arcada. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 10.11.2014,
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/52927/Fagerstrom_Sofia.pdf?sequence=1.

Haig, K., Sutton, S., Whittington, J. 2006. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. Journal on Quality and Patient Safety, 32(3), 167-175. Viitattu 24.7.2015.
http://www.nursingcenter.com/CEArticle?an=00004045-201310000-00008&Journal_ID=2695880&Issue_ID=1606806

Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen P. 2012. Potilasturvallisuus. 2. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Helovu, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K., & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.

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

Iivanainen, A & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Hämeenlinna: Tammi.

Jones, D., George, C., Hart, G., Bellomo, R., Martin, J. 2008. Introduction of Medical Emergency Teams in Australia and New Zealand: a multi-centre study. Critical Care 12. Viitattu 24.7.2015, <http://www.ccforum.com/content/12/2/R46>.

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

Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. 2008. Ensihoito. Jyväskylä: Tammi.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. ISBAR – menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. Sairaanhoitajalehti 85 (3), 29-31.

Leonard, M., Graham, S. & Bonacum, D. 2004. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Viitattu 10.11.2014, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765783/pdf/v013p00i85.pdf>.

Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim. 2011. HaiPro-millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007 – 2009. Viitattu 8.3.2015, http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo99540&p_haku=potilasturvallisuus.

Malinen, H., Korkala, A-L., Siren, R., Vuorela, P. & Loisa, P. 2004. Potilaan siirto teho-osastolta vuodeosastolle. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 19.2.2015, <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=375&GUID=%7BCAD51907-441F-480A-B4DD-4778A3786441%7D>.

Mustajoki, P., Saha, H. & Sane, T. 2003. Potilaan tutkiminen. 4. painos. Helsinki: Duodecim.

Männikkö, M. & Olkkonen, L. 2013. ISBAR-menetelmän käyttökokeemukset Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikalla ja Pohjanmaan pelastuslaitoksen Vaasan ensihoitoyksikössä. Vaasan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 20.8.2014, <http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/60675/Mannikko%20Mari%20ja%20Olkkonen%20Laura.pdf?sequence=1>.

NHS. 2008. Institute for innovation and improvement. SBAR situation background assessment. Viitattu 25.8.2015, http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/sbar_-_situation_-_background_-_assessment_-_recommendation.html.

Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K., Pöyhä, R. 2014. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Duodecim.

Niensted, W., Hänninen, O., Arstila, A., & Björkqvist, S. 2006. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 16. painos. Helsinki: WSOY.

Oksanen, T., Tolonen, J., 2015. Akuuttihoito –opas. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 20.8.2015,

http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01869&p_haku=abcd.

Ortega, L., Barsh, B. 2013. Improving change –of- shift report Nursing 43 (2), 68. Viitattu 18.7.2015,

http://journals.lww.com/nursing/Citation/2013/02000/Improving_change_of_shift_report.20.aspx

Ruuskanen, S. 2007. Hoitotyön suullisen raportoinnin kehittäminen – kehittämistyöhön osallistuneiden arviointia raportointikäytännön muutoksesta. Pro-gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto Hoitotieteen laitos.

Sairaanhoitajaliitto, 2014. Potilasturvallisuus. Viitattu 20.8.2014,

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/hoitotyon_kehittaminen/potilasturvallisuus/.

Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY.

Schildt, M. 2012. Potilasturvallisuusprojekti tehosi. Sairaanhoitaja 1 (85), 18.

Soar, J., Perkins, G., Abbas, G., Alfonzo, A., Barelli, A., Joost, J., Bierens, H., Deakin, C., Dunning, J., Georgiou, M., Handley, A., Lockey, D., Paal, P., Sandroni, C., Thies, K., Ziderman, D., Nolan, J. 2010. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. Resuscitation (81). Viitattu 6.7.2015,

<http://genoplivning.dk/wp-content/uploads/2013/07/european-resuscitation-council-guidelines-for-resuscitation-2010-section-8-cardiac-arrest-in-special-circumstances.pdf>.

Takkunen, O., Ala-Kokko, T., Perttilä, J., Ruokonen, E. 2006. Tehohoito- opas. 2. painos. Helsinki: Duodecim.

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326. Viitattu 20.8.2014

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, C. 2013. Laatu ja potilasturvallisuus. Viitattu 18.1.2015,

<http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/potilasturvallisuus-kansainvalisesti>.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014. Laatuindikaattorit Suomessa 2011-2012. Viitattu 8.3.2015,<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/oecd-n-terveydenhuollon-laatuindikaattorit-suomessa-2011-2012>.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, A. 2013. Potilasturvallisuussuunnitelma. Viitattu 20.8.2014,

<http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/potilasturvallisuussuunnitelma>.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos, B. 2013. Potilasturvallisuuden vaarantuminen. Viitattu 20.8.2014,

<http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus/potilasturvallisuuden-vaaratilanteet>.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014. Mitä on potilasturvallisuus. Viitattu 21.3.2015,<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2012. Potilasturvallisuutta taidolla ohjelma. Viitattu 19.2.2015

<http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/potilasturvallisuutta-aidolla-ohjelma>.

Thomas, CM., Bertram, E., Johnson, D. 2009. The SBAR communication technique: teaching nursing students professional communication skills.

Nurse Educ. 34. (4), 176-180. Viitattu 24.7.2015

,<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19574858>.

Thompson, J., Collett, L., Langbart, M., Purcell, N., Boyd, S., Yuminaga, Y., Ossolinski, G., Susanto, C. & McCormack, A. 2011. Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. Viitattu 10.11.2014, <http://pmj.bmj.com/content/87/1027/340.short>.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.

Vainio, A. 2009. Voiko kipua mitata. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu 10.1.2015, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025.

World Health Organization, A. 2007. The nine Patient Safety Solutions.

Viitattu 10.3.2015, http://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/.

World Health Organization, B. 2007. Communication During Patient Hand-Overs.

Viitattu 10.3.2015

, <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PSSolution3.pdf?ua=1>.

LIITTEET

LIITE 1: GCS

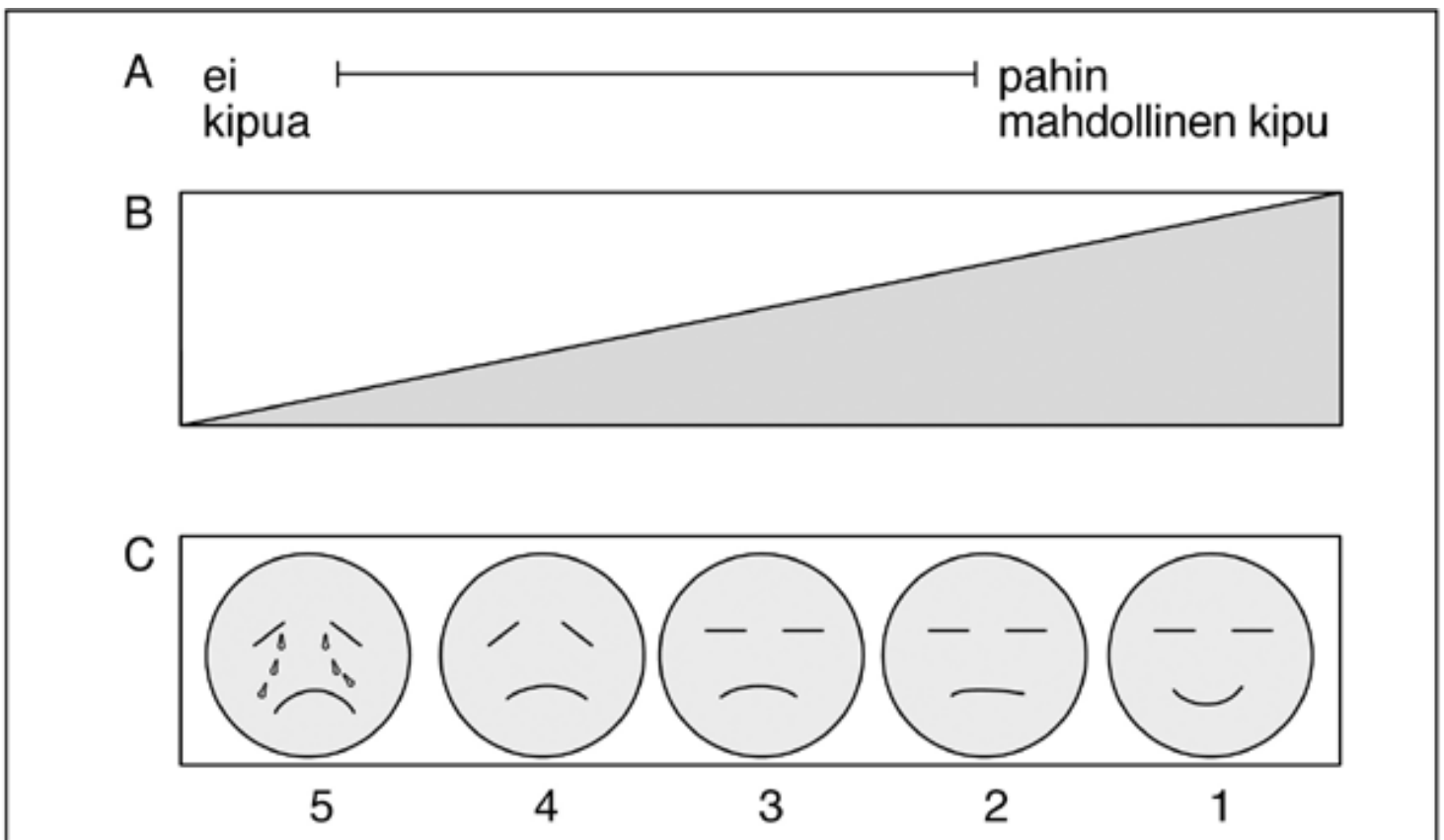
LIITE 2: Kipumittari

LIITE 3: Tiedotus osastolle

LIITE 4: Havainnointilomake

Toiminto	Reagointi	Pisteet
Silmien avaaminen	Spontaanisti	4
	Puheelle	3
	Kivulle	2
	Ei vastetta	1
Puhevaste	Orientoitunut	5
	Sekava	4
	Irrallisia sanoja	3
	Ääntelyä	2
	Ei mitään	1
Paras liikevaste	Noudattaa kehotuksia	6
	Paikallistaa kivun	5
	Väistää kipua	4
	Fleksio kivulle	3
	Ekstensio kivulle	2
	Ei vastetta	1
Yhteensä		3–15 pistettä

Tajunnan tasoa seurataan Glasgown kooma asteikon avulla. Tajunta merkitsee tietoutta ympäristöstä ja itsestä. Asteikko perustuu kolmen toiminnon testaamiseen, silmien avaamiseen, puhumiseen ja liikkumisen testaamiseen. (Iivanainen & Syvänoja, 2008, 606.)



Yleisimmin käytetty kipumittari on visuaalianalogiasteikko eli VAS. Se on 10 cm pitkä vaakasuora jana, jonka vasemmassa päässä on 0, "ei kipua" ja oikeassa 10, "pahin mahdollinen kipu". Potilas merkitsee janaan kohdan, joka vastaa hänen senhetkisen kipunsa voimakkuutta näiden kahden ääripään välillä. (Vainio, A, 2009 viitattu 10.1.2015)

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun ammattikorkeakoulusta, Oulaisten yksiköstä. Teemme opinnäytetyön osastollenne, jossa havainnoimme raportointi tilannetta potilaan siirtyessä osastoltanne jatkohoitoon. Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus.

Emme häiritse emmekä puutu raportointi tilanteeseen millään tavalla, vaan seuraamme niitä sivusta ja teemme muistiinpanoja, johon olemme laatineet itsellemme havainnointilomakkeen. Missään tutkimuksen vaiheessa ei tule esille havainnointiin osallistuvien hoitajien eikä potilaiden henkilöllisyys, emmekä käytä kenenkään henkilön mitään tietoja tutkimustuloksissa.

Teille, että potilaille osallistuminen on vapaaehtoista, mutta toivomme pääsevämme havainnoimaan raportointia potilaan siirtyessä osastoltanne jatkohoitoon.

Lämpimien terveisin Sari Franssi ja Satu Järvelä



ISBAR

	KYLLÄ	EI
I Identify (tunnista)		
Raportoija kertoo nimensä		
Raportoija kertoo ammattinimikkeensä		
Raportoija kertoo potilaan nimen		
Raportoija kertoo potilaan iän		
Raportoija kertoo potilaan henkilötunnuksen		
Raportoija kertoo potilaan sukupuolen		
Vastaanottaja kysyy potilaalta nimen		
Vastaanottaja kysyy potilaalta henkilötunnuksen		
Vastaanottaja tarkistaa tiedot potilaan rannekkeesta		
S Situation (tilanne)		
Kertoo syyn raportointiin/ siirtyy jatkohoitoon		
Kertoo hoitoon tulon syyn		
B Background (tausta)		
Kertoo:		
Kertoo sairaudet		

Kertoo taustatiedot		
Kertoo hoitoon tulon/päivämäärän		
Sanoo tämänhetkisen diagnoosin		
Käy lääkityksen läpi		
Käy lääkärin määräykset läpi		
Käy mahdollisen i.v. nesteytyksen läpi		
Kertoo tehdyt toimenpiteet		
Käy laboratoriotulokset läpi		
Kertoo mahdolliset allergiat		
Kertoo hoitolinjaukset/eristyksen		
A Assesment (nykytilanne)		
Kertoo:		
Ilmatie (intuboitu, putken koko, syvyys)		
Hengitysfrekvenssi		
Hengityssänet		
Hengitysmalli (intuboitu, Niv)		
Saturaatio		
Verenpaine		
Pulssi		
Sydämen rytmi		
Lämpörajat		
Tajunta GCS/tajunta normaali		
Orientaatio (aikaan/paikkaan/itseensä)		
Kivut/ VAS asteikko		
Lämpö		
Iho (kostea, hikinen, kuiva)		
Ihon väri		

Vatsan toiminta		
Virtsa (määrä, väri)		
Ulkoiset vauriot		
Kertoo laboratoriotulosten kehityksen		
Käy läpi muutokset voinnissa		
Verensokeri		
R Recommendation (toimintaehdotus)		
Antaako raportoija toimintaehdotuksia		
Kirjaako vastaanottaja ohjeita		
Kysyykö vastaanottaja varmennusta		
Raportin antaja tarkistaa raportin ymmärryksen		

MUUTA HUOMIOITAVAA -----

