



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

RISKISIIRTOJA

Potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratapahtumia hoito-
laitossiirtojen yhteydessä ensihoitajien kokemina

Maria Kinnunen

Marja-Leena Östring

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2018
Ensihoitajakoulutus
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ensihoitajakoulutus, sairaanhoitajakoulutus

KINNUNEN, MARIA & ÖSTRING, MARJA-LEENA:

Riskisiirtoja

Potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratapahtumia hoitolaitossiirtojen yhteydessä ensihoitajien kokemina

Opinnäytetyö 61 sivua, joista liitteitä 12 sivua
Maaliskuu 2018

Hoitoja, tutkimuksia ja toimenpiteitä keskitetään jatkuvasti enemmän, samalla kun pienempien yksiköiden toiminta-aikoja supistetaan tai niitä jopa suljetaan kokonaan. Tämä aiheuttaa lisääntyvää tarvetta hoitolaitossiirroille. Lisäksi kuljetusmatkat pitenevät etenkin harvaan asutuilla alueilla. Tämä saattaa vaarantaa potilasturvallisuutta etenkin kriittisesti sairaiden potilaiden kohdalla. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät Pirkanmaan alueella työskentelevät ensihoitajat kokevat potilasturvallisuutta vaarantavina hoitolaitossiirtojen yhteydessä ja miten näitä vaaratapahtumia voidaan ennaltaehkäistä. Opinnäytetyön tehtävänä oli saada tietoa siitä, minkälaisia potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratapahtumia ensihoitajat ovat kohdanneet ja miten hoitolaitosten välisten potilassiirtojen potilasturvallisuutta voidaan parantaa. Tavoitteena oli lisätä tietoa hoitolaitosten välisiin potilassiirtoihin liittyvistä riskeistä ja niiden ennaltaehkäisystä.

Aineisto kerättiin syksyn 2017 aikana haastatteleamalla kahdeksaa ensihoitajaa. Lisäksi haastateltavat saivat täytettäväkseen kyselylomakkeen. Koetut vaaratapahtumat olivat joko läheltä piti-tilanteita tai varsinaisia haittapahtumia. Läheltä piti-tilanteisiin olivat syynä joko väärän kuljetusmuodon valinta tai virheellinen riskinarvio. Haittapahtumien taustalla olivat puolestaan tilanteet, joissa potilaan voinnin tarkkailussa oli puutteita, tai muutosta potilaan voinnissa ei ollut huomioitu. Hoitolaitossiirtojen yhteydessä potilasturvallisuutta vaarantavina tekijöinä ensihoitajat kokivat puutteet seuraavissa osa-alueissa: potilaan hoito ja seuranta, tiedonkulku ja kommunikaatio, vastuun ottaminen potilaasta, ensihoitopalvelun tuntemus, kiireettömien siirtojen tilausjärjestelmä sekä puutteet ja riskitekijät välineistössä ja ympäristössä. Kyseisiä vaaratapahtumia ennaltaehkäisevinä ensihoitajat kokivat seuraavat tekijät: potilaan asianmukainen hoito ja riittävä seuranta, hyvä kommunikaatio ja tiedonkulku sekä ammatillinen toimintakyky ja osaaminen.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää apuna miettiessä, miten hoitolaitossiirtojen turvallisuutta voidaan jatkossa parantaa. Haastateltavien vastauksissa nousi esille toistuvasti mm. se, kuinka puutteet kommunikaatiossa ja tiedonsiirrossa aiheuttavat vaaratilanteita. Näitä vaaratilanteita voidaan ennaltaehkäistä standardoidun raportoinnin avulla tai kehittämällä hoitolaitosten välisten potilassiirtojen tarkistuslista. Haastateltavien vastauksissa toistuivat myös puutteet riskipotilaiden tunnistamisessa. Riskipotilaiden tunnistamisen tueksi on kehitetty erilaisia pisteytysjärjestelmiä, joita kannattaa hyödyntää jatkossa entistä paremmin. Lisäksi hätätilapotilaan tunnistamista voidaan parantaa koulutuksen avulla.

Asiasanat: ensihoito, ambulanssi, hoitolaitossiirto, potilassiirto, vaaratapahtuma, potilasturvallisuus

ABSTRACT

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

KINNUNEN, MARIA & ÖSTRING, MARJA-LEENA:
Risks of Interhospital Transfers
A Survey On The Views Of The Emergency Care Personnel

Bachelor's thesis 61 pages, appendices 12 pages
March 2018

The purpose of this study was to find out which factors the emergency care nurses and practical nurses working in the emergency medical services in Pirkanmaa region experience to be the greatest risks to patient safety in patient transfers between nursing institutions and how these risks can be prevented. Another purpose of the study was to obtain information on what kind of patient safety related hazards the paramedics have encountered during their careers and how to improve the patient safety in patient transfers between nursing institutions. The aim was to increase the awareness of the risks and to obtain knowledge about prevention of the risks.

The data were collected during the autumn 2017 by interviewing four practical nurses and four emergency care nurses. In addition, interviewees were required to complete a questionnaire. The observed hazards were either near – accidents or actual adverse events. Near – accidents were due to either the wrong mode of transport or the incorrect risk assessment. The underlying causes of the adverse events were situations where there were lacks in the monitoring of the patient or a change in the patient's condition was not noticed. Emergency care personnel had experienced many different factors to be jeopardizing to patient safety of the interhospital transfers. They had experienced lacks in the following matters: patient care and follow – up, communication, taking responsibility for the patient, organizational awareness and deficiencies and risk factors in equipment and environment. The following factors were considered to prevent the risks: proper care and adequate monitoring of the patient, good communication and good professional competence.

The results of this study can be used to improve the patient safety of patient transfers between health care institutions. The answers from the interviews showed, that lacks in the communication had caused risks to patient safety. These incidents could be prevented by standardized reporting or by developing a checklist for patient transfers between the health care institutions. By the responses, there are still lacks on detecting risk patients. Various scoring systems have been developed to support the detecting of risk patients, which should be better utilized in the future. In addition, identification of an emergency patient can be improved by training.

Key words: emergency care, ambulance, interhospital transfer, patient transfer, adverse event, patient safety

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
	2.1 Ensihoitopalvelu	7
	2.2 Hoitolaitossiirto	8
	2.3 Potilasturvallisuus.....	10
	2.4 Vaaratapahtuma	14
3	TARKOITUS, TEHTÄVÄT, ONGELMAT JA TAVOITE.....	17
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	18
	4.1 Laadullinen menetelmä.....	18
	4.2 Aineiston keruu.....	19
	4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	20
5	TULOKSET	22
	5.1 Haastatteluaineiston analyysit.....	22
	5.2 Suljettujen haastattelukysymysten yhteenveto	28
6	POHDINTA.....	31
	6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	31
	6.2 Tulosten tarkastelu.....	33
	6.2.1 Hoitolaitossiirtojen yhteydessä koetut potilasturvallisuuteen liittyvät vaaratapahtumat	33
	6.2.2 Hoitolaitossiirtoihin liittyviin vaaratapahtumiin yhteydessä olevat tekijät	37
	6.2.3 Hoitolaitossiirtoihin liittyvien vaaratapahtumien ennaltaehkäisy. 41	
	6.3 Opinnäytetyöprosessin pohdintaa	43
	6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	44
	LÄHTEET.....	45
	LIITTEET	50
	Liite 1. Kuvakaappaus ePotku –tilauksen kuljetusmuotoa määrittävistä kysymyksistä.....	50
	Liite 2. Tietoinen suostumus	51
	Liite 3. Esitiedot ja suljetut haastattelukysymykset.	53
	Liite 4. Avoimet haastattelukysymykset.	54
	Liite 5. Luokittelut.....	55

1 JOHDANTO

Hoitolaitosten välisten potilassiirtojen hoitoketjussa on edelleen paljon parannettavaa. Ongelmat liittyvät kuljetuksen tilaamiseen, potilaan kuljetuskuntoon saattamiseen, siirron aikaiseen monitorointiin, dokumentointiin ja informaation kulkuun eri tahojen välillä. Suurin osa potilasturvallisuuden raportointijärjestelmä HaiPro:n siirtokuljetuksia koskevista ilmoituksista liittyy nimenomaan puutteisiin tiedonkulussa. Potilasturvallisuuden näkökulmasta hoitolaitossiirtoja on tutkittu vain vähän. (Kuisma ym. 2017, 773; Tapper ym. 2018.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella tehtiin vuonna 2014 n. 13 000 HaiPro –ilmoitusta, joista 35% liittyi lääkehoitoon (usein tiedonsiirtoon) ja 22% tiedonkulkuun (Tapper ym. 2018).

Vaikeasti sairastuneiden tai vammautuneiden tila voi heikentyä edelleen huonosti suunniteltujen potilassiirtojen takia. Siirtokuljetusten yhteydessä on alettu käyttää leikkaussaleista tuttuja tarkistuslistoja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Sairaalsiirroissa on todettu osan potilaista kärsivän ennustetta huonontavista matalista verenpaineista ja/tai huonosta happeutumisesta. Lisäksi osalla on vammoja, joita ei ole hoitolaitossiirron alkaessa vielä diagnosoitu, eikä niitä näin ollen välttämättä osata huomioida riittävästi siirron aikana. (Kuisma ym. 2017, 772-773, 766.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, minkälaisia potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratapahtumia ensihoitajat ovat kokeneet hoitolaitosten välisten potilassiirtojen yhteydessä, mitkä tekijät vaikuttavat hoitolaitossiirtojen potilasturvallisuuteen ja millaisin keinoin vaaratapahtumia voitaisiin tulevaisuudessa ehkäistä. Opinnäytetyö toteutetaan haastattelututkimuksena Pirkanmaan alueella työskenteleville ensihoitajille.

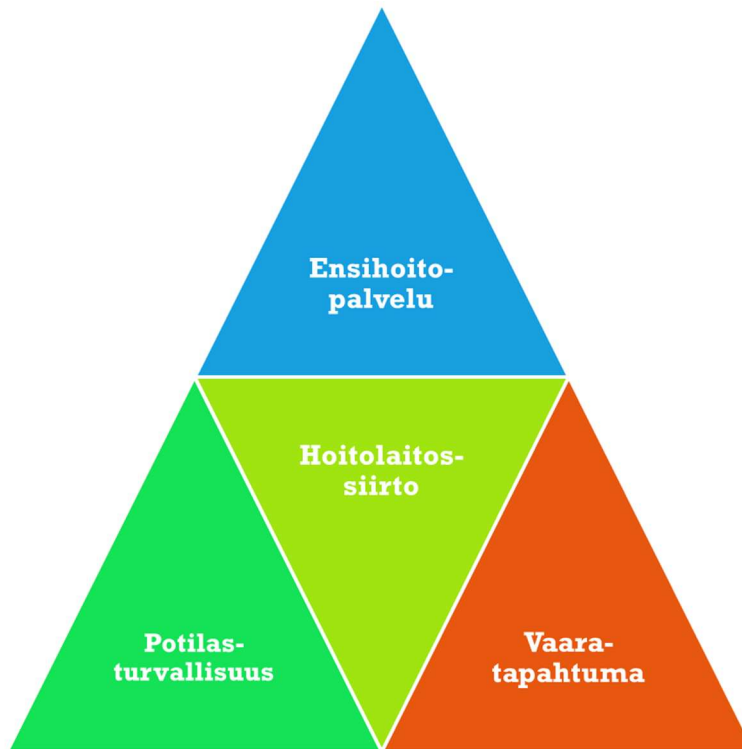
Aihe on tärkeä ja ajankohtainen, sillä hoitoja, tutkimuksia ja toimenpiteitä keskitetään jatkuvasti enemmän, samalla kun pienempien yksiköiden toiminta-aikoja supistetaan tai niitä jopa suljetaan kokonaan (Tapper ym. 2018). Tämä aiheuttaa lisääntyvää tarvetta potilassiirroille laitoksesta toiseen, lisäksi kuljetusmatkat pitenevät etenkin harvaan asutuilla alueilla. Opinnäytetyömme eri osa-alueita on tutkittu laajastikin (esim. raportointi, dokumentointi, potilasturvallisuus), mutta varsinaisesti hoitolaitossiirtoihin keskittyneitä tutkimuksia ei juuri ole. Sairaalan tai laitoksen sisällä työskenteleville ei ole aina selvää,

minkälaiset toimintaedellytykset siirtoon tilatulla yksiköllä on. Ambulanssi toimintaympäristönä on sairaalaan verrattuna niin erilainen, että voi olla hyvinkin vaikeaa ymmärtää minkälaisia ongelmatilanteita hoitolaitossiirron aikana voi tulla eteen. Toisaalta ensihoitajat eivät aina osaa arvioida lähettävän laitoksen tasoa tai valmiuksia, eivätkä he näin ollen voi suoraan arvioida tai olettaa siellä tehtyjä toimenpiteitä ja hoitotoimia.

Haluamme opinnäytetyöllämme lisätä käsitystä siitä, kuinka pienestä asiasta voi siirron aikana kasvaa potilasturvallisuutta uhkaava ongelma. Kun saamme tietoa siirtojen riskitekijöistä, pystymme jatkossa paremmin omalta osaltamme huomioimaan hoitolaitossiirron turvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä, valmistelemaan potilaan siirtokuntoon sekä varmistamaan hänen vointinsa ja ylläpitämään sitä hoitolaitosten välisen siirtokuljetuksen aikana.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme keskeiset käsitteet ovat ensihoitopalvelu, hoitolaitossiirto, potilasturvallisuus ja vaaratapahtuma (kuvio 1). Käsittelemme näitä haastattelututkimuksen kautta.



KUVIO 1. Teoreettinen viitekehys

2.1 Ensihoitopalvelu

Ensihoitopalvelu on terveydenhuollon toimintaa, joka vastaa ensisijaisesti hoitolaitosten ulkopuolella olevien potilaiden kiireellisestä hoidon tarpeen arvioinnista, hoidosta ja tarvittaessa kuljetuksesta. Aiemmin käytössä olleet termit sairaankuljetus ja lääkinällinen pelastustoimi on korvattu termillä ensihoitopalvelu. (Castrén ym. 2012, 14.) Ensihoitopalvelun järjestämisestä säädetään laissa (Asetus ensihoitopalvelusta 585/2017). Ensihoitopalvelun yksiköitä ovat ensivaste, perus- ja hoitotason yksiköt sekä kenttäjohto- ja lääkäriyksiköt (maayksikkö tai helikopteri) (Metsävainio 2012, 53).

Hoitotason ensihoitajalla tarkoitetaan henkilöä, joka on koulutukseltaan ensihoitaja AMK tai ensihoitoon suuntautuvan lisäkoulutuksen suorittanut sairaanhoitaja. Perustason ensihoitajalla tarkoitetaan henkilöä, joka voi olla koulutukseltaan joko ensihoitoon suuntautunut lähihoitaja, lähihoitaja, joka on käynyt jonkun muun osaamisalan suuntaavat opinnot tai pelastaja. Koska ensihoitaja ei ole nimikesuojattu ammattinimike, ensihoitajan nimikettä voivat käyttää kaikki edellä mainitut (Valvira 2017. Ammattinimikkeet).

Ensihoitajat jaetaan hoito- ja perustason ensihoitajiin koulutuksen ja hoitovalmiuksien perusteella (Metsävainio 2012, 53). Hoitotason ensihoidon yksikössä vähintään toisen tulee olla koulutukseltaan ensihoitaja AMK tai ensihoitoon suuntautuvan 30 opintopisteen lisäkoulutuksen käynyt sairaanhoitaja. Lisäksi toisen hoitotason yksikön työntekijän on oltava koulutukseltaan terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon taikka sitä vastaavan aikaisemman tutkinnon suorittanut henkilö. Perustason yksikössä ainakin toisen ensihoitajan on oltava terveydenhuollon ammattihenkilö, joka on käynyt ensihoitoon suuntaavan koulutuksen. Toinen perustason yksikön työntekijöistä voi olla koulutukseltaan terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastajatutkinnon taikka sitä vastaavan aikaisemman suorittanut henkilö. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.) Suonensisäisen lääkehoidon antaminen edellyttää laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön tutkintoa (Metsävainio 2012, 53).

2.2 Hoitolaitossiirto

Hoitolaitossiirrolla tarkoitetaan potilaan siirtämistä hoitolaitoksesta toiseen. Suomessa tehdään vuosittain kymmeniätuhansia hoitolaitosten välisiä potilassiirtoja. Hoidollisesti siirrot ovat jaoteltavissa kahteen ryhmään: alemmasta korkeampaan yksikköön (esim. terveyskeskuksen päivystyksestä yliopistosairaalan päivystykseen) tai päinvastoin (esim. yliopistosairaalasta terveyskeskuksen vuodeosastolle jatkohoitoon). Hoitolaitossiirrot ovat joko kiireellisiä tai kiireettömiä. (Kuisma ym. 2017, 774, 767.)

Siirto toteutetaan hoitavan lääkärin harkinnan mukaan yleisimmin joko ambulanssilla tai taksilla. Monilla alueilla kiireelliset siirtokuljetukset tilataan edelleen hätäkeskuksen kautta, mutta kiireettömiä siirtokuljetuksia on alettu tilata yhä enemmän erillisen sähköisen tilausohjelman kautta. On hyvin yleistä, että tilauksen tekee osastonsihtööri, joka ei

tunne potilasta eikä voi arvioida hoidon kiireellisyyttä tai potilaan lääketieteellisen hoidon tarvetta. Vastuu oikeanlaisen kuljetusmuodon pyytämisestä on lähettävällä hoitolaitoksella. (Kuisma ym. 2017, 767.) Lähettävä lääkäri on vastuussa potilaasta hoitolaitosiirron aikana ja lähettävän lääkärin tulisi arvioida potilaan siirtokelpoisuus aina ennen kuljetusta (Kämäräinen 2014, 1234; Kuisma ym. 2017, 767; Tapper ym. 2018).

Erikoissairaanhoidossa on tehty viime vuosien aikana paljon erikoisalojen ja päivystysten keskittämisiä osaamiskeskuksiin, jonka johdosta potilaita joudutaan jatkossakin siirtämään hoitolaitosten välillä. Ambulanssiresurssit eivät välttämättä kasva samaa tahtia kuin potilaiden kuljetustarve, joten olisi järkevää miettiä myös vaihtoehtoisia kuljetustapoja. Joillakin alueilla on saatu hyviä tuloksia paari- ja invataksitoiminnan kehittämisestä. Usein haasteena ovat ylivarovaisuus ja pinttyneet toimintatavat kuljetuksen tilaamisessa. Potilaalle tilataan ambulanssi varmuuden vuoksi, vaikka potilaan kunto olisi sellainen, että hän voisi siirtyä täysin turvallisesti myös taksilla. (Kuisma ym. 2017, 774.) Taksi olisi myös ambulanssia edullisempi kuljetusmuoto (Kela 2017; Sosiaaliturvaopas 2018). Hoitoja, tutkimuksia ja toimenpiteitä keskitetään jatkuvasti enemmän, samalla kun pienempien yksiköiden toiminta-aikoja supistetaan tai niitä jopa suljetaan kokonaan (Tapper ym. 2018). Tämä aiheuttaa lisääntyvää tarvetta potilassiirroille laitoksesta toiseen, lisäksi kuljetusmatkat pitenevät etenkin harvaan asutuilla alueilla (Kuisma ym. 2017, 774; Tapper ym. 2018).

Onnistuneen siirtokuljetuksen taustalla ovat huolellinen esivalmistelu ja ennakointi. Jos on todennäköistä, että kuljetuksen aikana täytyy tehdä hoitotoimenpiteitä, on tärkeää valmistautua niihin paitsi tarvittavilla välineillä myös osaavalla henkilökunnalla. Hoitotoimenpiteiden tekeminen liikkuvassa autossa on erittäin vaikeaa, joten ajoneuvo täytyy yleensä pysäyttää niitä varten. Tarvittaessa matkan aikana voidaan vaihtaa kuljettajaa, jotta saadaan valpas ja virkeä ensihoitaja ajovuoroon. (Kuisma ym. 2017, 772.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella kiireettömät hoitolaitossiirrot tilataan sähköisesti ePotku –järjestelmän kautta Tampereen kaupungin ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) omistamalta yhteishankinta- ja logistiikkayhtiö Tuomi Logistiikalta. Tuomi Logistiikan henkilöliikenteen ajojärjestelijä välittää tilauksen sopivimmalle yksikölle suoritettavaksi. Ajojärjestelyn ollessa yöaikaan suljettuna siirtokuljetukset välitetään yksi-

köille (20.2.2018 alkaen) Pirkanmaan pelastuslaitoksen tilanne- ja johtokeskuksesta. Tilausta tehtäessä potilaan henkilötietojen lisäksi täytetään tiedot lähtöpaikasta ja -ajasta sekä kuljetuskohteesta. Järjestelmään vastataan kyllä/ei -vaihtoehdoin kysymyksiin joiden tarkoituksena on ohjata oikean kuljetusmuodon valintaan (ambulanssi tai paari-, inva-, tai tavallinen taksi). Kysymykset näkyvät liitteessä 1. Lisäksi tilauksen tekijällä on mahdollisuus kirjoittaa vapaasti lyhyet lisätiedot. Tilauksen toisessa vaiheessa täydennetään kuljetuskohde ja muita lisätietoja, jotka eivät enää vaikuta kuljetusmuodon valintaan. Poikkeustapauksissa kuljetusten tilaaminen on mahdollista myös puhelimitse. Ambulanssilla tehtävät kiireettömät siirrot toteuttavat sopimusten mukaiset palveluntuottajat. PSHP:n alueen kiireettömien hoitolaitossiirtojen yhdensuuntaiset kuljetusmatkat vaihtelevat suuresti jopa alle kilometristä (tarvittava ambulanssisiirto saman laitoksen eri rakennukseen) useisiin satoihin kilometreihin (eri sairaanhoitopiirien väliset kuljetukset). (Vuolukka 2018b.)

Palveluesimies Katri Vuolukan (2018a) mukaan Tuomi Logistiikan koordinoimana tehtiin PSHP:n alueella kiireettömiä hoitolaitosten välisiä potilassiirtoja ambulanssilla yhteensä 28 542 kappaletta vuonna 2016. Kiireellinen ensihoitojärjestelmä suoritti 3018 kappaletta hoitolaitosten välisiä potilassiirtoja vuonna 2016 (ensihoitopäällikkö Harri Taskinen, 2017). Yhteensä tehtäväkoodilla 793A/B/C/D suoritettiin siis **31 560** kappaletta potilassiirtoja PSHP:n alueella vuonna 2016.

2.3 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollon yksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintamalleja, joilla pyritään varmistamaan, että potilas saa turvallisesti ja vahingoittumatta tarvitsemansa ja oikean hoidon oikeaan aikaan, oikealla tavalla ja niin, että siitä aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa hänelle. Mm. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos THL määrittelee, että potilasturvallisuuteen kuuluu hoidon turvallisuus, lääkeshoidon turvallisuus sekä lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuus. (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 7; Aaltonen & Rosenberg 2013, 12; THL: Potilasturvallisuus 2017) Potilaslain 3 pykälän (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 785/1992) mukaan

”potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon”. Nämä pitävät sisällään mm. hoidon laadun, potilasturvallisuuden sekä henkilökunnan pätevyyden (Kotisaari & Kukkola 2012, 13).

Puutteet potilasturvallisuudessa aiheuttavat maailmanlaajuisesti vakavia kansanterveydellisiä ongelmia. Todennäköisyys joutua lento-onnettomuuteen on yksi miljoonasta, kun taas mahdollisuus siihen, että potilaalle aiheutuu harmia terveydenhuollon palveluita käyttäessään, on 1:300. (World Health Organisation 2017.) Euroopan komissio teki vuonna 2008 tutkimuksen selvittääkseen potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä EU:n alueella. Tutkimuksen mukaan eniten vaaratapahtumia aiheuttavat lääkehoitoon liittyvät virheet (23%), väärä diagnoosi (22%) ja puutteet kommunikaatiossa (17%). (European commission 2008.)

Potilaan tutkimiseen liittyen tiedonkulku on potilasturvallisuuden kannalta kriittinen tekijä. Esimerkiksi mittauksia tekevän hoitajan ilmoittaessa mitatut arvot kirjaavalle hoitajalle, voi tapahtua väärin kuulemista. Samoin voi tapahtua myös, jos lääkeohjeet annetaan sanallisesti. Käyttämällä ns. suljetun ketjun viestintää voidaan parantaa potilasturvallisuutta. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että tiedon vastaanottaja kuittaa saamansa tiedon sanomalla sen ääneen. (Alanen ym. 2016, 16.) Kurrosen (2011, 38) pro gradu –tutkielmassa tuli ilmi, että suurin tiedonkulun vaaratapahtumiin vaikuttava tekijä on kiire. Kiire yhdessä liian vähäisen henkilökuntamäärän kanssa aiheuttaa ylikuormitusta, joka puolestaan altistaa virheille. Kurrosen mukaan, hoitolaitosten sisällä olisi yksittäisten työtekijöiden virheiden sijaan siirryttävä etsimään systeemissä piileviä virheitä, joihin lukeutuu mm. liian vähäinen henkilökuntamitoitus suhteessa työkuormaan. Myös Yhdysvalloissa on havaittu puutteiden kommunikaatiossa olevan yleisiä ja aiheuttavan merkittäviä riskejä potilasturvallisuudelle hoitolaitossiirtojen yhteydessä. Seuraavalla sivulla on kuviossa 2 kuvattu muut mahdolliset hoitolaitossiirtoihin liittyvät riskit, jotka on jaoteltu lääketieteellisiin ja teknisiin riskeihin sekä inhimillisestä toiminnasta johtuviin virheisiin. (Luster ym. 2018, 91, 96.)



KUVIO 2. Hoitolaitosten välisten potilassiirtojen riskien aiheuttajat. (Mukaellen: Luster ym. 2018, 96).

ISBAR –menetelmän avulla kommunikaatio ja olennaisen tiedon siirtyminen tehostuvat. Tiedon välittäminen systemaattisesti parantaa potilasturvallisuutta. (Castrén ym. 2012; Alanen ym. 2016, 16.) ISBAR takaa myös onnistuneen raportoinnin potilaasta. ISBAR –menetelmää voidaan käyttää niin kiireettömissä, kuin kiireellisissäkin tilanteissa. Seuraavalla sivulla olevissa taulukoissa (1 ja 2) on esitelty molempiin tilanteisiin sopivat raportointiohjeet.

Kiireetön tilanne:

TAULUKKO 1. ISBAR – Kiireetön tilanne. (Mukaellen: Sjöman& Kippola 2017; Alanen ym. 2016, 17)

I	IDENTIFY Tunnista	Potilaan tiedot -Potilaan henkilötunnus, nimi, ikä ja sukupuoli
S	SITUATION Tilanne	Raportoinnin syy -Hoitolaitossiirron syy -Potilaan sairauden tai vamman laatu ja syntymekanismi
B	BACKGROUND Tausta	Potilaan tausta -Potilaan perussairaudet ja lääkitykset -Aiemmat hoidot -Allergiat, tartuntataudit ja muut riskitiedot -Muu oleellinen tieto
A	ASSESSMENT Nykytilanne	Oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen -Potilaan tilatiedot (ABCDE) -Vitaalit -Muut oleelliset havainnot potilaan tilasta
R	RECOMMENDATION Toimintaehdotus	Oma ehdotuksesi -Suositukset välittömistä toimenpiteistä -Potilas siirtyy vastaanottavan hoitolaitoksen vastuulle

Kiireellinen tilanne:

TAULUKKO 2. ISBAR – Kiireellinen tilanne. (Mukaellen: Sydney Local Health District 2014 ; Alanen ym. 2016, 17)

I	IDENTIFY Tunnista	Esittäytyminen ja potilaan tiedot -Oma nimi, työstatus, yksikkö ja sijainti -Potilaan henkilötunnus, nimi, ikä ja sukupuoli
S	SITUATION Tilanne	Soiton syy -Hoito-ohje -Ennakoilmoitus -Mainitse heti, jos kyseessä on hätätilapotilas!
B	BACKGROUND Tausta	Potilaan tausta -Tapahtumatiedot -Potilaan perussairaudet ja lääkitykset -Riskitiedot
A	ASSESSMENT Nykytilanne	Oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen -Potilaan tilatiedot (ABCDE) -Vitaalit
R	RECOMMENDATION Toimintaehdotus	Oma ehdotuksesi -Työdiagnosiksi ja hoidoksi tai kysymys siitä, kuinka tulisi toimia -Toista saamasi ohjeet ääneen -Arvioitu saapumisaika sairaalaan, jos kyseessä ennakoilmoitus

Hoito-ohjeen pyytäminen lääkäriltä lisää ensihoidon turvallisuutta (Alanen ym. 2016). Potilasturvallisuutta ja tiedonkulkua HaiPro –vaaratapahtumien analyysin kautta tarkasteleva pro gradu –tutkielma osoitti useiden potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien johtuvan puutteellisista toimintaohjeista (Kurronen 2011, 42). Ennen hoito-ohjeen pyytämistä ensihoitajalla tulee olla riittävästi tietoa potilaasta. Ensihoitajan pitää osata hyvin potilaan haastattelu ja tarvittavien tutkimusten tekeminen. Ensihoidossa potilaalle tehtävät tutkimukset toteutetaan työparityöskentelynä. Työtehtävien jakaminen nopeuttaa toimintaa ja parantaa potilasturvallisuutta. Potilaan voinnin muutoksia ja hoidon tulosta tulee seurata, kunnes potilas luovutetaan jatkohoitopaikkaan. Seuranta toteutetaan potilaan voinnin mukaan, mutta potilaan peruselintoiminnot tulisi mitata ja kirjata ainakin kuljetuksen alussa ja juuri ennen potilaan luovuttamista vastaanottavaan hoitolaitokseen. (Alanen ym. 2016, 18.)

NHSA (National Health Service Agency) on kehittänyt seitsemän askeleen ohjelman, jonka mukaan potilasturvallisuutta voidaan edistää mm. rakentamalla avointa ja oikeudenmukaista turvallisuuskulttuuria, edistämällä haittatapahtumien raportointia ja kehittämällä riskienhallintajärjestelmiä (National Health Service Agency 2004). Hoitolaitossiirtojen turvallisuutta voidaan parantaa simulaatioiden, tarkistuslistojen, standardoidun raportoinnin sekä haittatapahtumien raportoinnin avulla (Tapper ym. 2018).

2.4 Vaaratapahtuma

Vaaratapahtumalla tarkoitetaan tapahtumaa, joka aiheuttaa tai voi aiheuttaa haittaa potilasturvallisuudelle. Vaaratapahtumat jaetaan läheltä piti –tapahtumiin, joista ei aiheudu haittaa potilaalle, ja haittatapahtumiin, joista aiheutuu potilaalle haittaa joko potilasvahingon tai lääkevahingon muodossa (Knuutila ym. 2007, 8; Helovuola ym. 2011, 17; Aaltonen & Rosenberg 2013, 12). Vaaratapahtuman vakavuutta arvioidaan usein sen seurausten vakavuuden perusteella. Potilasturvallisuuden edistämisen kannalta vaaratapahtumia kannattaisi kuitenkin tarkastella enemmän niiden sisältämän riskin näkökulmasta. Läheltä piti –tilanne ei aiheuta potilaalle haittaa, mutta se saattaa sisältää riskin hyvin vakavalle haitalle. Potilasturvallisuutta voidaan edistää puuttamalla myös niihin tilanteisiin, jotka ei eivät johtaneet haittaan, mutta riski oli ilmeinen. (Helovuola ym. 2011, 17.)

Tekemällä ilmoituksen vaaratapahtumista voidaan ennaltaehkäistä muiden potilaiden ja työntekijöiden joutuminen samanlaiseen tilanteeseen. Ilmoitukset tehdään luottamuksellisesti, joko anonyymisti tai omalla nimellä. Kaikki raportoidut vaaratapahtumat kerätään vaaratapahtumarekisteriin tai –tietokantaan ja niiden kertymistä tulee seurata säännöllisesti. Vaaratapahtumista raportoimalla saadaan tietoa vaaratapahtumien syntymiseen vaikuttavista tekijöistä. Tiedon avulla voidaan oppia tunnistamaan riskit, määrittellä niiden hallintaan liittyvät toimenpiteet ja arvioida toimenpiteiden vaikutukset. (Kinnunen ym. 2009.)

Ruuhilehto ym. (2011) tutkivat 64 405 HaiPro –ilmoitusta 36 eri organisaatiosta vuosilta 2007 – 2009. 51% ilmoitetuista tapahtumista liittyi lääkkeisiin ja lääkitysprosessiin. Tapaturmiin ja tiedonkulkuun liittyviä ilmoituksia tuli suunnilleen saman verran, niihin liittyi yhteensä neljäsosa haittatapahtumista. Tutkimuksen mukaan kommunikaatiossa ja tiedonkulussa oli usein ongelmia, jotka lisäsivät haittatapahtuman riskiä. Esimerkiksi henkilö ei ollut saanut suullista tai kirjallista tietoa, joka olisi ollut välttämätöntä tehtävän onnistumisen kannalta. Joissain tapauksissa saadut tiedot olivat puutteellisia tai epäselviä.

Joskus vaaratapahtumaa voi edeltää poikkeama, jolla tarkoitetaan tapahtumaa, joka poikkeaa suunnitellusta tai sovitusta terveydenhuollon toimintatavasta, –järjestelmästä tai tuotteesta. Poikkeama voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. Poikkeama voi olla myös ennalta suunniteltu ja potilaan edun mukainen. (Knuutila ym. 2007, 7–8.) Inhimilliseen toimintaan liittyy aina virheen mahdollisuus. Virhe voi johtaa vakavaan vaaratapahtumaan tai läheltä piti –tilanteeseen. (Castrén ym. 2010, 252.) Kehittyneissä länsimaissa joka kymmenes potilas kokee hoitonsa aikana jonkinlaisen haittatapahtuman (Helovuo ym. 2011, 18). Päivystyksellisten siirtojen yhteydessä ilmenevät kiire ja hätä voivat altistaa virheille (Tapper ym. 2018).

Terveydenhuollon laitteen tai tarvikkeen aiheuttaessa vaaratilanteen, tulee siitä tehdä ilmoitus Valviralle (Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto). Ilmoitusvelvollisuus koskee laitteita maahantuovia yrityksiä, laitteiden valmistajia ja niitä käyttäviä ammattilaisia. Ilmoituksen tekemättä jättäminen on rangaistavaa. (Valvira 2017.) Terveydenhuollossa olisi tärkeää panostaa prosessien ja toimintatapojen mallinnukseen sekä hyödyntää

strukturoituja menetelmiä toiminnassa. Olisi tärkeää, että vaaratapahtumat tulisivat kaikkien tietoisuuteen, jotta niitä pystyttäisiin jatkossa ennaltaehkäisemään. (Kurronen, 2011, 42.) Vaaratapahtumien välttämiseksi tarvitaan kokonaisvaltaista ja resursoitua laadun ja turvallisuuden hallintaa. Inhimillisiä kärsimyksiä aiheuttavien tapahtumien estämisellä säästetään myös kustannuksissa. Turvallisuuskulttuuria voidaan parantaa avoimella ilmapiiirillä, toiminnan jatkuvalla kehittämisellä ja puuttamalla nopeasti vaaratilanteisiin. (STM 2017.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT, ONGELMAT JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, mitkä tekijät ensihoitajat kokevat eniten potilasturvallisuutta vaarantavina hoitolaitosten välisissä potilassiirroissa ja kuinka näitä vaaratapahtumia olisi heidän mielestään mahdollista ennaltaehkäistä. Aihetta ei ole juurikaan tutkittu, joten materiaali perustuu siirtokuljetusten osalta haastatteluihin. Haastatteluiden pohjalta nousevista havainnoista vertaamme, onko jokin alue erityisen haastava siirtokuljetusten osalta ja tulisiko jotain osa-aluetta tutkia tarkemmin jatkossa. Tarkoituksena on saada haastatteluiden kautta vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Minkälaisia potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratapahtumia ensihoitajat ovat kokeneet hoitolaitossiirtojen yhteydessä?

2. Mitkä tekijät ensihoitajat ovat kokeneet potilasturvallisuutta vaarantavina hoitolaitossiirtojen yhteydessä?

3. Mitkä tekijät ensihoitajat kokevat vaaratapahtumia ennaltaehkäisevinä hoitolaitossiirtojen yhteydessä?

Tavoitteenamme on lisätä tietoa hoitolaitossiirtoihin liittyvistä riskeistä ja niiden ennaltaehkäisystä ja tätä kautta lisätä potilasturvallisuutta.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Laadullinen menetelmä

Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkimukseen osallistuvien todellisuutta ja heidän näkökulmaansa tutkittavaan ilmiöön. Laadullinen tutkimus kohdentuu tarkastelemaan tutkittavan ilmiön määrän sijasta sen laatua. (Kylmä & Juvakka 2007, 23; Macnee & McCabe 2008, 28.) Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään tarkastelemaan sanoja numeroiden ja tilastojen tarkastelun sijasta. Verrattuna kvantitatiiviseen, eli määrälliseen tutkimukseen, laadullisen tutkimuksen osallistujamäärät ovat yleensä vähäisempiä. Yleensä osallistujia on kuudesta kahdeksaan kappaletta. Laadullisessa tutkimuksessa keskitytään suuren osallistujamäärän sijaan tarkastelemaan osallistujilta saatavaa informaatiota. (Schmidt & Brown 2008, 159–160.) Laadullista tutkimusmenetelmää käyttämällä voidaan lisätä ymmärrystä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Monia hoitotyöhön liittyviä ilmiöitä ei pystytä mittaamaan pelkästään määrällisesti tai havainnoimalla, vaan ilmiön ymmärtämiseksi tarvitaan myös ihmisten omia kuvauksia. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2015, 74; Schmidt & Brown 2008, 159–160.)

Laadullisen tutkimuksen eri lähestymistavoille yhteistä on se, että niiden tavoitteena on löytää tutkittavasta aineistosta toimintamalleja, samanlaisuuksia tai eroja (Janhonen & Nikkonen 2001, 21). Käytettävä lähestymistapa tulisi valita tutkimusongelman tai tutkimustehtävän perusteella. Jos tavoitteena on lisätä ymmärrystä ja saada syvälinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tai jos tutkittavasta ilmiöstä on olemassa vain vähän tietoa, on aiheellista käyttää laadullista menetelmää. (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2015, 78.) Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan löytää uusia näkökulmia tutkittavasta ilmiöstä. Nämä näkökulmat saattaisivat jäädä kokonaan huomiotta, jos käytettäisiin pelkästään määrällistä tutkimusmetodia. (Schmidt & Brown 2008, 158.) Tutkimukseen osallistujiksi valitaan ne henkilöt, joilla on mahdollisimman paljon kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat mm. osallistujien vähäinen määrä ja aineistonkeruun toteuttaminen avoimin menetelmin. Usein tutkittavasta ilmiöstä on olemassa vain vähän tutkimustietoa. Laadullisessa tutkimuksessa haastattelun avulla pyritään saamaan mahdollisimman värikkäitä ja monipuolisia vastauksia. (Kylmä & Juvakka 2007, 26–27, 30.)

4.2 Aineiston keruu

Päätimme toteuttaa opinnäytetyömme laadullista menetelmää käyttäen. Koska tutkimastamme aiheesta ei vielä löydy paljoa tutkimustietoa, toteutustavaksi valikoitui puolistrukturoitu haastattelu. Puolistrukturoitu haastattelu eroaa strukturoidusta haastattelusta siten, että siinä ei käytetä valmiita vastausvaihtoehtoja vaan haastateltavat saavat vastata kysymyksiin omin sanoin (Eskola & Suoranta 2005, 86). Tutkimushaastattelu edellyttää tietoisuutta suostumusta haastateltavilta (Liite 2). Tietoinen suostumus tarkoittaa, että haastateltavalle on selvitetty tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja käytettävät menetelmät. Haastateltavalle on kerrottu, kuinka hankittua aineistoa käsitellään ja hänelle on selvitetty hänen oikeutensa peruuttaa osallistumisensa missä tahansa vaiheessa syytä ilmoittamatta. (Tampereen yliopiston tietoarkisto 2017.)

Haastateltavat valikoituivat vapaaehtoisuuden ja haastateltavien työkokemuksen perusteella. Heistä neljä oli koulutukseltaan perustason ensihoitajia ja neljä hoitotason ensihoitajia. Neljällä vastaajista oli ensihoidon työkokemusta yli kymmenen vuotta ja kolmella 7–10v. Yhdellä vastaajista työkokemusta oli 3–6v. Vastaajien ikäjakauma oli 21–50v. Neljä haastatelluista oli toiminut myös vastaavana ensihoitajana. Haastateltaville esitettiin neljä (4) avointa kysymystä (Liite 4). Haastattelutilanteen yhteydessä haastateltavat saivat täytettäväkseen myös kyselylomakkeen, joka sisälsi 11 kysymystä vastausvaihtoehtoineen (Liite 3). Kyselylomakkeen osalta haastattelu oli strukturoitu. Lomakkeen tarkoituksena oli kartoittaa haastateltavien taustatietoja ja saada tutkimuskysymyksiin haastatteluja tukevia vastauksia. Osa haastatteluista toteutettiin käytännön syistä puhelimitse ja yhteen haastatteluun saatiin vastaukset sähköpostitse. Haastatteluihin kului aikaa 15 – 45 minuuttia haastateltavasta riippuen. Haastattelut kerättiin äänitallenteina, jotka litte- roitiin. Yksi vastaaja lähetti vastauksensa sähköpostitse omasta toiveestaan.

4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Sisällönanalyysia käytetään laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä. Sisällönanalyysin avulla kuvaillaan tutkittavaa ilmiötä muodostamalla analyysin kautta ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä ja/tai malleja. Sen onnistuminen edellyttää, että aineisto on kyetty pelkistämään ja muodostamaan käsitteet, jotka luotettavasti kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. (Elo ym. 2011.) Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi tehtiin induktiivisesti, eli analyysi eteni saadun aineiston ehdoilla. Havaintoja tehtiin yksittäisistä tapahtumista, jotka yhdistettiin laajemmiksi kokonaisuuksiksi.

Saatu tutkimusmateriaali käytiin ensin läpi useaan kertaan sen sisäistämiseksi ja tutkittavaa ilmiötä kuvaavien osien löytämiseksi. Tässä työssä materiaalina olivat saadut haastattelut, joten ne kirjoitettiin auki sanasta sanaan, eli litteroitiin. Litteroitua aineistoa saatiin yhteensä 27 sivua (A4). Litteroinneista kerättiin ne sanonnat, lauseet ja kohdat, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme, ja vastaukset pelkistettiin (esimerkki pelkistyksistä taulukossa 3). Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin kuuluu jatkuvasti mukana kulkeva abstrahointi, eli käsitteellistäminen (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108). Kun litteroidusta tekstistä on saatu esille tutkittavaa ilmiötä kuvaavia osia (sanoja, sanontoja, lauseita), niistä muodostetaan ryhmittelemällä, eli klusteroimalla käsitteitä, jotka yhdistetään edelleen samankaltaisuuden perusteella. Näin saadaan aikaiseksi edelleen abstrahoinnin kautta ensin alaluokkia ja niiden yhdistelyllä muodostuvat lopulta yläluokat. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109-111.)

TAULUKKO 3. Esimerkki pelkistyksistä

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys
<i>Se että ne potilaat, riskisetkin potilaat jätetään yksin niinkun siks aikaa odotteleen sitä siirtoa.</i>	Potilaat, myös riskiset, jätetään yksin.
<i>...olla koko ajan tietoinen siitä mitä siellä tapahtuu.</i>	Pitää olla tietoinen tapahtumista

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseemme saimme niin vähäisen määrän vastauksia, ettei vastausten luokittelu onnistunut mielekkäästi. Vastausten sisältö oli kuitenkin hyvin in-

formatiivinen ja linjassa muihin tutkimuskysymyksiin saatuihin vastauksiin, että päätimme avata vastauksia tekstin muodossa työmme tulososiossa. Potilastapauksia ei kerrota alkuperäisilmauksina asianosaisten suojaamiseksi.

5 TULOKSET

5.1 Haastatteluaineiston analyysit

Kahdeksasta haastattelusta lähes jokaisella oli kertoa konkreettinen potilastapaus esimerkkinä, minkälaisia potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratapahtumia he olivat kokeneet hoitolaitosten välisten potilassiirtojen yhteydessä. Ensihoitajilla oli myös selkeät ja varsin yhtenevät näkemykset vaaratapahtumia aiheuttavista ja ennaltaehkäisevistä tekijöistä, ja vastauksissa saatiin esiin saturaatiota melko pian. Haastatteluista kävi selväksi, että hyvin monia vaaratapahtumia oltiin onnistuttu välttämään ”viime tingassa” noudattamalla rutiinoituneita toimintamalleja (esim. perusmittaukset potilaasta) tai huomioimalla asia tai tekijä, joka olisi kuljetuksen aikana todennäköisesti aiheuttanut vaaratapahtuman.

Koettuja potilastapauksia

Tutkimuskysymykseemme ”Minkälaisia potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratapahtumia olet kohdannut hoitolaitossiirtojen yhteydessä?” saimme lukumäärällisesti melko vähän vastauksia. Lisäksi vastaukset käsittelivät hyvin erilaisia tapahtumia, joten niiden luokittelu osoittautui käytännössä mahdottomaksi. Tapahtumien syyt olivat kuitenkin selkeästi samoja, kuin syyt jotka ensihoitajat kokivat vaaratapahtumia aiheuttavina. Osa potilastapauksista oli myös sellaisia, joista yksittäinen vastaaja, potilas tai hoitaja saattaisi olla tunnistettavissa, joten emme voi eettisistä syistä kaikkia potilastapauksia työssämme avata.

Koetut vaaratapahtumat jakaantuivat läheltä piti –tapahtumiin ja haittatapahtumiin. Läheltä piti –tapahtumista kahdessa potilaalla oli sydämen toimintahäiriö. Toisessa tapauksessa häiriötä (totaaliblokki) ei oltu todettu, toisessa häiriö (sydämen tamponaatio) oli todettu, mutta siitä huolimatta hänelle oli tilattu kiireetön siirtokuljetus. Yhden potilaan aivotapahtuman aikaikkuna olisi mahdollisesti umpeutunut, mikäli vuorossa olleet kiirettömän siirtoambulanssin ensihoitajat eivät olisi huomanneet lyhyttä lisätietoa tilauksessa (”Aivoinf.?”) ja soittaneet lähettävään laitokseen lisätietoja tarkentaakseen. Ensihoitaja arvioi, että potilas tarvitsi kiireellisen kuljetuksen, joka lähettävän laitoksen hoitajat ohjattiin soittamaan välittömästi 112:sta. Yhden kiirettömän siirtotilauksen lisätiedoissa kerrottiin potilaan trakeostomiakanyylin olevan irti tai mahdollisesti epäkunnossa,

eikä sen käyttö tai huolto ollut vuorossa olleelle hoitajalle tuttua. Myös heidät kiireettömän siirtoambulanssin ensihoitaja ohjasi soittamaan 112.

Varsinaisia haittatapahtumia aiheuttivat enimmäkseen puutteet potilaan tarkkailussa tai tilanteet, joissa potilaan voinnin muutosta ei oltu huomioitu. Myös näissä tapauksissa sydän- ja aivotapahtumat nousivat esille. Yksi potilas, jonka vointia ja oireita ensihoitaja kuvaili sanalla ”outo”, meni elottomaksi kuljetuksen aikana ja lopulta menehtyi.

Potilasturvallisuutta vaarantavat tekijät hoitolaitossiirtojen yhteydessä

Hoitolaitossiirtojen yhteydessä potilasturvallisuutta vaarantavina tekijöinä ensihoitajat kokivat puutteet seuraavissa osa-alueissa: potilaan hoito ja seuranta, tiedonkulku ja kommunikaatio, vastuun ottaminen potilaasta, ensihoitopalvelun tuntemus, kiireettömien siirtojen tilausjärjestelmä, sekä puutteet ja riskitekijät välineistössä ja ympäristössä (Liite 5. Luokittelutaulukot 1 – 6). Kyseisiä vaaratapahtumia ennaltaehkäisevinä ensihoitajat kokivat seuraavat tekijät: potilaan asianmukainen hoito ja riittävä seuranta, hyvä kommunikaatio ja tiedonkulku, sekä ammatillinen toimintakyky ja osaaminen (Liite 5. Luokittelutaulukot 7 – 9). Toisaalta haastatteluissa tuli myös ilmi, että ensihoitajat ovat kohdanneet kiireellisten sairaalasiirtojen väärinkäyttöä. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että D –tason tehtävästä (ePotku) tehdään C –tason tehtävä vain siksi, että terveyskeskus on mennossa kiinni. Tämän seurauksena joku kiireellisen ensihoidon tarpeessa oleva saattaa joutua odottamaan apua kauemmin, alueen ainoan ensihoitoyksikön ollessa suorittamassa hoitolaitossiirtoa.

Puutteet potilaan hoidossa ja seurannassa koostuivat haastatteluissa tilanteista, joissa potilas jätetään yksin eikä hänen vointiaan seurata, potilaan hoitoa ei ole aloitettu, potilasta ei ole hoidettu siirtokuntoiseksi tai häntä hoidetaan jopa virheellisesti, riskin- /kiireellisyiden arvio on väärä, tai hoitajien tai ensihoitajien ammattitaidossa ja/tai kokemuksessa on puutteita (Liite 5. Luokittelutaulukko 1).

Se, että ne potilaat, riskisetkin potilaat jätetään yksin niinkun siks aikaa odotteleen sitä siirtoa.

Ei oo välttämättä jotakin lääkkeitä annettu tai alotettu.

Esimerkiksi huonokuntonen potilas, niin ei oo välttämättä tehty tarvittavia hoitotoimenpiteitä, mitä kuuluis tehdä.

Potilasta ei oo saatettu sellaseen sovittuun siirtokuntoon.

Sillonhan niitä vahinkoja sattuukin, kun pidetään itsestäänselvyytenä ja ei huolehdi tietyistä asioista. Silloinhan niitä tulee. Pienistä asioista voikin tulla isoja juttuja.

Tiedonkulun ja kommunikaation puutteet liittyivät puutteellisiin esitietoihin (puutteellinen raportti ja/tai lähete), tilanteisiin joissa potilasta ei syystä tai toisesta tunneta, potilastapauksiin joista ei ole konsultoitu lääkäriä, ja hoitolaitossiirtoihin, joille ei saada hoito-ohjeita lähettävältä lääkäriltä (Liite 5. Luokittelutaulukko 2).

Varmaan suurin osa liittyy siihen tiedonkulkuongelmaan, että heikko raportin saaminen.

Ei oo mitään hoito-ohjeita, mitään lääkitysohjeita.

Vaik ois saatu lääkäriltä tai lääkäri olis konsultoinu erikoislääkäriä ja saanu ohjeet, niin niitä ei oo noudatettu.

Ei oo perussairauksista välttämättä kaikkia kerrottu tai jotakin hoidonrajoja on jätetty mainitsematta.

Suurimmat vaaratilanteet nyt on varmaan tullu huonosta raportoinnista.

Joissakin tapauksissa potilaasta ei otettu tai pystytty ottamaan vastuuta, tai vastuuta joutui ottamaan henkilö tai taho, kenelle vastuu ei kuuluisi. Syiksi ilmoitettiin haastatteluiden perusteella mm. hoitajan oma sijainti toisella osastolla, juuri käynnissä oleva vuoronvaihto, tai esimerkiksi se, että potilas oli ”vain jätetty tänne odottamaan teitä, ei hän ole meidän potilas”. Näin kävi mikäli ns. akuuttiauto oli jättänyt potilaan terveyskeskuksen vuodeosastolle odottamaan kiireetöntä siirtoambulanssia joka hänet kuljettaisi eteenpäin. Näin toimittiin syrjäisemmällä alueella, jossa oli vain yksi kiireellisen ensihoitopalvelun ambulanssi, jotta kyseinen alue ei jäisi tyhjiöön ainoan ambulanssin ollessa pitkään poissa alueelta.

Puutteita vastuun ottamisessa oli myös tilanteissa, joissa lääkäri ei yksinkertaisesti pystynyt ottamaan potilaasta vastuuta, koska hän ei ollut potilaasta edes tietoinen. Näissä tapauksissa laitoksissa ei joko ollut lääkäriä hetkenä, jolloin siirtoa tarvittiin tai häntä (tai

ketään muutakaan lääkäriä) ei oltu syystä tai toisesta konsultoitu potilaan siirrosta. Ensihoitajat kokivat, että käytännössä usein hoitaja on se, joka joutuu tekemään päätöksen potilaan siirtämisestä, siirron kiireellisyydestä ja kuljetusmuodon valinnasta. Myös vastuun ottaminen omasta osaamisesta oli ensihoitajien kokemuksen mukaan toisinaan puutteellista hoitolaitoksissa. He kokivat, että hoitajat saattavat lähettää potilaan eteenpäin ylemmän tason hoitolaitokseen tilanteissa, joissa hoitajat eivät itse osaa arvioida tilannetta, eivätkä jostain syystä halua kysyä neuvoja muualta. (Liite 5. Luokittelutaulukko 3.)

Todellisuudessa se on hoitaja, joka tekee sen arvion että tilataanko kiireettömän siirto e-potkuna vai soitetaanko hätäkeskukseen.

Ensihoitajien kokemusten mukaan myös ensihoitopalvelun heikko tuntemus oli syynä vaaratapahtumiin. Lähettävissä hoitolaitoksissa ei tiedetä tai ymmärretä kiireellisen ja kiireettömän ensihoitopalvelun eroja, eikä laitoksissa ole aina edes tiedetty, mistä kiireellisen siirron saa tilattua. Epäselvyyksiä on ambulanssien välisten varustetasojen erojen ymmärryksessä ja yleensäkin käsityksessä siinä, mitä potilaalle pystytään tekemään kuljetuksen aikana. (Liite 5. Luokittelutaulukko 4.) Kiireettömien hoitolaitossiirtojen tilausjärjestelmässä nähtiin puutteita paitsi itse tilaustavassa (ePotku), myös tilausten käsittelyssä puhtaasti logistisin perustein. Ensihoitajat katsoivat, ettei ePotku –järjestelmään täytettävät tiedot potilaasta riitä ohjaamaan riittävästi oikean kuljetusmuodon valintaan. Tiilajalla ei myöskään ole mahdollisuutta saada neuvoja kiireellisyyden arviointiin, koska ensihoitajien tietojen mukaan tilauksia hallinnoivassa Tuomi Logistiikassa ei työskentele henkilöitä, joilla olisi terveydenhuoltoalan koulutusta (Liite 5. Luokittelutaulukko 5).

...ja sitten kun ei ole mahdollisuutta konsultoidakaan ketään joka osais sen (kuljetusmuodon valinnan) paremmin arvioida.

Kun se kyyti tulee niille (kiireettömiä siirtoja hallinnoivalle palveluntarjoajalle), niin ne ei tee tarkempia lisäselvityksiä ollenkaan. Et sieltä saattaa tulla sitten mitä tahansa, mut se ei oo niittenkään vika.

Ei ymmärretä tai tiedetä sen toisen organisaation toimintamalleista tai mahdollisuuksista taikka mahdottomuuksista.

Puutteet ja riskitekijät välineistössä ja ympäristössä liittyivät puolestaan sekä välineisiin (hoitovälineet, lääkintälaitteet ja ambulanssi sekä niiden toiminta), henkilöihin (ensihoitajien vireystila, ensihoitajien ajotaidot ja liikennekäyttäytyminen, rajallinen hoitohenkilöstö kuljetuksen ajan), että ympäristöön (liikenne) (Liite 5. Luokittelutaulukko 6).

...mitkä ei oo välttämättä itsestä riippuvia asioita, niin siellä liikenteessä saattaa jengi tehdä ihan mitä sattuu.

...on tullu paljon niitä tilanteita, että oot huomannu, et on väsyny työpari ja oot nähny et se ajo-ote herpaantuu ja sit sä oot joutunu ite menee keskeyttää, et nyt vaihdetaan.

Esimerkiks jos sattuu, että ruuvi irtoo paareista ja ne levähtää. Sellasta mä oon nähny itseasiassa.

Hoitolaitossiirtojen vaaratapahtumia ennaltaehkäisevät tekijät

Vaaratapahtumien ennaltaehkäisy asianmukaisen hoidon ja riittävän seurannan kautta tarkoittaa ensihoitajien mukaan sitä, että potilaan tilaa ja vointia seurataan ja hänelle tehdään tarvittavat tutkimukset ja hoitotoimenpiteet ennen siirtoa (Liite 5. Luokittelutaulukko 7).

Kaikki asianmukaiset tutkimukset olisi tehty ja tulkittu oikein.

Ja sen potilaan pitää olla nimenomaan siinä kunnossa, että se pystytään lähtee siirtämään.

Hoitolaitoksessa sen potilaan huolellisesta tutkimisesta ja konsultaatiosta.

Potilaan tilan, oirekuvan mukainen / vaatima seuraaminen.

Ei saa pitää itsestänselvyytenä mitään. Sitten jos sä alat pitää, niin sulta jää jotain huomaamatta ja sitten saattaa käydä niitä vahinkoja. Tai sitten jos jätät jotain tutkimatta, niin sillä potilaalla voikin olla jotain.

Pitää tarkkailla ja tutkia sitä potilasta myös kuljetuksen aikana.

Hyvä kommunikaatio ja tiedonkulku vaaratapahtumia ennaltaehkäisevinä tekijöinä pitävät sisällään riittävät hoito-ohjeet, hyvän tiedonkulun ja tilannetietoisuuden siten, että ensihoitajat tietäisivät mitä he kuljettavat, minkä vuoksi, miten mahdollisissa tilannemuutoksissa toimitaan ja mikä on vallitseva tilanne (Liite 5. Luokittelutaulukko 8).

Kun ois sellanen selkee tavallaan läpikäytävä protokolla, että mitä kun potilas lähtee niin nämä ja nämä asiat täytyy käydä läpi.

...olla koko ajan tietonen siitä, mitä siellä tapahtuu.

Että todellakin se rauhassa tekeminen ja kommunikointi.

Sun pitää myös jutella sen kaveris kanssa (raporttia antava henkilö) ja kerätä sitä tietoa jos sä et oo tarpeeks sitä saanu.

Koko hoitoketjun ajan sitten vielä vastaanottavassa hoitolaitoksessa annetaan huolellinen raportti.

Hyvästä suullisesta ja kirjallisesta raportoinnista.

Ammatillinen toimintakyky ja osaaminen vaaratapahtumia ennaltaehkäisevinä tekijöinä tarkoittavat oikeanlaista asennetta työtä kohtaan, hyvää ammattitaitoa ja riittäviä henkilöstöresursseja. Ensihoitajat kokivat, että hoitajien kova kiire aiheuttaa vaaratapahtumia, ja sen poistaminen henkilöstöresursseja lisäämällä ennaltaehkäisisi näitä tilanteita. Lisäksi toimiva kalusto, josta pidetään aktiivisesti huolta, ennaltaehkäisee ensihoitajien näkemyksen mukaan vaaratapahtumia, samoin kuin oikeanlainen liikennekäyttäytyminen. (Liite 5. Luokittelutaulukko 9.)

Kaikkien näiden tahojen taito tunnistaa akuutti potilas ja ennakoida niitä merkkejä.

Ehkä niitä vois ennaltaehkäistä sillein että työresursseja lisääs, jos on kiiretilanteita jotta pystyy keskittymään rauhassa raportointiin ja ettei vaan kiireellä mennä paikasta A paikkaan B ja yritetä saada potilasta pois alta nopeaan.

Se vaatis tarkkuutta vaan lisää kaikin puolin, että saadaan se potilas turvallisesti eteenpäin.

Vaikka ei se ajokoulutuskaan välttämättä kaikista innokkaimpien kohdalla onnistu tai auta. Mutta ehkä siihen semmonen esimiehen tiukka puuttuminen ois semmonen mikä vois ennaltaehkäistä.

Ja sitten sen kaverin pitää myös uskaltaa sanoa sille toiselle, jos asiat ei mee oikein nappiin, niin siitä pitää älähtää ennen kun sattuu jotain.

Pitäis välttää väsyneenä ajamista ja sanoa sen työparin et jos väsyttää, niin vaihdetaan sit ajovuoroa.

Täytyy huolehtia siitä, että laitteet on kunnolla kiinni autossa. Esimerkiks se, että deffa on asianmukaisesti kiinnitetty.

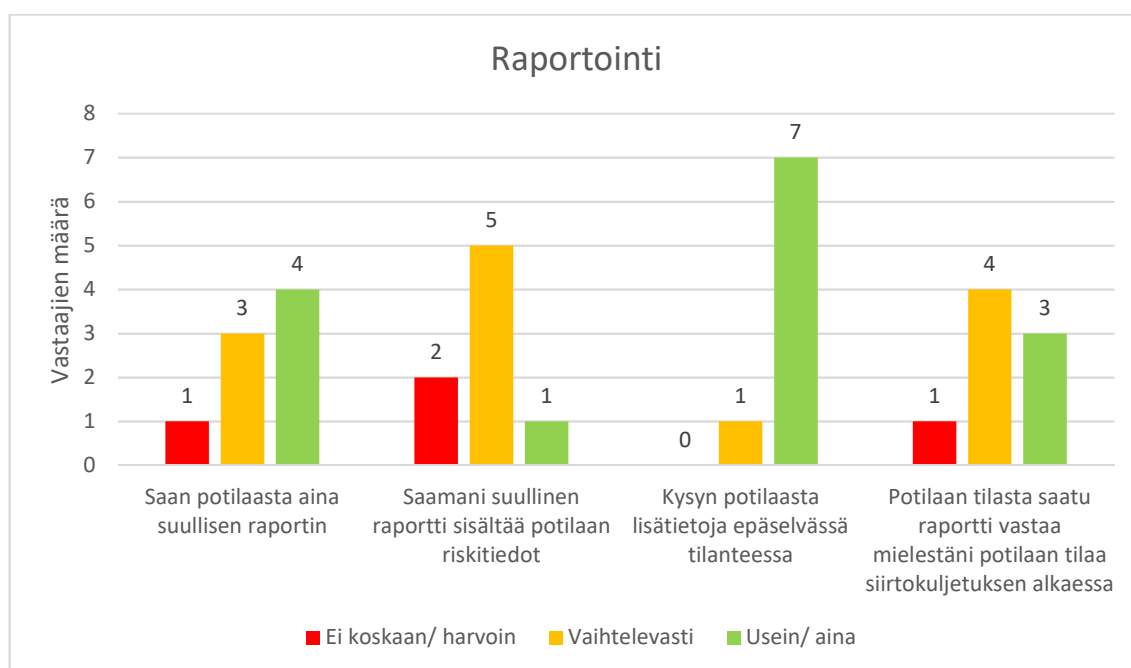
Asioita vois ennaltaehkäistä huoltamalla ja uusimalla kalustoa aina tarvittaessa.

5.2 Suljettujen haastattelukysymysten yhteenveto

Kyselykaavakkeen täyttivät kaikki kahdeksan haastattelututkimukseen osallistunutta ensihoitajaa. Kyselykaavakkeiden vastaukset on esitetty kaavioissa 1 – 3 lukuun ottamatta vastauksia ambulanssin toimintavalmiudesta/kunnosta työvuoron alkaessa. Toimintavalmiuteen liittyen kuusi vastaajista oli sitä mieltä, että auto ja hoitovälineistö ovat usein asianmukaisessa kunnossa työvuoron alkaessa. Yhden vastaajan mielestä tämä tapahtuu aina ja yhden mielestä vaihtelevasti. Tästä voidaan päätellä, että edellinen työvuoro huolehtii hyvin käyttämiensä tarvikkeiden täydentämisestä ja jättää auton sellaiseen kuntoon, että seuraava työvuoro pystyy turvallisin mielin aloittamaan työt.

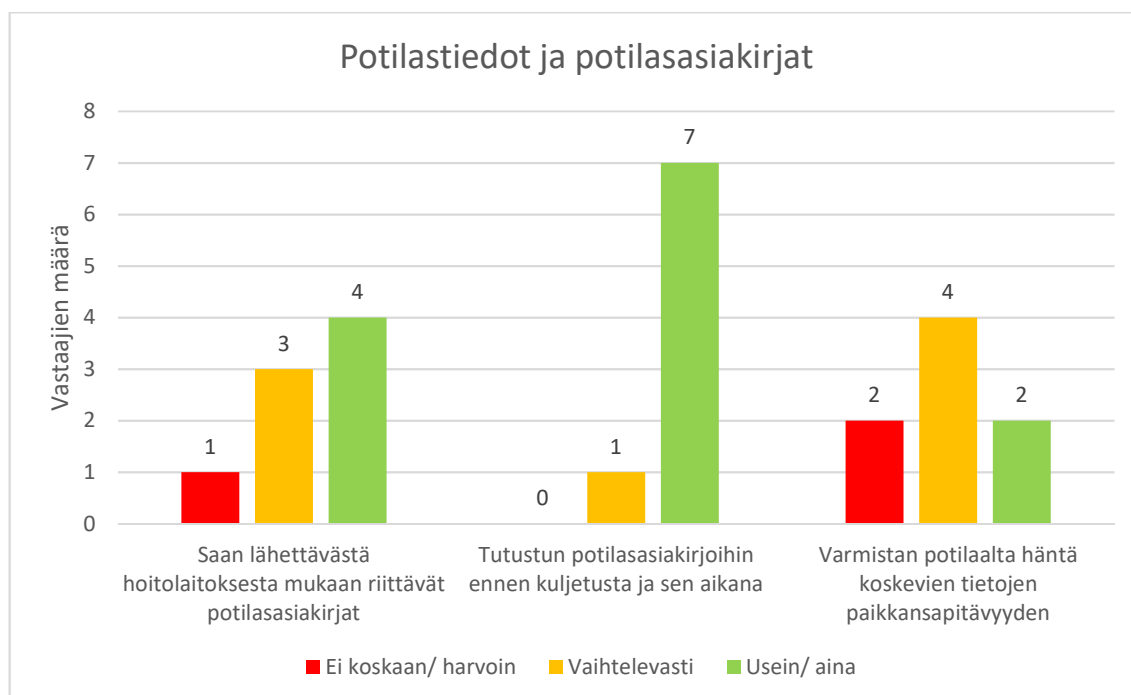
Raportointiin liittyvien kysymysten vastauksista voidaan päätellä, että potilaasta saadaan useimmiten suullinen raportti, joskin vain yksi vastaajista oli sitä mieltä, että raportti sisältää usein potilaan riskitiedot. Seitsemän kahdeksasta vastasi kysyvänsä potilaasta lisätietoja epäselvässä tilanteessa. Potilaan tilasta saatu raportti vastasi potilaan vointia siirtokuljetuksen alkaessa yhden vastaajan mielestä aina, kolmen mielestä usein, neljän mielestä vaihtelevasti ja yhden vastaajan mielestä harvoin. (kaavio 1).

KAAVIO 1. Raportointi



Potilastietoihin ja potilasasiakirjoihin liittyvien kysymysten vastausten perusteella voitaisiin päätellä, että lähettävästä hoitolaitoksesta saadaan useimmiten tarvittavat potilasasiakirjat ja ensihoitajat myös tutustuvat niihin viimeistään kuljetuksen aikana. Potilaan tietojen paikkansapitävyyden varmistaminen potilaalta itseltään kuljetuksen aikana on vastausten perusteella vaihtelevaa. Jotkut vastaajista varmistavat tiedot aina, osa vaihtelevasti ja osa vain harvoin (kaavio 2).

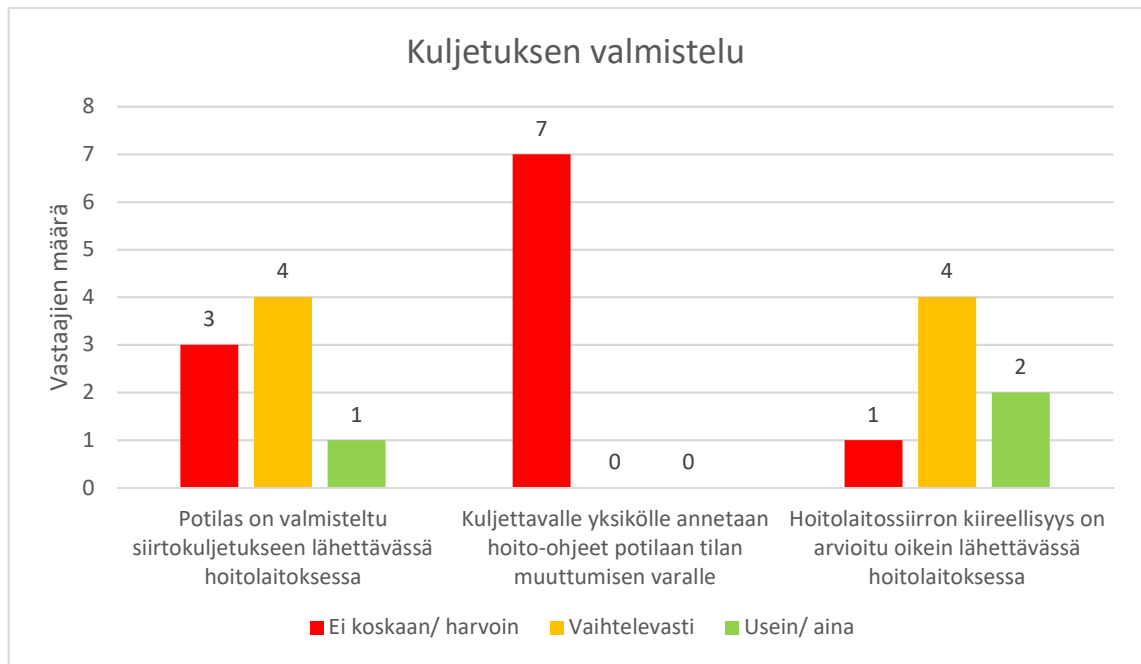
KAAVIO 2. Potilastiedot ja potilasasiakirjat



Kuljetuksen valmisteluun liittyvät kysymykset olivat viimeisenä kyselykaavakkeella. Yksi vastaajista oli jättänyt vastaamatta kahteen viimeiseen kysymykseen, jonka takia niihin saatiin vain seitsemän vastausta. Enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että potilas on valmisteltu lähettävässä hoitolaitoksessa siirtokuntoon vaihtelevasti tai harvoin. Hoito-ohjeiden saamista koskevaan kysymykseen neljä seitsemästä vastaajista vastasi, että kuljettavalle yksikölle annetaan hoito-ohjeet vain harvoin ja kolme vastaajista oli sitä mieltä, että hoito-ohjeita ei anneta ikinä potilaan tilan muuttumisen varalle. Tämän kysymyksen vastausten perusteella voitaisiin päätellä, että kuljetuksen ajalle annettavien hoito-ohjeiden antamisessa on puutteita. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että hoito-

laitossiirron kiireellisyyden arviointi on tehty vaihtelevasti oikein lähettävässä hoitolaitoksessa. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että kiireellisyyden arvio on tehty vain harvoin oikein. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että arvio on tehty usein oikein (kaavio 3).

KAAVIO 3. Kuljetuksen valmistelu



6 POHDINTA

6.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin (Nieminen 1998, 216). Tutkimusaineiston luotettavuutta puoltaa se, että aineisto kerättiin kokoaikaisessa työsuhteessa olevilta ensihoitajilta, jotka osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti. Yhtä haastateltua lukuun ottamatta kaikilla ensihoitajilla oli työkokemusta vähintään 7 vuotta. Avoimet haastattelukysymykset (Liite 4) asetettiin siten, että niistä saataisiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Haastattelut litteroitiin ja vastaukset tutkimuskysymyksiin haettiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin kautta. Laadullisen tutkimuksen raportoinnin luotettavuuteen kuuluu myös raportoinnin selkeys. Lukijan on pystyttävä seuraamaan ja arvioimaan tutkijan päättelyä. (Nieminen 1998, 220.) Eettisten ratkaisujen merkitys on keskeinen, kun tietolähteenä ovat ihmiset ja tutkinnan kohteena on inhimillinen toiminta (Leino–Kilpi & Välimäki 2009, 361).

Opinnäytetyössä noudatettiin Suomen Akatemian tutkimuseettisen neuvottelukunnan määritelmän (2012) mukaista hyvää tieteellistä käytäntöä. Koko tutkimusprosessin ajan noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tiedon hankinnassa ja tulosten julkaisussa pidettiin yllä eettisiä ratkaisuja, kriittistä ajattelua ja avointa viestintää aiempia tutkimustuloksia kunnioittaen. Lähteiden valinnassa painotettiin tuoreutta, eikä muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta mukaan huolittu yli 10 vuotta vanhempia lähteitä. Henkilökohtaisen tiedonsaannin lähteinä käytettiin tahoja, joilla ammattinsa ja asemansa puolesta on mahdollisuus antaa luotettavaa tietoa aiheesta. Opinnäytetyöhön etsittiin myös kansainvälisiä lähteitä ja niiden valinnassa noudatettiin samaa kriittisyyttä kuin muussakin aineistossa. Tutkimusaineiston hankinnassa, käsittelyssä ja säilytyksessä huolehdittiin aineiston ja haastateltavien suojaamisesta. Sekä haastattelutallenteet että niiden litteroinnit säilytettiin lukitussa tilassa ja ne tuhottiin analysoinnin jälkeen. Opinnäytetyöhön hankittiin asianmukaiset luvat sekä Tampereen ammattikorkeakoulusta, että yhteistyötahoilta. Ennen työn aloitusta sen eettinen puoli arvioitiin yhdessä osapuolten kanssa. Samalla sovittiin, ettei valmiissa opinnäytetyössä tulla mainitsemaan haastateltujen ensihoitajien työnantajia. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin sekä opinnäytetyötä ohjaavalla opettajalla, että yhteistyötahojen edustajilla. Opinnäytetyöhön ei saatu rahoitusta mistään.

Työn rahalliset kustannukset olivat vähäiset ja ne koostuivat lähinnä matkakustannuksista. Nämä kustannukset jäivät tekijöiden itsensä maksettaviksi.

Haastateltavien valinta perustui vapaaehtoisuuteen. Haastateltavat saivat etukäteen tietoa tutkimuksesta, jotta he pystyivät pohtimaan halukkuuttaan osallistua haastatteluun. Eettisyyttä arvioitaessa on huomioitava paitsi haastateltujen, myös potilaiden ja heitä hoitaneiden henkilöiden yksityisyydensuoja. Haastatteluista saamamme materiaali oli osin erittäin kuvailevaa, joten päätimme jättää liitteenä olevista luokittelutaulukoista pois alkuperäisilmaisut, ettei niistä olisi tunnistettavissa potilastapauksia. Luotettavuuden lisäämiseksi liitimme mukaan kuitenkin sellaisia alkuperäisilmauksia, joista yksittäinen potilastapaus ei ole tunnistettavissa.

Haastattelutilanteet olivat varsin sujuvia, koska jokainen haastateltu oli pohtinut aihetta ainakin jonkin verran jo etukäteen. Vastaukset lähtivät ajoittain lipsumaan vaaratapahtumiin, jotka olivat kohdistuneet ensihoitajiin (esim. aggressiiviset potilaat), jolloin haastateltava ohjattiin takaisin potilasturvallisuuteen liittyviin tapahtumiin. Jälkikäteen ajateltuna myös ryhmähaastattelulla olisi saatu varmasti hyviä vastauksia keskustelun laajentuessa. Opinnäytetyön tekijöillä on omakohtaista työkokemusta hoitolaitossiirroista, joten tiedostimme osan ongelmista jo oman kokemuksemme perusteella. Onnistuimme kuitenkin mielestämme pysyttelemään objektiivisina ja varoimme ylitulkitsevista vastauksista. Joissain tapauksissa ensihoitajat myös kuvailivat tilanteita, joissa järjestelmää käytettiin väärin (esim. potilaalle, jonka vointi sallisi taksikuljetuksen, tilattiin ambulanssi siirto osaston toimintavan vuoksi), mutta jotka eivät suoranaisesti vaarantaneet potilasturvallisuutta. Näitä potilasturvallisuutta vaarantamattomia vastauksia emme huomioineet analysoinnissa.

6.2 Tulosten tarkastelu

6.2.1 Hoitolaitossiirtojen yhteydessä koetut potilasturvallisuuden liittyvät vaaratapahtumat

Varsinaisia potilastapauksia, jotka johtivat vaaratapahtumaan, tuli haastattelujen yhteydessä ilmi kuusi kappaletta. Osasta potilastapauksia emme voi pelkkien haastattelujen perusteella varmuudella sanoa, onko potilaalle aiheutunut tilanteessa lopulta varsinaista haittaa. Meillä ei ollut tiedossamme riittävän tarkkoja tapahtumatietoja, potilaiden taustatietoja tai hoidonrajoituksia, joten potilastapausten ja niihin liittyvien riskien tarkempi luokittelu osoittautui lähes mahdottomaksi ilman tapausten yllianalysointia. Potilastapaukset on kuvattu alla olevassa taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Potilastapaukset

Ensihoitajien kokemat potilasturvallisuuden liittyvät vaaratapahtumat
Potilaalla oli sydämen tamponaatio, joka oli todettu ultraäänellä. Tästä huolimatta potilaalle oli tilattu kiireetön hoitolaitossiirto.
Potilaalla oli totaaliblokki, josta ei oltu lähettävässä hoitolaitoksessa tietoisia.
Hoitaja epäili potilaalla aivoinfarktia, mutta oli tilannut kiireettömän hoitolaitossiirron.
Hoitolaitoksessa olevan potilaan trakeostomiakanyyli oli irronnut. Trakeostomiakanyylin hoito ei ollut vuorossa oleville hoitajille tuttua.
Diabetes on jätetty mainitsematta raportin yhteydessä. Potilaalla todettiin kuljetuksen alussa hypoglykemia.
Potilaasta saatiin puutteellinen raportti. Ensihoitaja kuvaili potilaan vointia sanoin: ”vähän outo”. Potilas meni elottomaksi kesken hoitolaitossiirron ja menehtyi elvytyksestä huolimatta.

Osassa tapauksista hoidon kiireellisyys oli arvioitu väärin ja potilaalle oli tilattu kiireetön hoitolaitossiirto. Kiireettömät hoitolaitossiirrot ovat D –kiireellisyysluokan tehtäviä, jotka voidaan tarvittaessa jonouttaa ja joissa potilaan tavoitevasteaika on enintään kaksi tuntia. Jos kahden tunnin odotusaika hätäkeskuksen välittämässä tehtävissä ylittyy, tulisi potilaasta tehdä tilannekohtaisesti uusi riskinarvio. Jotta tehtävä voidaan luokitella D –kiireellisyysluokan tehtäväksi, tulisi varmistua siitä, että potilaalla ei ole viitteitä peruselintoimintojen häiriöistä. (Castrén ym. 2012, 31.) Hätäkeskus ei välitä enää kiireettömiä

hoitolaitossiirtoja (Kuisma 2017, 765). Pirkanmaan alueen kiireettömät hoitolaitossiirrot välittää logistiikkayhtiö Tuomi Logistiikka.

Ensimmäisessä tapauksessa potilaalla oli todettu ultraäänellä sydämen tamponaatio ja tilattu potilaalle kiireetön hoitolaitossiirto ePotku –järjestelmän kautta. Sydämen tamponaatioissa sydänpussiin vuotaa verta sydämen ontelosta. Verenvuoto voi johtua vammasta (luoti, puukko), kammion seinämän repeytymisestä (sydäninfarkti) tai joskus syöpäsairauden aiheuttamasta nesteerityksestä. Myös sydänpussitulehduksen seurauksena nestettä voi kertyä sydänpussiin, mutta se ei yleensä aiheuta tamponaatiota. Koska sydänpussi on joustamaton rakenne, sinne kertyvä neste tai veri alkaa painaa kammioita. Kun kammiot eivät enää pääse täyttymään kunnolla, sydämen iskutilavuus pienenee, kunnes se ei enää riitä elimistön tarpeisiin. (Kuisma ym. 2017, 464.) Tamponaatio on henkeä uhkaava tilanne, joka vaatii sydänpussin nopean punktion tai kirurgisen tyhjennyksen (Kuisma ym. 2017, 464; Turpeinen 2014). Holmströmin (2014, 1190) mukaan, oireinen sydäntamponaatio on aihe välittömään kuljetukseen. Haastattelun yhteydessä saamiemme tietojen perusteella potilaalle ei aiheutunut haittaa, mutta riski vakavalle haittatapahtumalle oli olemassa.

Yhdessä tapauksessa potilaalle oli tilattu kiireetön hoitolaitossiirto ja tilauksen lisätietoihin oli kirjoitettu ”aivoinf?”. Ensihoitajat olivat soittaneet kuljetuksen tilanneelle hoitajalle ja saamiensa lisätietojen perusteella ohjeistaneet häntä soittamaan hätäkeskukseen. Jos potilaalla todella oli aivoinfarkti, riski haittatapahtumaan oli suuri. Potilas olisi pahimmassa tapauksessa joutunut odottamaan pitkään siirtoa hoitolaitokseen, jossa pään CT-tutkimus eli tietokonetomografia olisi mahdollista tehdä. Aivoinfarktin laskimonsisäisen liuotushoito voidaan tehdä, jos oireiden alkamisesta on kulunut alle neljä ja puoli tuntia, eikä potilaalla ole liuotushoidon vasta-aiheita. Valtimosisäinen hoito tulisi pääsääntöisesti aloittaa kuuden tunnin kuluessa oireiden alkamisesta. (Aivoinfarkti ja TIA: Käypä hoito –suositus 2016). Aivoinfarktin yhteydessä nopea hoitoon hakeutuminen on tärkeää, sillä aivot eivät kestä tukoksesta johtuvaa hapenpuutetta. Aivoinfarktin aikana tuhoutuu jokaisen minuutin aikana pari miljoonaa aivosolua ja 14 miljardia synapsia eli hermosolujen välistä yhteyttä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015.) Tämän vuoksi potilaan jatkohoitoon pääseminen ei saisi viivästyä yhtään. Toimenpiteen vaatima aikaikkuna olisi saattanut umpeutua, jos kiireettömän ensihoitopalvelun ensihoitaja ei olisi reagoinut

viestin lisätietoihin ja kehottanut lähettävän hoitolaitoksen hoitajaa soittamaan hätäkeskukseen.

Kolmannessa potilastapauksessa potilaalla olevaa totaaliblokkia ei oltu huomioitu lähettävässä hoitolaitoksessa. Potilaalle oli tilattu kiireetön hoitolaitossiirto. Totaaliblokki eli kolmannen asteen AV–katkos on sydämen johtumishäiriö, jossa sähköiset impulssit eivät johdu lainkaan eteisistä kammioihin. Kammiot toimivat hitaan korvausrytmin (n. 30/min) varassa, joka ei ole riittävä verenkierron ylläpitämiseksi, vaan oireina ilmenee väsymystä, huimausta ja tajunnanhäiriöitä. Tahdistimen asennus viipymättä on tarpeen. (Syväne 2014.) Jos sydämen pumppaustoimintaa huonontavaa hidasllyöntisyöttä ei voida hallita muilla keinoin, niin tahdistustarve on kiireellinen. Kammiovasteeltaan hidas kolmannen asteen AV–katkos, joka johtaa sydämen vajaatoimintaan, verenpaineen laskuun tai tajunnanhäiriöihin on esimerkki tällaisesta tilanteesta. Tilapäinen tahdistus voidaan hoitaa ensihoidossa ulkoisesti pintaelektrodien kautta tehtävällä transkutaanisella tahdistuksella tai sairaalassa sisemmän kaulalaskimon kautta oikeaan kammioon vietävän pallo–ohjattavan tahdistinelektrodin avulla. (Kuisma 2017, 400.) Mahdollisesti väärin tehty tilannearvio johti virheellisen kuljetusmuodon valintaan, mikä edelleen vaaransi potilasturvallisuutta viivästyttämällä potilaan pääsyä oikeaan hoitopaikkaan.

Neljännessä tapauksessa kiireettömän siirtotilauksen lisätiedoissa oli maininta, että potilaan trakeostomiakanyyli on irti tai mahdollisesti epäkunnossa, eikä sen käyttö tai huolto ollut tuttua vuorossa oleville hoitajille. Jos trakeostomiakanyyli irtoaa spontaanisti hengittävällä potilaalla, ei yleensä ole hätää vaan potilas pärjää myös omalla hengityksellään stooman kautta. Tarvittaessa limaa voi imeä suoraan stoomasta. Lääkäri tulisi pyytää paikalle ja uusi kanyyli tulisi asettaa tuntien kuluessa. Uuden kanyylin voi asettaa myös hoitaja, mikäli yksikössä on ohjeistettu ja toimipaikkakoulutettu tähän. Jos taas trakeakanyyli irtoaa potilaalta, jonka oma spontaani hengitys ei ole riittävää, tulisi ilmatie varmistaa välittömästi kenen tahansa toimesta. Jos kanyylin asettaminen ei onnistu, tulisi potilaan yläruumis nostaa kohoasentoon ja ventiloida potilasta trakeostooma teipattuna tai kädellä peitettynä. (Ylitalo–Liukkonen 2017.) Tämän potilastapauksen yhteydessä ensihoitajat soittivat saamiensa lisätietojen perusteella lähettävään hoitolaitokseen, jossa hoitaja kertoi, ettei osannut arvioida potilaan hengitystä. Potilaan peruselintoimintoja tulisi akuutissa tilanteessa arvioida systemaattisesti ja toistetusti ABCDE –periaatteen mukaisesti, joka on lähtökohta riskipotilaan tunnistamiselle (Junttila, E. 2012, 17).

Viidennessä potilastapauksessa potilaan perussairauksista diabetes on jätetty mainitsematta raportin yhteydessä, eikä potilaan läheteessä tai muissa potilasasiakirjoissa ollut mitään mainintaa siitä. Kyseisessä potilastapauksessa ensihoitaja oli kuitenkin mitannut potilaalta verensokerin ja huomannut, että verensokeri oli alhainen. Myös yhden toisen haastatellun ensihoitajan kertomuksessa tuli ilmi samankaltainen tapaus. Ensihoitajat keitoivat myös, että raportin yhteydessä ei ole aina mainittu myöskään potilaan hoidonrajaus- ja hoito-ohjeita. Strukturoidun raportoinnin avulla asioiden muistaminen helpottuu ja tärkeimpien asioiden julkitulo varmistuu. Kommunikointi on kaikkein paras työkalu potilasturvallisuuden parantamiseksi. (Castrén 2012, 44 – 46.)

Kuudes potilastapaus voidaan laskea varsinaiseksi haittatapahtumaksi. Ensihoitajat olivat saaneet lähettävässä hoitolaitoksessa heikon raportin potilaasta. Lisäksi potilaan vointi oli kiireettömän siirtokuljetuksen alussa ensihoitajan sanojen mukaan: ”*vähän semmonen outo*” ja potilas näytti hieman siltä, kuin ”*olisi ollut 706 päällä*”. Lisäksi potilas ”*virnisteli*”. Haastateltu ensihoitaja kertoi, että hänestä ei tuntunut yhtään hyvältä lähteä kuljettamaan kyseistä potilasta. Potilas meni lopulta elottomaksi ja menehtyi elvytyksestä huolimatta. Kyseisessä tapauksessa puutteita oli tiedonkulussa ja kommunikaatiossa sekä riskipotilaan tunnistamisessa. Raportoinnissa ja tiedonsiirrossa tulisi muistaa aina myös onnistuneen kommunikaation keinot: puheen selkeys, riittävä äänenkäyttö, käytetyn kielen ja sanojen ymmärrettävyys, katsekontakti sekä tarkentavat kysymykset. Annetun tiedon pitää olla sisällöltään tiivistä, ymmärrettävää, yksiselitteistä, relevanttia ja täsmällistä. (Crouch & Meurier 2005, 131–132.)

Ensihoitajat kokivat, että hoitajien kyvyssä tunnistaa riskipotilasta on puutteita. Jotta riskipotilaat voidaan tunnistaa ajoissa, on havainnoitava merkkejä, jotka viittaavat potilaan tilan romahtamiseen. Nämä potilaat voidaan tunnistaa tarkkailemalla potilasta ja tekemällä rutiinimittauksia. (Alanen ym. 2016, 17; Castrén ym. 2010, 252.) Ei riitä, että poikkeavat löydökset kirjataan, vaan ne vaativat lisätutkimuksia tai jopa välittömiä hoitotoimenpiteitä. Potilaan kliinisen tilan arvioinnin tukena voidaan käyttää mitattuihin arvoihin perustuvaa pisteytysjärjestelmää, esimerkiksi PHEWS– (Pre Hospital Early Warning Score) tai NEWS –taulukkoa (National Early Warning Score). (Alanen ym. 2016, 17.) Ennen sydänpysähdystä on suurimmalla osalla potilasta havaittavissa häiriöitä peruselini-

toiminnoissa. Riskioireita ovat muutokset tajunnantasossa, sykkeessä, hengitystiheydessä, verenpaineessa, happisaturaatiossa, lämpötilassa, verensokeriarvossa, virtsanerityksessä tai potilaan kiputuntemuksessa. (Alanen ym. 2016, 17: Junttila, E. 2012 17: Castrén ym. 2010, 252.)

Huonovointinen potilas tulisi tunnistaa ajoissa ja tarjota hänelle oikea hoito oikeaan aikaan. Organisaation tehtävänä on varmistaa tämä henkilöstön riittävällä koulutuksella kriittisen potilaan tunnistamisesta sekä ohjeistuksella potilaiden tilan valvonnasta ja riittävästä monitoroinnista. Akuuttihoitotyössä käytetään kriittisen potilaan tunnistamiseen erilaisia riskipistejärjestelmiä, joiden avulla voidaan arvioida potilaan kokonaistilannetta. (Alanen ym. 2016, 60.) Näitä riskipistejärjestelmiä olisi hyödyllistä ottaa käyttöön muuallakin kuin akuuttihoidossa, jotta muutokset potilaan tilassa havaittaisiin ajoissa ja havainnosta seuraisi oikeita toimia.

6.2.2 Hoitolaitossiirtoihin liittyviin vaaratapahtumiin yhteydessä olevat tekijät

Ensihoitajat kokivat potilasturvallisuutta vaarantavina tekijöinä puutteet potilaan hoidossa ja seurannassa, tiedonkulussa ja kommunikaatiossa, vastuun ottamisessa, ensihoitopalvelun tuntemuksessa, kiireettömien hoitolaitossiirtojen tilausjärjestelmässä sekä puutteet ja riskitekijät välineistössä ja ympäristössä. Hoitolaitosten välisiin potilassiirtoihin liittyvät ongelmat näyttivät hyvin samankaltaisilta, kun vertasimme saamiamme tuloksia Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa marraskuussa 2017 valmistuneeseen opinnäytetyöhön ”Turvallinen hoitolaitossiirto. Tarkistuslista päivystyksen henkilökunnalle.” Työssä todettiin, että hoitolaitossiirtojen yhteydessä on törmätty ongelmiin, koska kyytiä tilaavassa yksikössä ei useinkaan tiedetä erilaisten kuljetusmuotojen eroja tai niiden varustelutasoa (Hyvönen, Martikainen & Rosenberg 2017, 11). Myös heidän haastatteluihin saamansa vastaukset olivat linjassa saamiemme vastausten kanssa mm. liittyen lähetteen saamiseen. Opinnäytetyön tekijät painottivat raportoinnin tärkeyttä ja ottivat tarkistuslistaansa käyttöön ISBARin. (Hyvönen ym. 2017, 28, 16.) Vastaavanlaisia tarkistuslistoja hoitolaitossiirtoihin on tehty myös mm. Tampereen ammattikorkeakoulussa (Erriah, Heino & Hiiri 2017) ja Vaasan ammattikorkeakoulussa (Knuuttila & Mäki-Fränti 2015).

Oxfordin yliopiston julkaisemassa teoksessa *Critical Care Nursing – science and practice* todetaan useita syitä akuutisti sairaiden osastopotilaiden saamaan epäoptimaaliseen hoitoon. Kyseessä ovat tekijät, jotka liittyvät tapahtumasarjoihin (organisaatioiden ongelmat, valvonnan puute), koulutukseen (tiedon puute, kiireellisyyden arvioinnin epäonnistuminen) ja hoitokulttuuriin (kokemuksen puute, epäonnistuminen neuvojen ja ohjeidenetsimisessä). (Adam & Osborne 2005, 2-3.) Jokainen näistä tekijöistä nousi esille myös opin- näytetyössämme vaaratapahtumia aiheuttavina tekijöinä.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää, että ”potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon”. Tämä pitää sisällään mm. hoidon laadun, potilasturvallisuuden sekä henkilökunnan pätevyyden (Kotisaari & Kukkola 2012, 13). Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan ammatissa toimivan sairaanhoitajan velvollisuutena on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan (Sairaanhoitajaliitto 2014). Ensihoitajat kokivat, että hoitajien kyvyssä tunnistaa riskipotilasta on puutteita. Virheellinen tilanearvio johti virheellisen kuljetusmuodon valintaan, mikä edelleen vaaransi potilasturvallisuutta viivästyttämällä potilaan pääsyä oikeaan hoitopaikkaan. Joissain tapauksissa kiireettömän siirtoambulanssin ensihoitajat olivat joutuneet kieltäytymään potilaan kuljettamisesta, koska potilaan tila ei sallinut kuljetusta kyseisellä yksiköllä, vaan hän tarvitsi kuljetuksen aikana lääkitystä tai hoitotoimenpiteitä, joita voi tarjota vain kiireellisen ensihoitopalvelun yksikkö. Kiireettömän ensihoitopalvelun riskipotilaana voidaan pitää potilasta, joka ei täytä määrättyjä siirtokriteereitä. Kiireettömällä siirtoambulanssilla ei tule Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ensihoidon operatiivisten ohjeiden (Kämäräinen 2015, 34) mukaan siirtää ennen tilanteen stabilointia potilasta, jolla on jokin taulukon mukaisista oireista tai löydöksistä (Taulukko 3).

TAULUKKO 3. PSHP:n kiireettömän hoitolaitossiirron estävät löydökset/oireet
(Kämäräinen 2015)

Tajunta	Tajunnantaso on äkillisesti alentunut (GCS 10 pistettä tai alle)
Hengitys (hengitystyö on vaikeutunut, potilas ei jaksa puhua kokonaisia lauseita)	Hengitystaajuus alle 8 tai yli 25 x/min
	Happisaturaatio lisähapella alle 90% (keuhko-ahtaumatauti huomioitava)
Verenkierto	Systolinen verenpaine on alle 90 mmHg (tai yli 200 mmHg ja oireita)
	Syketaajuus alle 40 bpm tai yli 140 bpm (tai yli 160 jos akuutti flimmeri ja yleistila hyvä)
Oire tai taudinkuva, joka voi ennakoida peruselintoimintojen tai potilasturvallisuuden vaarantumista kuljetuksen aikana	Sydänperäiseksi tulkittava rintakipu joka jatkuu tai toistuu lääkehoidosta huolimatta
	Kontrolloimaton ulkoinen verenvuoto
	Vakava lääkemyrkytys
	Yleistynyt allerginen reaktio, etenkin jos hengitysvaikeutta
	Toistuvia kouristuskohtauksia tai nopeasti laskeva tajunnantaso
	Hengitystie-este
	Obstruktio, joka ei helpota lääkehoidolla
	Uhkaava synnytytys
	Hallitsematon kipu (lähettävän laitoksen on huolehdittava kipulääkityksen aloittamisesta)
Muut erityistilanteet	Hengityslaittehoito
	Potilas on akuutin tilanteen vuoksi trakeostomoitu, intuboitu tai hänellä on muu keinotekoinen hengitystie (paitsi stabiilit trakeostomian tai ventilaattorin kanssa esim. kotihoitossa olevat potilaat)

Em. tilanteissa potilas voidaan kuitenkin kuljettaa kiireettömästi, mikäli häntä hoitava lääkäri niin perustellusti arvioi (esim. hoidonrajaukset) (Kämäräinen 2015, 34).

Viime aikoina erilaiset potilaan tilaa kuvaavat pisteytysjärjestelmät (mm. NEWS, SOFA) ovat olleet nousussa, ja näiden käytöstä hyötyisivät varmasti monet hoitolaitokset. Näiden pistejärjestelmien avulla voidaan arvioida potilaan kokonaistilannetta (Alanen ym. 2016, 60). Sairaanhoitajaliiton ja Lääkäriliiton yhteisenä tavoitteena onkin, että Suomessa

NEWS olisi vakioitu tapa seurata potilaan peruselintoimintojen tilaa potilaan hoitopaikasta riippumatta (Sairaanhoitajaliitto 2018). Tiedonkulun ja kommunikaation on tässäkin työssä todettu olevan merkitsevä tekijä potilasturvallisuuden kannalta. Myös Yhdysvalloissa on havaittu puutteiden kommunikaatiossa olevan yleisiä ja aiheuttavan merkittäviä riskejä potilasturvallisuudelle hoitolaitossiirtojen yhteydessä (Luster ym. 2018, 91, 96).

Haastattelemistamme ensihoitajista valitettavan moni koki, että siirrettävistä potilaista halutaan ”päästä eroon” mahdollisimman nopeasti, eivätkä hoitajat ymmärtäneet tilannetta osana potilaan hoidon kokonaisuutta. Välillä ensihoitajat joutuivat aloittamaan potilaan hoidon ”alusta, nollasta” joko puutteellisten esitietojen vuoksi tai siksi, että potilaan vointi ei enää ambulanssissa vastannut annettuja esitietoja, raporttia tai lähetettä. Tulkitimme saamistamme vastauksista ensihoitajien olevan välillä turhautuneita ja kyllästyneitä huonoon tiedonkulkuun, ja siksi he kokivat helpompana vaihtoehtona tilannekuvan uudelleenrakentamisen omien tutkimustensa, löydöstensä ja haastatteluidensa kautta.

Emmä usko (että lähettävässä laitoksessa nähdään siirto riskinä), must tuntuu että se ajatus niinku loppuu just siihen, että kun ambulanssi tulee ja hakee ja sitten kun se potilas on häipyny siitä näköpiiristä, niin tilanne on niinku ohitte. Jotenkin se musta tuntuu siltä, että ei sitä nähdä tavallaan sillain, että se on se kaaren pää vasta siellä toisessa päässä ja siinä voi olla pitkäkin pätkä niinkun välissä.

Myös tilanteet, joissa potilaan ei nähdä olevan kenenkään vastuulla, selvästi turhauttivat ensihoitajia. Huonoa raportointia selitettiin juuri vaihtuneella vuorolla, lomilta paluulla tai omalla ”oikealla” sijainnilla toisella osastolla. Sijaisena iltavuoroon tulleelta hoitajalta onkin mahdotonta edellyttää, että hän tuntisi potilaan tilanteen, mutta hänellä tulisi kuitenkin olla vuoronvaihtoraportin jälkeen jonkinlainen kokonaiskäsitys potilaasta. Vastuunoton puutteesta on kyse myös tilanteissa, joissa lääkärin on mahdotonta ottaa vastuuta potilaan siirrosta, koska häntä ei ole konsultoitu, vaan kuljetus on tilattu ilman lääkärin arviota. Lähettävä lääkäri on vastuussa potilaasta hoitolaitossiirron aikana ja lähettävän lääkärin tulisi arvioida potilaan siirtokelpoisuus aina ennen kuljetusta (Kämäräinen 2014, 1234; Kuisma ym. 2017, 767; Tapper ym. 2018).

Haastateltavat olivat työssään todenneet, että hoitolaitoksissa ei aina tunneta ensihoitopalvelujärjestelmää. Ero kiireellisen ja kiireettömän palvelun välillä oli toisinaan hyvin-

kin epäselvä, eivätkä kaikki hoitajat tiedeet mistä tilaamalla saadaan oikeanlainen kuljetus potilaalle. On ymmärrettävää, että hoitaja joka ei ole työskennellyt ambulanssissa, ei osaa arvioida ensihoitajien toimintamahdollisuuksia siirron aikana. Kuljetus on kuitenkin potilaalle aina rasite. Akuutisti sairastuneilla ja vammautuneilla on usein uhkaavia peruselintoimintojen häiriöitä, jotka edellyttävät jatkuvaa monitorointia ja tukihoidoja. Kuljetus lisää edelleen elimistöä kuormittavia fysiologisia stressivasteita, ja peruselintoimintojen hoito on huomattavasti hankalampaa ahtaissa kuljetusajoneuvoissa, kuin hoitolaitoksissa. (Kuisma ym. 2017, 766.) Potilaiden kuolleisuus, sairastavuus ja tehohoidon tarve saattaa lisääntyä hoitolaitossiirtoihin liittyvien riskien vuoksi (Tapper ym. 2018). Tutkimusten mukaan sairaalasiirroissa jopa 15% kriittisesti sairaista kärsii ennustetta huonontavasta hypotoniasta tai hypoksiasta ja 10%:lla on diagnosoimattomia vammoja. (Hoppu N.d.; Kuisma ym. 2017, 766.)

Välineistö ja ympäristö aiheuttavat aina omat riskinsä hoitotyössä, erityisesti ensihoidossa. Näitä riskejä ennakoidaan esimerkiksi tarkistamalla välineistö aina oman vuoron alussa ja täydentämällä käytetyt tarvikkeet mahdollisimman pian. Ensihoitajat kokivat, että ambulanssi on useimmiten (6 vastaajaa kahdeksasta) edellisen vuoron jäljiltä asianmukaisessa kunnossa.

6.2.3 Hoitolaitossiirtoihin liittyvien vaaratapahtumien ennaltaehkäisy

Haastateltujen ensihoitajien mielestä hoitolaitossiirtojen yhteydessä ilmeneviä vaaratapahtumia voidaan ennaltaehkäistä asianmukaisen hoidon, riittävän seurannan, hyvän kommunikaation ja tiedonkulun, sekä ammatillisen toimintakyvyn ja osaamisen avulla. Potilaan asianmukaiseen hoitoon kuuluu oleellisesti hänen vointinsa seuraaminen. On todettu, että riskipotilaat voidaan tunnistaa ennen sydänpysähdystä tarkkailemalla potilasta ja tekemällä rutiinimittauksia. Tarkkailemalla potilasta esimerkiksi NEWS –pistein muutokset hänen voinnissaan voidaan havaita ajoissa jo ennen potilaan tilan romahtamista. (Castrén ym. 2010, 252; Alanen ym. 2016, 60.)

Potilasturvallisuuden kannalta tiedon siirto on hyvin oleellinen osa-alue. Informaation on kuljettava sekä lähettävästä laitoksesta ensihoitajille, että heiltä vastaanottavaan laitok-

seen. Euroopan komission tutkimuksen (2008) mukaan merkittävä vaaratapahtumien aiheuttaja oli puutteellinen kommunikaatio. Kommunikaatiota hoitolaitossiirtojen yhteydessä voidaan parantaa esimerkiksi raportoimalla ISBAR –menetelmän avulla sekä potilasta vastaanottaessa, että luovuttaessa. ISBAR tehostaa kommunikaatiota ja tiedonkulkua. Systemaattinen tiedon välittäminen parantaa potilasturvallisuutta. (Alanen ym. 2016, 16). Opinnäytteinä on jo tehty hoitolaitossiirroille tarkistuslistoja (Hyvönen ym. 2017; Erriah ym. 2017; Knuutila & Mäki–Fränti 2015), joiden tavoitteena on lisätä potilasturvallisuutta siirron yhteydessä. Myös saamissamme haastatteluissa nousi esiin toive koko sairaanhoitopiirin laajuisesta tarkistuslistasta.

Ensihoitajat vastasivat myös tilannetietoisuuden kuljetuksen aikana lisäävän potilasturvallisuutta. Tämä tarkoittaa, että kuljettajan vuorossa oleva ensihoitaja on tietoinen myös hoitotilassa tapahtuvista muutoksista. Tähän tarvitaan työparin keskinäistä kommunikaatiota, minkä virheettömyys voidaan varmistaa käyttämällä suljettua viestintää. Hoito–ohjeen pyytäminen lääkäriltä lisää ensihoidon turvallisuutta (Alanen ym. 2016). Ensihoitajien tulisikin tarvittaessa pyytää lähettävältä lääkäriltä hoito–ohjetta, mikäli he eivät sitä muuten saa, koska potilasturvallisuutta ja tiedonkulkua HaiPro –vaaratapahtumien analyysin kautta tarkasteleva Pro Gradu –tutkielma osoitti useiden potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien johtuvan puutteellisista toimintaohjeista (Kurronen 2011, 42).

Terveydenhuoltoalan ammattilaisella on aina vähintään eettinen velvollisuus huolehtia omasta ammattitaidostaan ja sen ylläpidosta. Ammatilliseen toimintakykyyn kuuluu kuitenkin myös muuta kuin pelkkä kliininen osaaminen. Etenkin ensihoidossa korostuu ensihoitajan fyysinen toimintakyky, josta haastatellut ensihoitajat nostivat esiin vireystilan. Toisinaan on Kuismankin (2017, 772) mukaan aiheellista vaihtaa kuljettajaa, jotta saadaan valpas ja virkeä ensihoitaja ajovuoroon. Valppauden lisäksi ensihoitajalta vaaditaan maltillista ja varovaista liikennekäyttäytymistä, koska ympäristön kaikkiin osatekijöihin (kuten muuhun liikenteeseen tai sääolosuhteisiin) ei voida vaikuttaa. Siksi myös kalustosta on huolehdittava, ja sitä on tarvittaessa huollettava, jotta sen toimintavarmuus erilaisissa tilanteissa ja ympäristössä on mahdollisimman vahva.

Osa ammatillista toimintakykyä ovat lisäksi henkilöstöresurssit, joiden lisääminen hoitolaitoksissa vähentäisi ensihoitajien mielestä kiirettä ja siten ennaltaehkäisisi vaaratapah-

tumien syntymistä. Myös Kurronen (2011, 38) toteaa pro gradu –tutkielmassaan, että suurin tiedonkulun vaaratapahtumiin vaikuttava tekijä on kiire, ja se yhdessä liian vähäisten henkilöstöresurssien kanssa altistaa virheille. STM:n (Sosiaali- ja terveysministeriö) valtioneuvoston periaatepäätöksessä potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiasta (2017) on asetettu tavoitteeksi, että vuonna 2021 resurssit ja osaaminen määritellään ja varmistetaan organisaatioiden sisällä.

Poikkeamien ja vaaratapahtumien raportointi parantaa turvallisuutta. Esimiesten ja johdon tehtävänä on luoda työyksikköön sellainen ilmapiiri, joka kannustaa henkilöstöä ilmoittamaan poikkeamista herkästi. (Potilaturvallisuusopas 2011.) Opinnäytetyöprosessimme aikana havaitsimme, että tutkimuskysymyksiimme vastaavien poikkeamaraporttien saaminen olisi epävarmaa, koska haastattelemamme ensihoitajat työskentelivät yrityksissä, joissa ei ollut käytössä HaiPro –järjestelmää, vaan poikkeamat ilmoitettiin yritysten omaan järjestelmään. Meidän annettiin ymmärtää, että vaikka ilmoitusvelvollisuus poikkeamista oli olemassa, todellisuudessa poikkeamaraportteja tehtiin vain vakavista vaaratapahtumista. Potilasturvallisuuden lisäämiseksi olisi löydettävä keinoja, joilla vaaratapahtumien raportointia ja seuranta saataisiin lisättyä.

6.3 Opinnäytetyöprosessin pohdintaa

Opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittaminen aloitettiin syyskuussa 2017 ja sitä jatkettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Alussa oli hieman haastavaa löytää tutkittua tietoa hoitolaitossiirroista, koska aihetta on tutkittu vasta vähän. Jotkin opinnäytetyön yhteydessä mainitut tutkimukset on julkaistu vasta opinnäytetyömme aloittamisen jälkeen, osa vasta vuoden 2018 alussa. Koska halusimme käsitellä työssämme vain Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueen hoitolaitossiirtoja, käytimme lähteinä myös jonkin verran henkilökohtaisia tiedonantoja, joita saimme sähköpostitse. Osaan kysymyksistämme vastattiin erittäin nopeasti, jopa saman päivän aikana, kun taas osaan saimme vastauksen vasta usean viikon ja parin uusintakyselyn jälkeen vastaajan kiireistä johtuen. Yhteistyö sujui kuitenkin hyvässä hengessä, saimme ystävällisiä ja aiheestamme kiinnostuneita vastauksia. Haastattelut olivat mieltäneet aihetta jo ennakkoon, joten itse haastattelutilanteet sujuivat luontevasti ja saimme kysymyksiimme hyviä, informatiivisia vastauksia.

Työelämäpalaveri pidettiin lokakuun 2017 alussa ja haastattelut toteutettiin työelämäpalaverin jälkeen. Palaverissa sovittiin, että opinnäytetyön yhteydessä ei tulla mainitsemaan yhteistyökumppaneiden, eikä haastatteluihin osallistuneiden henkilöiden nimiä. Haastattelut litteroitiin ja aineiston analysointi aloitettiin joulukuussa 2017. Aineiston analysointi saatiin valmiiksi helmikuussa 2018. Parityöskentely aiheutti jonkin verran aikataulullisia ongelmia, mutta sovittelemalla onnistuimme pitämään riittävän määrän palavereja. Muuten yhteyttä pidettiin sähköisten järjestelmien ja sosiaalisen median avulla. Yhteistyötä työelämätahon kanssa hoidettiin lähinnä sähköpostilla ja puhelimitse. Työelämäyhdys henkilön vaihtuessa kesken opinnäytetyötä yhteistyö jäi lopulta niukaksi työelämätahon kiireistä johtuen.

6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Koska ensihoitajat nostivat esiin puutteet riskipotilaan tunnistamisessa ja kiireellisyyden arvioinnissa lähettävissä hoitolaitoksissa, tätä aluetta olisi aiheellista tutkia enemmänkin, jotta siihen olisi mahdollista puuttua esimerkiksi koulutuksen keinoin. Tämä ennaltaehkäisisi paitsi vaaratapahtumia hoitolaitosten välisillä potilassiirroilla, se oletettavasti myös lisäisi potilasturvallisuutta laitoksissa, koska potilaan tilan muutokset osattaisiin huomioida kenties aiemmin, jo ennen tilanteiden kehittymistä kriittisiksi. Myös haastatteluissa kritiikkiä saaneen kiireettömien siirtojen tilausjärjestelmän vertaaminen toisella tavalla organisoituun järjestelmään paljastaisi, vaarantaako PSHP:n alueella käytössä oleva systeemi todella potilasturvallisuutta hoitolaitosten välisillä potilassiirroilla, kuten ensihoitajat kokivat. Hyvä jatkotutkimusaihe olisi myös tarkistuslistan luominen hoitolaitossiirtoja varten. Koko sairaanhoitopiirin alueella käyttöön otettava tarkistuslista yhtenäistäisi käytäntöjä ja toimintamalleja.

LÄHTEET

- Aaltonen, M-L. & Rosenberg P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Adam, S. & Osborne S. 2005. Critical Care Nursing. Science and practice. Oxford: Oxford University Press.
- Aivoinfarkti ja TIA. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 (viitattu 20.03.2018). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi
- Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A. & Saikko, S. 2016. Oireista työdiagnosiin. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopenan, P. & Westergård, A. 2010. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOYpro OY.
- Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Crouch, A. & Meurier, C. 2005. Vital notes for nurses. Health assessment. Oxford: Blackwell Publishing.
- Elo, S., Kanste, O., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Pölkki, T. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138-148. Luettu 4.3.2018. https://www.researchgate.net/profile/Tarja_Poelkki/publication/261723764_Sisällönanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessä_tutkimuksessa/links/551b0ad80cf2fdce84384f32.pdf
- Erriah, E., Heino, S. & Hiiri, J. 2017. Ikaalisten terveystieteiden potilassiirrot: tarkistuslista. Sairaanhoidajakoulutus. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Luettu 14.3.2018. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/135753/Erriah_Enna_Heino_Satu_Hiiri_Johanna.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- European commission 2008. Report on the open consultation on Patient Safety in the European Union. Päivätty 10.2.2018. Luettu 14.3.2018. http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/patient_consult_frep_en.pdf
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.
- Holmström, P. 2014. Ei- sydänperäisen rintakivun hoito. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Ruokonen, E. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 1190 – 1191.

Hoppu, S. N.d. Potilassiirron sudenkuopat. Luentolyhennelmä. Luettu 23.2.2018.
<http://sash.fi/wp-content/uploads/2016/03/POTILASSIIRRONSUDENKUOPAT.pdf>

Hyvönen, E.-N., Martikainen, V. & Rosenberg, J. 2017. Turvallinen hoitolaitossiirto. Tarkistuslista päivystyksen henkilökunnalle. Sairaanhoidtajakoulutus. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Luettu 22.2.2018.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/135513/Hyvonen_Elli-Noora_Martikainen_Viivi_Rosenberg_Jasmin.pdf?sequence=1

Janhonen S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Junttila, E. 2012. Yleistä peruselintoimintojen häiriöistä. Teoksessa Niemi – Murola, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, M. & Pöyhiä, R. (toim.) Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 17.

Kankkunen, P. & Vehviläinen – Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kela 2017. Potilaan kuljetus ja matkat. Päivitetty 15.11.2016. Viimeksi muokattu 10.8.2017. Luettu 13.3.2018.
<http://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-potilaan-kuljetus-ja-matkat>

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. THL:n opas.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80402/979943df-4088-46df-8e5a-cd8949ed965a.pdf?sequence=1>

Knuuttila, H. & Mäki-Franti E. 2015. Tarkistuslistat TEHO-osaston sairaanhoitajille, kun potilas siirtyy toiseen hoitoyksikköön. Hoitotyön koulutusohjelma. Vaasan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Luettu 14.3.2018.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86774/maki-franti_elina_knuuttila_helena.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Knuuttila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveystieteiden vaaratapahtumien raportointi. Helsinki: Lääkelaitos.

Kotisaari, M-L. & Kukkola, S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Havainnollinen ja selkeä käsikirja kaikille hoitotyöstä vastuussa oleville johtajille ja esimiehille. Helsinki: Fioca Oy.

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

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2017. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kurronen, P. 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku – HaiPro –vaaratapahtumien analyysi. Pro Gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Kämäräinen, A. 2014. Sekundaaripotilaskuljetus. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Ruokonen, E. (toim.) Anestesiologia ja tehohoito. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 1234 – 1236.

Kämäräinen, A. 2015. Ensihoidon operatiivisen toiminnan ohjeet 2015-2016. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. TAYS Ensihoitokeskus. (Käyttö rajoitettu.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Luster, J., Yanagawa, F. S., Bendas C., Ramirez, C. L., Cipolla, J. & Stawicki, S. P. 2018. Interhospital Transfers: Managing Competing Priorities while Ensuring Patient Safety. Teoksessa: Vignettes in Patient Safety. Luettu 12.3.2018.

<https://www.intechopen.com/books/vignettes-in-patient-safety-volume-2/interhospital-transfers-managing-competing-priorities-while-ensuring-patient-safety>

Macnee, C. L. & McCabe, S. 2008. Understanding nursing research. Reading and using research in evidence – based practice. 2nd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Metsävainio, K. 2012. Ensihoito. Teoksessa Niemi-Murola, L. Jalonen, J. Junttila, E. Metsävainio, K. Pöyhä, R. (toim.) Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 53 – 58.

National Health Service. 2004. Seven steps to patient safety. An overview guide for NHS staff. Julkaistu 1.7.2004. Luettu 14.3.2018.

<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/collections/seven-steps-to-patient-safety/?entryid45=59787>

Nieminen, H. 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY, 215 – 221.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Aivoinfarktin hoidossa nopeus on aivojen pelastus. Päivitetty 24.9.2015. Luettu 19.3.2018.

[http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Aivoverenkiertohairioyksikko/Aivoinfarktin_hoidossa_nopeus_on_aivojen\(45077\)](http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Aivoverenkiertohairioyksikko/Aivoinfarktin_hoidossa_nopeus_on_aivojen(45077))

Ruuhilehto, K., Kaila, M., Kestinen, T., Kinnunen, M., Vuorekoski, L & ja Wallenius, J. 2011. HaiPro - millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007 - 2009? Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim (10), 1033 – 1040. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/10/duo99540>

Sairaanhoitajaliitto 2014. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Julkaistu 3.10.2014. Luettu 19.3.2018.

<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Sairaanhoitajaliitto 2018. NEWS – Aikaisen varoituksen pisteytysjärjestelmä. Julkaistu 26.1.2018. Luettu 19.3.2018.

<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/news-aikaisen-varoituksen-pisteytysjarjestelma/>

Schmidt, N. A. & Brown, J. M. 2008. Evidence—based practice for nurses: appraisal and application of research. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

Silfast, T., Castren, M., Kurola, J., Lund, V. & Martikainen, M. 2013. Ensihoito- opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sjöman, M. & Kippola, E. 2017. ISBAR – strukturoitu raportointimenetelmä potilasturvallisuuden tukena. Oulun Yliopistollinen sairaala. Luettu 12.3.2018.

<https://www.ppsHP.fi/dokumentit/Koulutusmateriaali%20sisltyppi/ISBAR%20-%20strukturoitu%20raportointimenetelm%C3%A4%20potilasturvallisuuden%20tukena.pptx>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.

Sosiaaliturvaopas 2018. Järjestöjen sosiaaliturvaopas. Sairaanhoidon maksut ja korvaukset. Julkaistu 31.1.2018. Luettu 13.3.2018.

<https://sosiaaliturvaopas.fi/maksut/#7153>

STM 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Julkaistu 12.7.2017. Luettu 14.3.2018.

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Suomen Akatemia. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Julkistettu 14.11.2012. Luettu 5.3.2018.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Sydney local health district. ISBAR. Päivitetty 17.12.2014. Luettu 19.3.2018.

<https://www.slhd.nsw.gov.au/BTF/ISBAR.html>

Syvänne, M. Johtumishäiriöt. Päivitetty: 13.11.2014. Luettu 20.3.2018.

<https://sydan.fi/sydansairaudet-ja-hoito/johtumishairiot> Sydänliitto.

Tampereen yliopiston tietoaarkisto. 2017. Aineistonhallinnan käsikirja. Tutkittavien informointi. Päivitetty 6.9.2017. Luettu 10.2.2018.

<http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tutkittavien-informointi.html>

Tapper, A-M., Silfast, T., Löfstedt, T., Randell, T. & Metsäranta, M. 2018. Duodecim-oppiportti. Turvallinen potilassiirto – verkkokurssi. Kustannus Oy Duodecim (Vaatii kirjautumisen). Julkaistu 7.1.2015. Päivitetty 16.2.2018.

<http://www.oppiportti.fi/op/dvk00038>

Taskinen, H. ensihoitopäällikkö. 2017. Tilastotietoja opinnäytetyöhön. Sähköpostiviesti. harri.taskinen@psHP.fi. Luettu 6.11.2017.

THL. 2011. Potilasturvallisuusopas. Luettu 5.3.2018.
<https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

THL: Potilasturvallisuus. 2017. Luettu 25.10.2017.
<https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

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

Turpeinen, A. 2014. Tamponaatio ja perikardiotomiaoireyhtymä. Julkaistu 16.6.2014. Luettu 21.3.2018. http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00231

Valvira. 2017. Ammattinimikkeet. Päivitetty 19.10.2017. Luettu 13.3.2018.
<http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>

Valvira 2017. Ilmoitus vaaratilanteesta. Julkaistu 25.7.2017. Luettu 22.1.2018.
<http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/terveysteknologia/valviralle-tehtavat-ilmoitukset/ilmoitus-vaaratilanteesta>

Vuolukka, K. palveluesimies. 2018. Tilastotietoa opinnäytetyöhön. Sähköpostiviesti. katri.vuolukka@tuomilogistiikka.fi. Luettu 1.2.2018.

Vuolukka, K. palveluesimies. 2018. Lähde opinnäytetyöhön. Sähköpostiviesti. katri.vuolukka@tuomilogistiikka.fi . Luettu 18.3.2018.

World health organisation. 2017. 10 facts on patient safety. Luettu 3.3.2018.
http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/

Ylitalo–Liukkonen. 2017. Trakeostomoidun potilaan hoidosta. Luento. Valtakunnalliset keuhkopäivät.
http://www.filha.fi/sites/default/files/ylitalo-liukkonen_trakeostomoidun_potilaan_hoidosta_vsshp_171001.pdf

LIITTEET

Liite 1. Kuvakaappaus ePotku –tilauksen kuljetusmuotoa määrittävistä kysymyksistä

ePotku - Internet Explorer

ePotku Tuomi Logistiikka Oy

Etusivu **Uusi potilaskuljetustilaus** Osaston potilaskuljetukset Uusi henkilökuljetustilaus Osaston h

POTILASSIIRRON TILAUS: POTILAAN TIEDOT

Tilauksen 1. vaiheessa vastataan muutamaiin kysymyksiin liittyen potilaan hoitoisuuteen tms. ja tilauksen jälkimmäisessä vaiheessa täydennetään muut tarvittavat tiedot potilaan kuljetuksesta. Tekemäsi valinnat ohjaavat valitsemaan potilaan kannalta oikean kuljetusmuodon.

[REDACTED]

1.	Onko potilas hoitolaitokseen sisäänkirjattu?	<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei
2.	Tarvitseeko potilas apua siirtymisessä/liikkumisessa?	<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei
3.	Onko potilas eristyspotilas ?	<input type="radio"/> Kyllä <input checked="" type="radio"/> Ei
4.	Onko potilaalla vaikea pahoinvointiongelman, sekavuus tai mt-ongelma (M1) ?	<input type="radio"/> Kyllä <input checked="" type="radio"/> Ei
5.	Vaatiiko potilas osastolla jatkuvaa tarkkailua tai seurantaa?	<input type="radio"/> Kyllä <input checked="" type="radio"/> Ei
6.	Tarvitseeko potilas kuljetuksen aikana seurannan tai mahdollisesti hoitotoimenpiteitä (esim. happilisa, verenpaineen mittaus)?	<input type="radio"/> Kyllä <input checked="" type="radio"/> Ei
7.	Potilaan hoito vaatii siirron aikana lähettävän yksikön lääkärin/hoitajan saattajaksi?	<input type="radio"/> Kyllä <input checked="" type="radio"/> Ei
8.	Potilas pystyy istumaan?	<input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei

Kirjattujen tietojen perusteella suositetaan seuraavaa potilassiirtoa (voit muuttaa tietoja vielä seuraavassa vaiheessa):

Siirtokuljetus: Tavallinen taksi
Yhdistely: Voidaan yhdistellä

Seuraava >>

Liite 2. Tietoinen suostumus

1(2)



1 (2)

TIEDOTE

4.10.2017

Hyvä ensihoitaja!

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmе, jonka tarkoituksena on selvittää, minkälaisia *potilasturvallisuuteen* liittyviä vaaratilanteita ensihoitajat ovat kokeneet **hoitolaitoissiiirroissa (793 A/B/C/D)**.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Tampereen Ammattikorkeakoulusta ja [REDACTED]. Valmiissa opinnäytetyössä ei tulla mainitsemaan yrityksiä nimeltä.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla sekä keräämällä vastauksia kyselykaavakkeeseen. Haastattelemme yhteensä 8 ensihoitajaa: 4 perustasoista ja 4 hoitotasoista. Haastateltavat valikoituvat kokemuksen perusteella. Haastattelut toteutetaan ennalta sovitusti viikoilla 42-45 toimipisteessänne tai halutessanne jossakin muussa ennalta sovitussa paikassa. Haastateltaville esitetään 4 avointa kysymystä, joihin he vastaavat suullisesti. Haastattelusta kerätään äänitallenne, joka myöhemmin litteroidaan. Lisäksi haastateltavat täyttävät kyselykaavakkeen jossa on 11 suljettua kysymystä. Näihin vastataan asteikolla 1-5. Haastatteluun ja kyselykaavakkeen täyttöön kuluu aikaa yhteensä noin 30min. Haastattelu toteutetaan työajan puitteissa.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme mielellämme.

Maria Kinnunen
Ensihoitajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
maria.kinnunen@health.tamk.fi
puh. [REDACTED]

Marja-Leena Östring
Sairaanhoidajaopiskelija (AMK)
Tampereen ammattikorkeakoulu
marjaleena.ostring@health.tamk.fi
puh. [REDACTED]

(jatkuu)



SUOSTUMUS

Opinnäytetyö: Ensihoitajien kokemia potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratapahtumia hoitolaitosten välisissä potilassiirroissa

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää, millälaisia *potilasturvallisuuteen* liittyviä vaaratilanteita ensihoitajat ovat kokeneet **hoitolaitossiirroissa (793 A/B/C/D)**, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

_____ . _____ . _____

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 3. Esitiedot ja suljetut haastattelukysymykset.

TAUSTATIEDOT**Sukupuoli:**

Mies ___ Nainen ___

Ikä:

18-20v. ___ 21-30v. ___ 31-40v. ___ 41-50v. ___ yli 50v. ___

Koulutus:

Perustason ensihoitaja ___

Ensihoitaja AMK tai sairaanhoitaja + 30op hoitotason lisäkoulutus ___

Lähihoitaja (muu kuin ensihoidon koulutusohjelma) ___ Pelastaja ___

Ensihoidon työkokemus:

0-3v ___ 3-6v ___ 7-10v ___ yli 10v ___

KYSELY**Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto:**

1-5: 1= ei koskaan 2=harvoin 3= vaihtelevasti 4=usein 5= aina

	ei koskaan	harvoin	vaihtelevasti	usein	aina
1. Saan potilaasta aina suullisen raportin.	1	2	3	4	5
2. Saamani suullinen raportti sisältää potilaan riskitiedot	1	2	3	4	5
3. Saan lähettävästä hoitolaitoksesta mukaan riittävät potilasasiakirjat.	1	2	3	4	5
4. Kysyn potilaasta lisätietoja epäselvässä tilanteessa.	1	2	3	4	5
5. Tutustun potilasasiakirjoihin ennen kuljetusta tai sen aikana.	1	2	3	4	5
6. Auto ja välineistö ovat asianmukaisessa kunnossa vuoron alkaessa.	1	2	3	4	5
7. Varmistan potilaalta häntä koskevien potilastietojen paikkansapitävyyden.	1	2	3	4	5
8. Potilaan tilasta saatu raportti vastaa mielestäni potilaan tilaa siirtokuljetuksen alkaessa.	1	2	3	4	5
9. Potilas on valmisteltu siirtokuljetukseen lähettävässä hoitolaitoksessa.	1	2	3	4	5
10. Kuljettavalle yksikölle annetaan hoito-ohjeet potilaan tilan muuttumisen varalta.	1	2	3	4	5
11. Hoitolaitossiirron kiireellisyys on arvioitu lähettävässä laitoksessa oikein.	1	2	3	4	5

Liite 4. Avoimet haastattelukysymykset.

1. Minkälaisia potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratapahtumia olet kohdannut hoitolaitossiirtojen yhteydessä?

2. Miten kokemasi vaaratapahtumat olisivat mielestäsi olleet ennaltaehkäistävässä?

3. Mikä mielestäsi aiheuttaa eniten vaaratapahtumia hoitolaitossiirtojen yhteydessä?

4. Mistä tekijöistä mielestäsi koostuu turvallinen hoitolaitossiirto?

Liite 5. Luokittelut

1(9)

Luokittelutaulukko 1: Mitkä tekijät ensihoitajat ovat kokeneet potilasturvallisuutta vaarantavina hoitolaitossiirtojen yhteydessä?

YLÄLUOKKA	ALALUOKKA	PELKISTYKSET
Puutteet potilaan hoidossa ja seurannassa	Potilas jätetään ilman seurantaa	Riskisetkin potilaat jätetään yksin.
		Potilaan seuranta unohtuu.
		Potilaan tilan muutokseen ei ole reagoitu lähettävässä laitoksessa.
	Potilaan hoitoa ei ole aloitettu	Potilaan hoitoa ei ole aloitettu, mikä on saattanut aiheuttaa potilaalle vaaratapahtuman.
		Ei ole aloitettu hoitotoimia.
		Ei ole tehty tarvittavia hoitotoimenpiteitä.
	Potilasta ei ole hoidettu siirtokuntoon	Puutteelliset valmistelut.
		Potilasta ei ole saatettu siirtokuntoon.
	Potilas ei ole saanut asianmukaista hoitoa	Happimaskissa on liian alhainen virtaus.
		Potilaan verensokeri on ollut todella alhainen.
	Hoidon kiireellisyyden arvio on virheellinen	Aikaikkuna on umpeutunut tai vaarassa umpeutua.
		Hoidon tarpeen kiireellisyys on aliarvioitu.
		Väärä tilannearvio.
	Puutteellinen ammattitaito / työkokemus	Ei ole osattu toimia vakavassa tilanteessa.
		Kokemattomuus uran alussa.
Ei osattu arvioida potilaan hengitystä.		

(jatkuu)

2(9)

Luokittelutaulukko 2: Mitkä tekijät ensihoitajat ovat kokeneet potilasturvallisuutta vaarantavina hoitolaitossiirtojen yhteydessä?

YLÄLUOKKA	ALALUOKKA	PELKISTYKSET
Puutteet tiedonkulussa ja kommunikaatiossa	Puutteelliset tiedot potilaasta	Heikon raportin saaminen potilaasta.
		Puutteelliset esi- ja tapahtumatiedot.
		Tiedonkulku on huonoa.
	Potilasta ei tunneta	Lähettävässä laitoksessa ei ymmärretä, minkä tasoista potilasta he lähettävät.
		Ei tunneta potilaan taustatietoja eikä selvitetä niitä.
	Potilaasta ei ole konsultoitu lääkäriä	Ei tiedetä, kuka on päivystävä lääkäri. Ei ole konsultoitu lääkäriä.
		Neurologia ei ole konsultoitu tuoreista neurologisista oireista.
		Kun yöllä ei ole lääkäriä (hoitolaitoksessa), ja tulee tilanne, ettei tiedetä mitä tehdä, potilas lähetetään eteenpäin konsultoidumatta.
	Puutteelliset hoito-ohjeet	Ei ole hoito- tai lääkitysohjeita.
		Lähettävän lääkärin hoito-ohjeet ovat puutteelliset.
		Ei ole saatu hoito-ohjeita lähettävältä lääkäriltä.

(jatkuu)

3(9)

Luokittelutaulukko 3: Mitkä tekijät ensihoitajat ovat kokeneet potilasturvallisuutta vaarantavina hoitolaitossiirtojen yhteydessä?

YLÄLUOKKA	ALALUOKKA	PELKISTYKSET
Puutteet vastuun ottamisessa	Lääkäri ei ole nähnyt potilasta	Hoitolaitoksessa ei ole lääkäreitä.
		Yöllä ei ole lääkäreitä paikalla.
	Hoitaja joutuu tekemään päätöksen siirrostasta ja/tai kuljetusmuodon valinnasta	Lähettävällä lääkäriellä on vastuu ja hänen pitäisi päättää minkälaista siirtoa käytetään, eikä näin todellisuudessa tapahdu.
		Todellisuudessa hoitaja tekee arvion, tilaanko kiireetön vai kiireellinen siirto.
	Potilaasta ei oteta vastuuta	Potilaan ei nähdä olevan hoitajien vastuulla.
		Usein on niin, että hoitaja on eri vuorosta, sijainen tai toiselta osastolta eikä tiedä potilaasta mitään.
	Omasta osaamisesta ei oteta vastuuta	Ei välttämättä uskalleta tunnustaa, ettei osata tehdä jotain eikä uskalleta pyytää apua sen asian tekemiseen.
		Ei soiteta ja kysytä neuvoa, vaikka ei itse tiedetä.

4(9)

Luokittelutaulukko 4: Mitkä tekijät ensihoitajat ovat kokeneet potilasturvallisuutta vaarantavina hoitolaitossiirtojen yhteydessä?

YLÄLUOKKA	ALALUOKKA	PELKISTYKSET
Puutteet ensihoito-palvelun tuntemuksessa	Ei tiedetä / ymmärretä kiireettömän ja kiireellisen kuljetusmuodon eroja	Kuljetuksen tilaamista varten on tehty helppo järjestelmä, eikä välttämättä uskalleta soittaa hätäkeskukseen, kun koneelta kuljetus on helppo tilata ja sieltäkin tulee auto nopeasti.
		Lähettämisen protokolla ei ole selvä.
	Ei tiedetä, mistä sopiva kuljetusmuoto tilataan	Ei tiedetä, mistä kiireellinen siirto tilataan.
		Epätietoisuus siitä, mistä kiireellinen kuljetus tilataan.
	Ei tunneta ensihoitajien toimintamahdollisuuksia ambulanssissa	Tietoisuus ensihoitajien ammattitaidosta on epäselvä.
		Ei tiedetä, mitä ambulanssissa pystytään tekemään.

(jatkuu)

5(9)

Luokittelutaulukko 5: Mitkä tekijät ensihoitajat ovat kokeneet potilasturvallisuutta vaarantavina hoitolaitossiirtojen yhteydessä?

YLÄLUOKKA	ALALUOKKA	PELKISTYKSET
Puutteet kiireettömien siirtojen tilausjärjestelmässä	Kuljetuksia järjestävä palveluntarjoaja ei arvioi kuljetuksen kiireellisyyttä	Tilauksen tullessa kuljetuksia järjestäville palveluntarjoajalle, ei tehdä tarkempia lisäselvityksiä, joten sieltä saatava tulla ihan mitä vaan.
		Laitospotilas ei saa tilausjärjestelmästä johtuen koulutettua kiireellisyyden arviointia (vrt. siirron tilaus hätäkeskuksesta).
	Tilauksia hallinnoivat henkilöt, joilla ei ole terveydenhuoltoalan koulutusta	Kuljetusten järjestäjänä on palveluntarjoaja, jossa ei työskentele terveydenhuollon henkilökuntaa.
		Ei ole mahdollista konsultoida (siirron tilauksesta).

6(9)

Luokittelutaulukko 6: Mitkä tekijät ensihoitajat ovat kokeneet potilasturvallisuutta vaarantavina hoitolaitossiirtojen yhteydessä?

YLÄLUOKKA	ALALUOKKA	PELKISTYKSET
Puutteet ja riskitekijät välineistössä ja ympäristössä	Vialliset tai vieraat hoitovälineet / laitteet	Paareista on irronnut ruuvi ja ne ovat pettäneet potilaan alta.
		Viat hoitovälineistössä.
		Ei osata käyttää laitetta.
	Liikenteen aiheuttamat riskit	Työkaverilla ollut raskas kaasujalka ja liikaa intoa.
		On pelätty työparin ajamisen takia.
		Takana olevan hoitajan ollessa irti turvavöistä kolarin sattuessa, hän voi iskeytyä potilasta kohti.
		Siirtomatka on jo riski siksi, koska ollaan liikenteessä.
		Ei ole välttämättä itsestä riippuva asia, mutta muut ihmiset saattavat liikenteessä tehdä ihan mitä sattuu.
	Ensihoitajat ovat ”yksin”	Potilaan vieressä on vain yksi hoitaja.
		Ei ole lääkärin tukea paikan päällä.

(jatkuu)

Luokittelutaulukko 7: Miten ensihoitajien mielestä hoitolaitossiirtojen vaaratapahtumat olisivat ennaltaehkäistävässä?

YLÄLUOKKA	ALALUOKKA	PELKISTYS
Asianmukainen hoito ja riittävä seuranta	Potilaan tilan ja voimien seuranta	Potilaan tilan oirekuvan mukaisella seurannalla.
		Riittävä tarkkailu kuljetuksen ajan.
		Peruselintoimintoja pitää tarkkailla.
	Tarvittavien tutkimusten ja hoitotoimienpöytäkirjojen tekeminen	Asianmukaisilla hoitotoimilla.
		Tekemällä kaikki asianmukaiset tutkimukset ja tulkitsemalla ne oikein.
		Potilaan perushoidon puutteet olivat aiheuttaneet tilan, jonka vuoksi häntä päästy siirtämään. Olisi ollut ennaltaehkäistävässä perushoidolla.
	Potilaan pitää olla siirtokuntoinen.	

(jatkuu)

Luokittelutaulukko 8: Miten ensihoitajien mielestä hoitolaitossiirtojen vaaratapahtumat olisivat ennaltaehkäistävissä?

YLÄLUOKKA	ALALUOKKA	PELKISTYS
Hyvä kommunikaatio ja tiedonkulku	Riittävät hoito-ohjeet	Lääkärin ohjeet. Jos potilaalle tulee jokin oire, tai jos tapahtuu jotakin, on toimintaohjeet ja lääkitysohjeet valmiina, ja rajat sille milloin tarvitsee toimia (esim. MAP).
		Hoitajilla pitäisi olla mahdollisuus konsultoida kuljetusmuodon valinnasta.
		Siirto tapahtuu aina lääkärin läheteellä, niin että lääkäri on joko nähnyt potilaan tai potilaasta on konsultoitu lääkäriä.
	Hyvä tiedonkulku	Että saadaan perustiedot potilaasta.
		Lähetteessä olisi riittävät tiedot.
		(Hoitaja) antaisi hyvän raportin (potilaasta).
		Huolehtimalla hoitoketjun jatkumisesta siten, että potilaasta annetaan huolellinen raportti myös luovutettaessa vastaanottavaan hoitolaitokseen.
	Tilannetietoisuus	Pitää olla tietoinen tapahtumista.
		Olisi muistilista joka käydään läpi (ennen siirtoa).
		Olisi check-list, mitkä asiat pitää olla läpikäytyinä.

(jatkuu)

Luokittelutaulukko 9: Miten ensihoitajien mielestä hoitolaitossiirtojen vaaratapahtumat olisivat ennaltaehkäistävissä?

YLÄLUOKKA	ALALUOKKA	PELKISTYS
Ammatillinen toimintakyky ja osaaminen	Asenne työtä kohtaan	Työmotivaatiosta.
		Jos pitää asioita itsestäänselvyytenä, niin voi jäädä jotain huomaamatta ja vahinkoja voi käydä.
	Henkilöstöresurssit	Lääkärin läsnäolo ensihoidon tullessa hakemaan potilasta.
		Mielestäni kiire on se suurin asia. Kun sen saa pois, niin tapahtuu vähemmän virheitä.
		Vaaratapahtumia voisi ennaltaehkäistä lisäämällä työresursseja hoitolaitoksissa, jotta hoitajat pystyisivät keskittymään kunnolla raportointiin. Eikä yritettäisi vaan saada potilasta nopeasti siirtymään pois.
		Päivystyksen ollessa täynnä potilaita, hoitajilla jää saattaa jäädä jotain huomaamatta kiireen vuoksi.
	Ammattitaito	Olemalla tarkkaavainen.
		Oikea kiireellisyysluokitus.
		Taito tunnistaa akuutti potilas.
	Oikeanlainen liikenekulttuuri	Ajamiseen lisää koulutusta.
		Jos on epävarmuutta ajamisen suhteen, ajovuoro pitäisi siirtää työparille.
	Huollettu ja oikein käytetty välineistö	Huoltamalla ja uusimalla kalustoa tarvittaessa.
		Täytyy huolehtia, että laitteet ovat kunnolla kiinni autossa, että ovat lukittuneet.