
ENNAKKOILMOITUS ENSIHOITOTYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMANA POHJOIS-SAVON SAIRAANHOITOPIIRIN ALUEELLA

**Laura Antikainen
Anni Hellgren**

Opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulututkinto



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Ensihoidon koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Laura Antikainen ja Anni Hellgren	
Työn nimi Ennakoilmoitus ensihoitotyöntekijöiden kokemana Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella	
Päiväys Toukokuu 2011	Sivumäärä/Liitteet 48/4
Ohjaaja(t) Lehtori Arja Kemiläinen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollisen sairaalan Ensihoitokeskus	
<p>Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvata Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa toimivien työntekijöiden asennoitumista ja osaamista ennakoilmoituksen teossa. Tarkoituksena oli löytää heidän kannaltaan kehitettävät asiat ennakoilmoituksessa, sen antamisessa ja vastaanottamisessa. Tiedon kerääminen tapahtui kvantitatiivisesti, sähköisellä kyselylomakkeella. Kyselyyn vastasi 46 Pohjois-Savon alueella ensihoidossa hoito- ja perustasolla työskentelevää ammattilaista. Tutkimusaineiston keruu ajoittui maaliskuulle 2011.</p> <p>Ennakoilmoitus on olennainen osa kriittisesti sairaan potilaan hoitoa. Ennakoilmoitus takaa hoidon saumattoman jatkumisen palvelukokonaisuudessa, joka jatkuu sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta vastaanottavan sairaalan päivystyspoliklinikalle. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella ensihoitajat antavat ennakoilmoituksen VIRVE-päätelaitteen kautta päivystyspoliklinikan Triage-sairaanhoitajalle ennen potilaan saapumista. Ennakoilmoitus annetaan potilaasta, jonka vamma tai sairaus vaatii erityistä valmistautumista päivystyspoliklinikalla potilaan vastaanottamiseksi.</p> <p>Tutkimuksemme mukaan ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa toimivien osaaminen ennakoilmoituksen teossa on hyvää ja asennoituminen ennakoilmoitukseen on positiivista. Kehitettävää he näkivät ennakoilmoitusta vastaanottavan sairaanhoitajan asennoitumisessa sekä VIRVE-päätelaitteen käytössä. Myös toimintatapojen yhtenäistämässä on kehitettävää. Vastaanottavan sairaalan ennakoilmoituslomakkeen ja annetun ennakoilmoituksen rakenne ja sisältö eivät kohtaa.</p> <p>Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin ohjeistusta ennakoilmoituksesta sekä suunniteltaessa ja toteutettaessa ensihoidon ja päivystyspoliklinikan henkilöstön koulutusta. Tutkimustuloksia ei voida suoraan yleistää pienen otannan vuoksi.</p>	
Avainsanat Ennakoilmoitus, ensihoito, päivystyspoliikklinikka, hoidon jatkuvuus	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Paramedics			
Author(s) Laura Antikainen and Anni Hellgren			
Title of Thesis Pre-arrival notification in the area of North-Savo hospital.			
Date	May 2011	Pages/Appendices	48/4
Supervisor(s) Senior lecturer Arja Kemiläinen			
Project/Partners Center for Pre hospital Emergency Care			
<p>The purpose of this thesis was to portray the quality of the pre-arrival notifications made by people who work in emergency care in the area of North-Savo hospital. The purpose of the thesis was also to figure out how the pre-arrival notification can be improved. The data were collected electronically by means of a structured questionnaire, which included one open question. A total of 46 persons who work in emergency care in the area of North-Savo hospital replied to the questionnaire. The research was carried out in March 2011.</p> <p>Pre-arrival notification is a constituent part of the care of emergency patients. Paramedics give pre-arrival notification to the hospital of the patient who has suffered from serious injury or illness and emergency department has to prepare to the patients incoming. Pre-arrival notification guarantees permanence of care in chain of survival, which continues from pre-hospital emergency care to the hospital's emergency department. In the area of North-Savo hospital people who work in emergency care give pre-arrival notifications by the VIRVE-net to the Triage-nurse of the hospital's emergency department.</p> <p>According to our study results the people who work in emergency care have good attitude and know-how for pre-arrival notifications. According to the people who work in emergency care things to develop in pre-arrival notifications were the Triage-nurses' attitudes for pre-arrival notifications and ability to use the VIRVE-net. The contents and texture of pre-arrival notifications in proportion to hospitals emergency departments form for pre-arrival notifications could be developed.</p> <p>The results can be used by the North-Savo hospital to improve the instructions for pre-arrival notifications. The producers of emergency care and hospitals' emergency departments can use the results to educate employees. The results of the research cannot be directly generalized as the number of the respondents was quite small.</p>			
Keywords pre-arrival notification, emergency department, emergency care, continuity of care			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	7
2	ENSIHOITOPALVELU.....	9
2.1	Ensihoitopalvelun porrastus ja lainsäädäntö	9
2.2	Ensihoitotyö	11
2.3	Hätäkeskus ensihoitopalvelun osana	12
2.4	Viranomaisverkko ensihoitotyössä	13
3	ENNAKKOILMOITUS OSANA ENSIHOIDON RAPORTOINTIA	15
3.1	Ennakoilmoitus hoidon jatkajana	15
3.2	Ennakoilmoituksen teko	16
4	ENSIHOIDOSTA PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLE	18
4.1	Hoidon jatkuminen päivystyspoliklinikalla.....	18
4.2	Traumatiimi hoidon jatkajana	19
4.3	Ennakoiva ilmoitus.....	20
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	21
5.1	Tarkoitus ja tavoitteet.....	21
5.2	Tutkimuskysymykset.....	21
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	22
6.1	Aineistonkeruumenetelmä	22
6.2	Tutkimuksen kohderyhmä.....	23
6.3	Aineiston analyysi	23
7	TUTKIMUSTULOKSET	25
7.1	Taustatiedot.....	25
7.2	Ennakoilmoituksen merkitys ensihoidon työntekijöiden kokemana.....	29
7.3	Toiminta ja osaaminen ennakoilmoituksen teossa	31
7.4	Ensihoitajien näkemyksiä ennakoilmoituksen annosta tällä hetkellä	36
7.4.1	Ennakoilmoituksen antamista edistävät tekijät	37
7.4.2	Ennakoilmoituksen antamista haittaavat asiat.....	37
7.4.3	Kehitysehdotuksia	38
8	POHDINTA.....	41
8.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	41
8.2	Tulosten tarkastelua	42
8.3	Kehittämiskohteet	45
8.4	Oma oppiminen	46

LIITTEET

Liite 1 Kuopion yliopistollisen sairaalan hallinnollinen ohje: Ennakkoilmoitukset KYS:iin tulevista potilaista.

Liite 2 Kuopion yliopistollisen sairaalan ennakkoilmoituslomake

Liite 3 Saatekirje

Liite 4 Kyselylomakkeen Word-versio

1 JOHDANTO

Ensihoitopalvelun muodostavat kolme yhtä tärkeää osatekijää, hätäkeskus, sairaankuljetus ja erikoissairaanhoido, joista jokaisen toiminta vaikuttaa potilaan selviytymismahdollisuuksiin. Hätäkeskus arvioi avunpyyntöjen lääketieteellistä riskiä neljässä luokassa A:sta D:hen, määrittää kiireellisyysluokan perusteella vasteen eli toiminnan sekä antaa tarvittaessa puhelimitse ensiapuohjeita tai muuta neuvontaa. Sairaankuljetuksen veloitteena on tarjota sairaankuljetusta ja ensihoitoa kaikille hätätilapotilaille. Sairaankuljetus toteutetaan viidellä tasolla potilaansiirtoyksiköissä, ensivasteyksiköissä, perus- ja hoitotason yksiköissä sekä lääkäriyksiköissä. Erikoissairaanhoido, tai joissain tapauksissa perusterveydenhuolto, toimii potilaan lopullisena hoitopaikkana. (Kinnunen 2005, 1–9.)

Toukokuun alussa vuonna 2011 voimaan astuneessa uudessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010) määritellään kunnan sekä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän velvollisuudet yhteistyössä järjestää kiireellinen päivystyspoliklininen sairaanhoido sekä sairaankuljetus, ja velvollisuus tarjota näitä palveluja kaikille hoidon tarpeessa oleville kotipaikasta riippumatta. Potilaalla on myös oikeus saada aina tilansa edellyttämää hoitoa käytössä olevien voimavarojen puitteissa, ja terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus antaa tarpeellinen kiireellinen hoito sitä tarvitsevalle. (Voipio-Pulkki 2005, 18–22; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Ensihoito ja päivystyspoliklinikka muodostavat yhdessä tiiviin hoitoketjun. Hoitoketju on prosessi, sarja toimenpiteitä, voimavaroja ja menetelmiä, jotka yhdessä tuottavat palvelukokonaisuuden. Palvelukokonaisuudessa useampi sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatio osallistuu toimintaan päämääränään samat tavoitteet asiakkaan hyväksi. Kuten usein sanotaan; ”hoitoketju on yhtä vahva kuin sen heikoin lenkki”. Ensihoito on moniammatillista yhteistyötä, ja laadun parantaminen vaatii yksiköiden ja ammattiryhmien rajat ylittävän prosessin hahmottamista osana organisaation toimintaa. Yhteistyö hoitoketjussa tarkoittaa palvelun ja hoidon jatkuvuutta, toimivaa tiedonvälitystä, toiminnan oikea-aikaisuutta ja henkilökunnan erityisosaamista vastaavaa toimintaa. Nämä kaikki tekijät yhdessä muodostavat päivystyspotilaan saaman palvelun laadun. (Rekola & Hakala 2008, 589–590.)

Potilaan siirtyessä ambulanssista päivystyspoliklinikalle myös hoitovastuu siirtyy palvelukokonaisuuden seuraavalle taholle. Potilaan luovutukseen kiinteästi liittyvät

sekä suullinen että kirjallinen raportointi potilasta aiemmin hoitaneelta yksiköltä potilaan hoitovastuun vastaanottavalle yksikölle. (Kuisma 2005, 44.) Joistakin potilaista, esimerkiksi vakavaa peruselintoimintojen häiriötä potevista, ensihoitoyksikön tulee tehdä varsinaisen raportoinnin lisäksi myös ennakoilmoitus saapumisesta vastaanotettavaan sairaalaan, jolloin siellä osataan tarvittaessa ennalta varautua potilaan saapumiseen. Hoidon keskeytymättömän jatkumisen kannalta osassa tapauksista päivystyspoliklinikalla on tärkeää jo ennalta tietää saapuvan potilaan tila, siinä tapahtuneet muutokset sekä potilaan saama hoito. Tärkeä osa ensihoitotyöntekijöiden ammattitaitoa on osata arvioida, miten ja missä potilastapauksissa ennakoilmoitus tulee tehdä. (Sillanpää 2008, 42–44.)

Opinnäytetyömme tarkoitus on kuvata millaista Pohjois-Savon alueella ensihoidossa toimivien työntekijöiden osaaminen ja asennoituminen on ennakoilmoituksen teossa. Sairaanhoidopiiri pystyy tutkimustulosten perusteella mahdollisesti kehittämään ensihoidossa työskenteleville suunnattua ennakoilmoitusta koskevaa kirjallista ohjeistustaan ja kenties parantamaan alueensa ensihoitopotilaiden hoitoa. Pohjois-Savon alueella asiaa on aikaisemmin tutkittu vain Kuopion yliopistollisen sairaalan päivystyspoliklinikalla toimivien sairaanhoitajien näkökulmasta (Hirvonen & Villanen 2010). Kyseisessä tutkimuksessa esille tulleita kehityskohteita olivat muun muassa tason vaihtelut ennakoilmoituksenteossa yksiköiden välillä ja ennakoilmoituksen liian myöhäinen ajoitus. Opinnäytetyömme tuloksia tulemme vertaamaan myös näihin päivystyspoliklinikan hoitajilta laadullisessa tutkimuksessa saatuihin tuloksiin.

2 ENSIHOITOPALVELU

Ensihoitopalvelun on sairaanhoitopiirin kuntayhtymän järjestämää toimintaa. Ensihoitopalvelun tehtäviä ovat äkillisesti loukkaantuneen tai sairastuneen potilaan kiireellinen hoito ja kuljetus lääketieteellisesti arvioiden tarkoituksenmukaiseen hoitoyksikköön, ensihoitovalmiuden ylläpito, potilaan tai potilaan läheisten mahdollinen ohjaus psykososiaalisen tuen piiriin, alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen osallistuminen ja virka-avun antaminen eri viranomaisille. Lisäksi sairaanhoitopiirin kuntayhtymä päättää ensivastetoiminnan järjestämisestä. Ensivastetoiminta tarkoittaa potilaan luokse hälytettävää muuta yksikköä kuin ambulanssia, joka lyhentää potilaan tavoittamisviivettä ja kykenee hätäensiapuun. (Terveystieteellisen lakien 1326/2010) Ensihoito on monesti viranomaisyhteistyötä useiden eri tahojen kanssa, mutta se on myös moniammatillista yhteistyötä terveydenhuollon organisaation sisällä. Ensihoitoa ohjaavat terveydenhuollon lainsäädäntö ja arvoperusta. (Määttä 2008, 24–25.)

2.1 Ensihoitopalvelun porrastus ja lainsäädäntö

Terveystieteellisen lakien (1326/2010) määrittää vuoden 2013 alusta alkaen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän vastuu järjestää alueensa ensihoitopalvelu. Tämä voidaan järjestää myös yhdessä alueellisen pelastustoimen tai toisen sairaanhoitopiirin kanssa. Mahdollista on myös hankkia palvelu muulta palvelun tuottajalta. Aikaisemmin sairaankuljetuksen ja ensihoidon ovat järjestäneet kunta ja sairaanhoitopiiri yhdessä. Terveystieteellisen lakien määrittää lisäksi ensihoidon palvelutasopäätös, joka sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on tehtävä. Palvelutasopäätöksessä tulee sosiaali- ja terveysministeriön ensihoitopalvelun asetuksen mukaisesti määrittellä: ”ensihoitopalvelun järjestämistapa, palvelun sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön koulutus, tavoitteet potilaan tavoittamisajasta ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta tarpeelliset seikat” (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 2011, 4§)

Uudessa asetuksessa ensihoitopalveluista määrätään myös, että tulevaisuudessa jokaisessa sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on oltava toiminnassa hallinnollinen ensihoitokeskus ja tämän johdossa ensihoitopalvelusta vastaava lääkäri, joka johtaa ja kehittää alueen ensihoitopalvelun toimintaa. Lisäksi pitää olla koko maan kattava alueellinen ensihoitolääkärin päivystys, joka johtaa tilannekohtaista lääketieteellistä

toimintaa ensihoidossa ja vastaa hoito-ohjeiden antamisesta kentällä toimiville ensihoitoyksiköille. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 2011.) Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella on toiminnassa Kuopion yliopistollisessa sairaalassa sijaitseva ensihoitokeskus.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta (2011) säädetään tarkemmin ensihoidon toteuttamisesta. Asetuksessa annetaan määräyksiä tavoittamisajoista, henkilöstöstä, henkilöstön koulutuksesta ja johtamisesta. Asetuksen toteuttamiseen on sairaanhoitopiirien kuntayhtymille annettu siirtymäaikaa vuoden 2014 alkuun. Vanhassa sairaankuljetusasetuksessa (565/1994) on määritelty joitakin ensihoitotyöhön liittyvät termejä. Näiden vanhojen asetusten mukaiset määritelmät ovat kovin ylimalkaisia ja epätarkkoja, sekä sisältävät vanhentunutta termistöä. Seuraavissa kappaleissa on esitelty tätä termistöä, mutta sitä on täydennetty uusien asetusten mukaiseksi. Uudistuneessa terveydenhuoltolaissa sairaankuljetus ja ensihoito integroidaan terveydenhuollon palvelukokonaisuuteen ja sairaalan ulkopuolista ensihoitotoimintaa kuvaamaan on otettu termi ensihoitopalvelu (Eduskunta – valtiopäiväasiakirjat 2010).

Ensihoito tarkoittaa ”asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilön tekemää tilanteen arviointia ja välittömästi antamaa hoitoa, jolla sairastuneen tai vammautuneen potilaan elintoiminnot pyritään käynnistämään, ylläpitämään ja turvaamaan, tai terveydentilaa pyritään parantamaan perusvälineillä, lääkkeillä taikka muilla hoitotoimenpiteillä” (Asetus sairaankuljetuksesta 565/1994).

Ensihoitopalvelun yksikkö tarkoittaa ” ensihoitopalvelun operatiiviseen toimintaan kuuluvaa kulkuneuvoa ja sen henkilöstöä. Ensihoitopalvelun yksiköitä voivat olla ambulanssien lisäksi esimerkiksi johto- ja lääkäriautot” (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 2011).

Sairaan kuljetusasetuksessa (565/1994) ja asetuksessa ensihoitopalvelusta (2011) määritellään perus- ja hoitotason ensihoidon toiminnan puitteet. Eri yksiköiden välistä vallitsevaa valmiuden ja varustelun valtakunnallista vaihtelevuutta on myös uudessa asetuksessa pyritty kaventamaan. Ensihoitojärjestelmässä käytetään porrastettua vastetta, joka tarkoittaa tehtävien jakoa korkeariskisiin hoitotason yksikön tehtäviin ja ei-korkeariskisiin perustason tehtäviin. Tämä jako ei kuitenkaan ole tarkka, sillä hoitotason käyttö pelkästään korkeariskin tehtäviin niiden vähyyden vuoksi ei ole kustannustehokasta. (Määttä 2008, 33.)

Perustason sairaankuljetus tarkoittaa ”hoitoa ja kuljetusta, jossa on riittävät valmiudet valvoa ja huolehtia potilaasta siten, ettei hänen tilansa kuljetuksen aikana odottamatta huonone, ja mahdollisuudet aloittaa yksinkertaiset henkeä pelastavat toimenpiteet” (Asetus sairaankuljetuksesta 565/1994). Perustason sairaankuljetuksessa toisen yksikössä olevan työntekijän on oltava vähintään terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntautuva koulutus, ja toinen voi olla pelastajatutkinnon tai vastaavan suorittanut henkilö (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 2011). Pääosa perustason yksiköiden tehtävistä on kiireettömiä sairaankuljetustehtäviä. (Kinnunen 2005, 12–17.)

Hoitotason sairaankuljetus tarkoittaa ”valmiutta aloittaa potilaan hoito tehostetun hoidon tasolla ja toteuttaa kuljetus siten, että potilaan elintoiminnot voidaan turvata” (Asetus sairaankuljetuksesta 565/1994). Hoitotason sairaankuljetuksen yksikössä vähintään toisen työntekijän on oltava koulutukseltaan ensihoitaja AMK tai laillistettu sairaanhoitaja, joka on lisäksi suorittanut 30 opintopisteen pituisen ensihoitoon suuntaavan koulutuksen. Toinen hoitotason yksikön työntekijä voi olla vähintään terveydenhuollon ammattihenkilö tai pelastaja. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 2011.) Hoitotasolla on käytössään perustasoa enemmän lääkkeitä ja hoitovälineitä. Suurimman osan kiireellisistä sairaankuljetustehtävistä ajavat hoitotasoiset sairaankuljetusyksiköt. (Kinnunen 2005, 12–17.)

2.2 Ensihoitotyö

Ensihoito on akuuttihoitotyötä, jossa äkillisesti sairastuneet potilaat pyritään tavoittamaan ja hoito aloittamaan mahdollisimman aikaisin, jolloin potilaan toipumisen kannalta vahingollisia ja elämänlaatua vähentäviä sekundaarivaurioita ei ehdi kehittyä. Tavoitteena on saada mahdollisimman moni potilas selviytymään hengissä ilman pysyvää haittaa. Toisaalta ensihoitopalvelun tarkoitus on myös antaa terveysneuvontaa ja ohjata asiakkaitaan käyttämään terveydenhuollon päivystyspalveluja oikein, jottei näissä syntyisi ylimääräisiä kustannuksia ja kuormittumista. (Kinnunen 2005, 1–9.)

Potilaalle sopivan lopullisen hoitopaikan valinta perustuu potilasohjaukseen ja ensihoitajan itsenäiseen päätökseen potilaan tilan ja hänestä saatujen tietojen perusteella. Terveydenhuollon palveluja tarjotaan kolmella tasolla: perusterveydenhuollossa, perustason erikoissairaanhoidossa ja erityistason erikoissairaanhoidossa. Ensihoito-

järjestelmässä hätäkeskus ja perustason sairaankuljetus ovat peruspalveluja ja hoitotason sairaankuljetus sekä lääkäriyksiköt erityispalveluja. Toiminnallinen raja on kuitenkin ensihoidossa häilyvä. (Määttä 2008, 33.)

Ensihoitovalmius voidaan viedä potilaan luokse ja ensihoitoa voidaan jatkaa myös kuljetuksen aikana. Ammattitaidon ja tietotaidon ohella toimiva välineistö on ensihoidossa ensiarvoisen tärkeää. Hoito on useimmiten oireenmukaista ilman varmennettua diagnoosia. Ensihoitoa voidaan antaa myös laitoksissa, joissa potilaan vaatimaa hoitoa ei pystytä itse toteuttamaan. Lisäksi osa potilaista voidaan hoitaa jo kohteessa ja jättää kokonaan kuljettamatta. Sairaalan ulkopuolinen ensihoito päättyy, kun hoitovastuu siirretään lopulliseen hoitopaikkaan tarvittavan erikoisalain päivystävälle lääkärille. Potilaan hoito jatkuu palvelukokonaisuuden seuraavassa lenkissä eli vastaanottavassa hoitolaitoksessa. (Kinnunen 2005, 1–9.)

2.3 Hätäkeskus ensihoitopalvelun osana

Hätäkeskus toimii ensihoidon palvelukokonaisuuden käynnistäjänä. Hätäkeskus vastaanottaa hätäpuheluja, arvioi avunpyyntöjen lääketieteellistä riskiä ja määrittää riskin perusteella vasteen eli toiminnan (Valtioneuvoston asetus hätäkeskustoiminnasta 2010). Hätäkeskuksessa avuntarvitsijat järjestetään kiireellisuuden mukaan tärkeysjärjestykseen ja puhelujen aikana avuntarvitsijoita myös neuvotaan ja heille annetaan ensiapuohjeita. Hätäkeskus ohjaa ensihoitopalvelua reaaliaikaisesti, seuraa tehtävien toteutumista sekä yksiköiden tehtävän vaihteita, sijaintia ja vasteaikoja. (Kinnunen 2005, 18–21.)

Riskinarvio on hätäkeskuspäivystäjän hätäpuhelun aikana soittajalta saatujen tietojen perusteella tekemä arvio tilanteen vaarallisuudesta ja kiireellisyydestä. Hätäkeskuspäivystäjät saavat 90 opintopisteen pituisen koulutuksensa aikana valmiudet riskinarvion tekoon ja työssä kunkin päivystäjän riskinarvion osuvuutta myös seurataan. Riskin aliarvioiminen voi koitua potilaalle kohtalokkaaksi ja yliarvioiminen taas aiheuttaa ylimääräisiä kustannuksia ja kuormittaa ensihoitojärjestelmää. Riskinarviossa tehtävät jaetaan luokkiin A–D. (Kinnunen 2005, 18–21.) A-luokan tehtävä on korkeariskiseksi arvioitu, ja avuntarvitsijan peruselintoimintojen epäillä esitetietojen perusteella olevan välittömästi uhattuna. B-luokka tarkoittaa todennäköistä korkeariskistä ensihoitotehtävää, jolloin avuntarvitsijan peruselintoimintojen tilasta ei ole varmuutta. Luokan C tehtävässä potilaan peruselintoimintojen tila on arvioitu vakaaksi tai häiriölieväksi, mutta ensihoitopalvelun nopea arviointi on kuitenkin tarpeen. D-luokan teh-

tävä tarkoittaa, että avuntarvitsijalla ei ole peruselintoimintojen häiriötä ja tila on vakaa. Kuitenkin myös näille potilaille tulee ensihoitopalvelun tehdä hoidon tarpeen arviointi. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 2011.)

Hätäkeskuksessa seurataan eri riskiarvioluokkien potilaiden tavoittamisaikoja, sillä saman riskialueen väestölle tulee sairaanhoitopiirin alueella taata yhdenvertainen palvelu. Tavoittamisaika tarkoittaa aikaa, joka menee hätäkeskuksen hälytyksestä yksikön kohteeseen saapumiseen. Uudessa ensihoitopalvelun asetuksessa on myös kiinnitetty erityistä huomiota ensihoitopalvelujen tasaiseen saatavuuteen sairaanhoitopiirien sisällä. Sairaanhoitopiirien kuntayhtymät jaetaan neliökilometrien kokoisiksi alueiksi, joille tehdään riskianalyysi mm. asutuksen ja ikärakenteen mukaan, ja tämän perusteella jako viiteen riskialueeluokkaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 2011.)

2.4 Viranomaisverkko ensihoitotyössä

Suomen viranomaisverkko eli VIRVE on vuonna 1999 Etelä-Suomessa käyttöön otettu kansallinen kuntien ja valtion turvallisuusviranomaisten käyttämä viestintäjärjestelmä, joka toimii viranomaistajuudella 380–400 MHz. Koko Suomen alueella vuodesta 2003 toiminut viranomaisverkko palvelee yli 35 000 käyttäjää. Esteettömän viestinkulun varmistamiseksi verkko on jaettu alueellisiin osaverkkoihin, ja ympäri maata sijaitsevat tukiasemat takaavat kuuluvuuden. VIRVE -päätelaitteen käyttäjiä ovat valtion ja kuntien turvallisuudesta vastaavat viranomaiset ja heidän kanssaan sopimuksin yhteistyössä olevat organisaatiot, järjestöt tai yritykset. Suurimmat VIRVE:n käyttäjäryhmät ovat kriisipalvelu-, pelastuspalvelu-, poliisi-, rajavartiosto- sosiaali- ja terveys-, tull- sekä puolustusviranomaiset. Viranomaisverkko on luotettava ja suojattu, verkkoon pääsyä on rajattu käyttäjäryhmittäin. Suomessa VIRVE:n teleoperaattorina toimii pääasiassa sisäasiainministeriön hallitsema Suomen Erillisverkot Oy, joka vastaa verkon rakentamisesta, teknisestä operoinnista ja ylläpidosta. Päätelaitteiden sekä verkon toimittajana toimii Nokia. (Hyötylä 2003, 14–17.)

VIRVE-viestiliikenteessä on käytössä erilaisia viestintämuotoja kuten ryhmäpuhelut, suojatut yksilöpuhelut, hätäkutsu ja suorakanava toiminto sekä erilaisia datapalveluja kuten lyhytsanomien, statusviestien ja automaattipaikannus. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen päivittäisessä käytössä ovat statusviestit, joilla välitetään hätäkeskukselle ja muille yksiköille tietoa ensihoitoyksikön tilasta: tehtävä vastaanotettu, matkalla, kohteessa, kuljettaa, perillä, vapaana tai asemalla. Lyhytsanomilla tekstiviestin muodos-

sa vastaanotetaan hätäkeskuksen antamat sairaankuljetustehtävät sekä ryhmäliikenne, jossa kaikki viestintä eri yksiköiden, laitosten ja hätäkeskuksen välillä tapahtuu omissa määritellyissä puheryhmissään. VIRVE:n välityksellä tapahtuu myös mahdollinen potilastietojen lähetys, ja verkossa toimiessa onkin otettava huomioon potilas- ja asiakastietojen salassapitoa koskevat säädökset. Itse verkko on salainen, jolloin ulkopuoliset eivät pysty kuuntelemaan verkkoa. Viestinnän tulee olla asiallista, ja puheryhmissä viestitään vain tarpeen vaatiessa sekä tehtävän ja tilanteen edellyttämässä laajuudessa, jolloin ei häiritä muuta viestiliikennettä. (Hyötylä 2003, 18–23; Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 15–18.)

3 ENNAKKOILMOITUS OSANA ENSIHOIDON RAPORTOINTIA

Ensihoidon raportoinnissa yhdistyvät kirjallinen ja suullinen raportointi. Suulliseen raportointiin kuuluu vastaanottavassa terveydenhuollon yksikössä potilaasta annettava raportti sekä ennakoilmoitus. Kirjallinen raportointi tapahtuu joko siihen tarkoitettun sähköisen ensihoitokertomus järjestelmän, esimerkiksi Merlot Medi:n avulla tai manuaalisesti kirjoittaen KELA:n SV 210 lomakkeelle. Pohjois-Savon alueella on vielä käytössä manuaalinen kirjaamistapa. Mikään edellä mainituista raportointimenetelmistä ei sulje pois tai korvaa toista, vaan ne tukevat toisiaan ja toimivat tarpeellisen tiedon välittäjänä vastaanottavalle hoitolaitokselle, potilaan oikeusturvana sekä ensihoidon laadunvarmistuksena. (Riihelä 2008, 52–56; Porthan 2008, 57–62.)

3.1 Ennakoilmoitus hoidon jatkajana

Sairaankuljetuksesta tehdään tietyissä korkeaenergisissä vamma-tilanteissa, vakavissa peruselintoiminnanhäiriötilanteissa ja kiireellistä leikkaushoitoa tarvitsevan potilaan kohdalla ennakoilmoitus sairaalan päivystyspoliklinikalle, potilaiden vastaanottamisesta vastaavalle hoitajalle. Kuopion yliopistollisen sairaalan sairaanhoitopiirin alueella ennakoilmoitus on ohjeistettu tekemään potilaista, joilla on peruselintoiminnan häiriö, akuutti halvausoire tai korkeaenerginen vamma (Liite 1). Ennakoilmoitus tehdään aina, kun potilaan tila vaatii heti aktiivista hoitoa tai eritysjärjestelyjä (Luettelo 1). Ennalta tehty ilmoitus antaa päivystyspoliklinikan henkilökunnalle lisäaikaa tarvittaessa aloittaa ennakkovalmistelut, koota tarvittava henkilökunta paikalle ja sopia työnjako ennen potilaan saapumista. (Kuisma 2005, 43.)

Luettelo 1. Ennakkoilmoitusohjeet (Sillanpää 2008, 43.)

Ennakkoilmoitus tulee tehdä ainakin seuraavissa tilanteissa:

- korkeaenerginen vamma riippumatta potilaan senhetkisestä tilasta
 - laaja palovamma
 - kiireellinen leikkaushoidon tarve
 - potilaalla vakava peruselintoiminnon (hengitys, verenkierto, tajunta) häiriö tai merkittävä uhka sellaisesta
 - vakava äkillinen sydäntapahtuma
 - epäily tuoreesta aivoinfarktista (aiemmin omatoimisella potilaalla ja oireiden alusta alle 5 tuntia)
 - epäily vakavasta tarttuvasta infektioaudista
 - potilaan kemiallinen, biologinen tai säteilyaltistus
 - loppuraskauden runsas verenvuoto
 - potilaan poliklinikalle saapumiseen liittyy merkittävä turvallisuusuhka
 - muut erityistilanteet ensihoitajan harkinnan mukaan
-

3.2 Ennakkoilmoituksen teko

Ennakkoilmoituksen teko vastaanottavaan sairaalaan tapahtuu Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella viranomaisverkon välityksellä, ryhmäpuhelu viestintämuodossa, vastaanottavan sairaalan ja ensihoidon välisessä puheryhmässä. Ryhmäpuhelu on nopein ja tehokkain tapa jakaa ohjeita ja tietoa (Hyötylä 2003, 18). Kuopion yliopistolliseen sairaalaan ennakkoilmoitukset tehdään KYS-EH -ryhmässä, ensiavussa VIRVE -päätelaitetta kantavalle aulahoitajalle (ts. Triage-hoitaja), joka on vastuussa potilaiden vastaanottamisesta. Viestintä tapahtuu vuoroittaisena radiopuheluna, jolloin äänessä voi olla vain yksi viestinnän osapuoli kerrallaan, muiden kuunnellessa. Järjestelmä huolehtii puheenvuorojen jakamisesta. Puheenvuoron varaaminen ja puhuminen tapahtuu VIRVE-laitteen kyljessä sijaitsevaa tangenttia painamalla ja puheenvuoro seuraavalle puhujalle annetaan vapauttamalla tangentti.

Hyvässä ennakkoilmoituksessa tulee ilmetä tiivistetysti ja selkeästi vähintään seuraavat viisi tietoa; potilaan henkilötiedot ja/tai potilaiden lukumäärä, tapahtumatiedot ja mahdollinen vammamekanismi, vammat tai sairaus, vitaalielintoimintojen tila (hengitys, verenkierto, tajunta) ja arvioitu saapumisaika. Lisäksi ensihoitaja voi antaa tietoja mahdollisista tehdyistä hoitotoimenpiteistä ja meneillään olevista lääkeinfuusioista,

jos koee tämän tarpeelliseksi potilaan jatkohoidon kannalta. Ennakkoilmoitusta vastaanottava hoitaja voi lopuksi esittää vielä täydentäviä kysymyksiä potilaasta ja tämän tilasta. Ennakkoilmoitusta varten monilla poliklinikoilla, kuten Kuopion yliopistollisen sairaalan päivystyspoliklinikallakin, on erillinen ennakkoilmoituskaavake (Liite 2), johon kirjataan ennakkoilmoituksessa puhelimitse saadut tiedot. Ennakkoilmoitus tulisi antaa mahdollisimman varhain, mutta viimeistään 30 minuuttia ennen saapumista päivystyspoliklinikalle, jos se vain maantieteelliset etäisyydet huomioon ottaen on mahdollista. (Voipio-Pulkki 2005, 18–22.)

4 ENSIHOIDOSTA PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLE

Ensihoitoyksikkö luovuttaa potilaan vastaanottavaan hoitopaikkaan eli yleensä sairaalan päivystyspoliklinikalle, joka on äkillisesti sairastuneiden tai tapaturmaisesti loukkaantuneiden potilaiden vastaanotto- ja hoitopaikka. Päivystyspoliikka tarjoaa kiireellistä hoitoa vuoden jokaisena päivänä, 24 tuntia vuorokaudessa ja hoidon kysyntä vaihtelee tyypillisesti kellonajan, viikonpäivän ja vuodenajan mukaan. (Voipio-Pulkki 2005, 18–22.) Päivystyspoliikkoina on tarkoitus tarjota kiireellistä hoitoa sitä tarvitseville, mutta todellisuudessa potilasmateriaali on hyvin moninaista ja potilas määrät tästä johtuen suuria (Ruuti & Pyhälä-Liljeström 2010). Toiminta on moniammatillista yhteistyötä, jossa sairaalan monen eri henkilöstöryhmän yhteistyönä tuotetaan joustavaa päivystyspalvelua. Yhteistyön edellytyksenä on toiminnan tunteminen sekä organisaatiossa että sen ulkopuolisissa yksiköissä. (Sillanpää 2008, 40–42.)

Ympäri vuorokautisten päivystyspalveluiden ylläpito on kallista ja tämän vuoksi palvelupisteitä on keskitetty. Suuntana on ollut terveyskeskusten päivystyspisteiden vähentäminen ja yhdistäminen, sekä perus- ja erikoisterveydenhuollon yhteispäivystysten perustaminen. Tästä johtuen maan eri osissa vaihtelee terveydenhuoltopalveluiden saatavuus ja ensihoidon keskimääräinen kuljetusmatkojen pituus lopulliseen hoitopaikkaan on kasvanut. Toisaalta toiminta on saatu näillä toimenpiteillä kustannustehokkaammaksi ja laatu aiempaa paremmaksi. (Voipio-Pulkki 2005, 18–22.)

4.1 Hoidon jatkuminen päivystyspoliikkoina

Päivystyspoliikkoina asioiminen on yleensä ainutkertainen kokemus ihmisen elämässä. Toimintaa leimaa myös lyhytkestoisuus, hoidon odottaminen ja suuret potilasmäärät. (Sillanpää 2008, 41–42.) Potilaan saapuessa sairaankuljetuksen tuomana päivystyspoliikkoina ensihoitajien aikaisemmin tekemä potilaan tilan arviointi, hoitotoimenpiteet, mahdollinen ennakoilmoitus ja raportointi ovat jo käynnistäneet potilaan palvelukokonaisuuden. Päivystyspoliikkoina saapuvan potilaan vastaanottaa yleensä sairaanhoitaja ja osastosihteeri. (Voipio-Pulkki 2005, 18–22.) Päivystyspoliikkoina on yleistynyt Triage-hoitaja käytäntö, jossa nimetty, kokenut hoitaja vastaa aina vuorossaan potilaiden ja ennakoilmoitusten

vastaanotosta. Ensihoidosta saatujen tietojen ja kliinisen arvion perusteella Triage-hoitaja arvioi ensimmäisenä potilaan tilan ja hoidon tarpeen. Hoitaja suorittaa triagen eli hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvion, jonka tarkoitus on luokitella potilaat hoidon tarpeen mukaan ja tuottaa oikea aikaista hoitoa päivystyspoliklinikan potilaille. (Nummelin, Tupala, Nuorinko, Koskelainen & Pakasto 2010.) Esitiedot ja tilan arvio vaikuttavat ratkaisevasti potilaan jatkohoitoon ja tutkimiseen. Potilaan hoito ja tutkiminen etenevät selkeän toimintamallin mukaan ja potilaan tilan jatkuva tarkkailu on keskeistä. (Voipio-Pulkki 2005, 18–22.)

4.2 Traumatiimi hoidon jatkajana

Vaikeasti vammautuneita hätätilapotilaita ja erityisen huonokuntoisia potilaita varten suurempien sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla on viimeaikoina alkanut toimia lääkärijohtoisia traumatiimejä. Traumatiimeissä on erikoistuttu vaikeasti vammautuneiden potilaiden alkuvaiheen tutkimukseen ja hoitoon eli niin sanottuun traumaresuskitaatioon. Traumatiimi kootaan ja se valmistautuu tarvittaessa tehtyjen ennakoilmoitusten perusteella. Traumatiimiin kuuluu traumajohtaja, traumahoitaja, anestesia lääkäri, avustava anestesiahoitaja, kirurgi, avustava kirurginen hoitaja, radiologi, kaksi röntgenhoitajaa ja kaksi laboratoriohoitajaa. Traumajohtaja on usein tiimissä toimiva kirurgi tai anestesiologi. Traumahoitajan tehtävänä on kirjata tilanteen eteneminen. Traumatiimin jäsenten ja erityisalojen merkkäamiseen käytetään monissa sairaaloissa erivärisiä liivejä ja nämä auttavat myös ensihoitohenkilöstöä tunnistamaan traumatiimiin kuuluvat henkilöt. Monissa sairaaloissa on traumatiimin toimintaa ja hätätilapotilaiden häiriötöntä vastaanottoa varten erityinen traumahuone päivystyspoliklinikan sisääntulon läheisyydessä. (Koponen & Sillanpää 2005, 71; Handolin 2005, 233–234.)

Potilaan hoidosta vastanneella ensihoitohenkilökunnalla on velvollisuus kirjallisen raportin ja jo tehdyn ennakoilmoituksen lisäksi antaa täydentävä suullinen raportti potilaan hoidosta ja siihen liittyvistä seikoista potilasta sairaalassa vastaanottavalle hoitotiimille tai hoitajalle. Tämän potilaita vastaanottavan Triage-hoitajan tulisi ilmoittautua sairaankuljetusyksikölle välittömästi, jolloin potilaan hoitovastuun siirtyminen eteenpäin sujuu viivytyksettä. Hätätilapotilaan ollessa kyseessä, asiallisen ja oikea-aikaisen ennakoilmoituksen johdosta potilasta vastaanottamassa tulisi olla sairaalan traumatiimi. Tällöin traumahoitajaksi nimetty henkilö ilmoittautuu vastaanottamaan suullista raporttia ensihoitohenkilökunnalta ja huolehtii myös siitä, että koko traumatiimi on kuulemassa ja kuuntelee raportin. Traumahoitaja voi myös

raportin päätteeksi esittää täydentäviä potilaan tilaa tai hoitoa koskevia kysymyksiä ensihoitohenkilökunnalle. (Sillanpää 2008, 44.)

4.3 Ennakoiva ilmoitus

Kuopion yliopistollisen sairaalan alueella on otettu vuonna 2009 toteutetun 3 kuukauden kokeilun jälkeen käyttöön ennakoiva ilmoitus tiettyjen hätäkeskuksen määrittämien tehtäväkoodien yhteydessä, kuten kiireellistä hoitoa vaativien A–B -luokan suurenergisten tai hengenvaarallisten vammautumisten sekä monipotilastilanteiden yhteydessä. Näissä tapauksissa hätäkeskus lähettää tehtävälle hälytetyille ensihoitoyksiköille välitetyn VIRVE-viestin myös sairaalan päivystyspoliklinikan Triage-hoitajalle.

Ennakoivan ilmoituksen tarkoitus on edesauttaa päivystyspoliklinikkaa valmistautumaan vakavasti vammautuneen potilaan mahdolliseen saapumiseen lyhyellä varoitusajalla. Ennakoiva ilmoitus ei kuitenkaan käynnistä varsinaisia toimia, eikä aiheuta traumahälytystä päivystyspoliklinikalla ja ei siten poista tai korvaa ennakoilmoitusta. Tehtävällä toimivan ensihoitoyksikön on edelleen oltava yhteydessä sairaalaan ennakoilmoituksen muodossa ja annettava tarvittavat lisätiedot tai peruttava päivystyspoliklinikan varautuminen muuttuvan tilanteen mukaan. (Hätäkeskuslaitos 2009.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

5.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa toimivien työntekijöiden asennoitumista ja osaamista ennakoilmoituksen teossa. Tarkoituksena oli löytää heidän kannaltaan toimivat sekä kehitettävät asiat ennakoilmoituksessa, sen teossa ja vastaanottamisessa.

Työmme tavoitteena on tuottaa tietoa Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin käyttöön. Tämän tiedon pohjalta sairaanhoitopiirillä on mahdollisuus kehittää ensihoidon työntekijöille osoitettua ennakoilmoitusta koskevaa ohjeistustaan (Liite 1). Vertaamme tutkimuksesta saamiamme tuloksia Kuopion yliopistollisen sairaalan päivystyspoliklinikalla työskenteleville sairaanhoitajille vuonna 2009 tehdyn laadullisen tutkimuksen (Hirvonen & Villanen 2010.) tuloksiin. Näin pyrimme selvittämään, näkevätkö päivystyspoliklinikan työntekijät samat kehitystarpeet ennakoilmoituksen annossa kuin ensihoitotyöntekijät.

5.2 Tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista on Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin ensihoidon työntekijöiden asennoituminen ennakoilmoitukseen?
2. Millaista on Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin ensihoidon työntekijöiden osaaminen ja toiminta ennakoilmoituksen teossa?
3. Minkälaisia näkemyksiä ensihoidon työntekijöillä on ennakoilmoituksen annosta Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Aineistonkeruumenetelmä

Tutkimuksen aihe on tärkein vastaamiseen vaikuttava tekijä, mutta myös kyselylomake ja aihetta koskevat kysymykset vaikuttavat tutkimuksen onnistumiseen. Monivalintakysymyksissä tutkijat laativat kysymyksiin valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja sitten valitsi itselleen sopivan. Monivalintakysymykset tuottavat materiaalia, jota voidaan keskenään vertailla ja helposti käsitellä sekä analysoida tietokoneella. Asteikolliset eli skaalalliset kysymykset ovat väittämä muodossa, ja vastaaja antaa mielipiteensä väitteen paikkansapitävyydestä omalla kohdallaan. Esimerkiksi Likert-asteikon avulla pystytään portaittain skaalaamaan vastaajien mielipiteitä, mutta tosiasioden mittaaminen näin ei ole järkevää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 190–199.)

Sähköistä lomakekyselyä käytettäessä etuina ovat menettelyn nopeus, vaivattomuus ja mahdollisuus suurenkin tutkimusaineiston keruuseen. Lisäksi kysymyksiä voi olla enemmänkin, kun tutkittavilla on hyvin aikaa vastata kyselyyn. (Sillanpää 2008, 43.) Kyselylomakkeessamme (Liite 4) oli yhteensä 51 kysymystä, joista 1–7 kartoittivat vastaajien taustatietoja, 8–25 vastaajien asennoitumista sekä mielipidettä ennakoilmoituksen merkityksellisyydestä, 26–50 vastaajien osaamista sekä teoreettista tietämystä ennakoilmoituksen annossa ja 51 oli avoinkysymys, joka kartoitti ennakoilmoitusta helpottavia ja vaikeuttavia tekijöitä tai vastaajien mielessä olevia kehittämiskohteita. Emme löytäneet aiheesta aiempaa vastaavaa tutkimusta, joten päädyimme kehittämään käytettävän mittarin itse. Kyselylomake laadimme ennakoilmoitukseen liittyvän teoratiedon ja alueellisen ohjeistuksen pohjalta. (Luettelo 1 ja Liite 1).

Tutkimusaineiston keräsimme käyttämällä TYPALA-ohjelmalla tehtyä, sähköisessä muodossa olevaa puolistrukturoitua kyselylomaketta (Liite 4), joka sisälsi suljettuja kysymyksiä viisiportaisella Likert-asteikolla (kysymykset 8–25), kyllä vai ei -kysymyksiä (kysymykset 26–50), sekä lopussa yhden avoimen kysymyksen (kysymys 51). Lisäksi kyselyn alussa oli muutamia monivalintakysymyksiä (kysymykset 1–7) kartoittamassa vastaajajoukon taustatietoja, kuten pohjakoulutusta, työkokemusta, sukupuolta ja tehtyjen ennakoilmoitusten määrää. Näin pystyimme vertailemaan esimerkiksi eri koulutustasoisten työntekijöiden näkemyksiä keskenään sekä työkokemuksen vaikutusta vastauksiin.

6.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata ensihoitotyöntekijöiden näkökulmasta asennoitumista ja osaamista ennakoilmoitukseen ja nostaa esiin kehitystarpeita Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella. Kyselyn toteutimme Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin yhdentoista kunnan alueella toimivissa, ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluja tuottavassa organisaatioissa. Tutkimuksen kohderyhmänä oli Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä, perus- tai hoitotason ensihoidossa toimivat työntekijät. Tutkimuslupahakemuksen lähetimme kaikille Pohjois-Savon alueella toimiville sairaankuljetusta ja ensihoitoa tarjoaville organisaatioille. Ensimmäisellä kerralla osallistumisestaan ilmoitti kuusi alueen kuntaa ja uusintakerroksella viisi. Yhteensä kyselyyn osallistui yhdentoista kunnan alueella toimivat organisaatiot.

Kyselyn toimitimme suostumuksensa antaneiden organisaatioiden esimiehille sähköpostiviestissä suorana linkkinä. Linkki avasi kyselyn, ja itse kyselyn alussa oli saatekirje (Liite 3), joka ohjeisti kyselyyn vastaamista. Esimiehet välittivät kyselyn edelleen ensihoidossa tai sairaankuljetuksessa toimiville hoito- tai perustasoisille työntekijöilleen. Yksiköiden esimiehiltä saimme tiedon ensihoidossa tai sairaankuljetuksessa toimivien työntekijöiden eli potentiaalisten vastaajien määrästä. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella kolmessa kunnassa ensihoitopalvelut tuottaa pelastuslaitos, neljässä terveyskeskus ja lopuissa kuudessatoista kunnassa toimii yksityinen ensihoitopalvelujen tuottaja. Aineisto kerääminen tapahtui maaliskuussa 2011, kolmen kalenteriviikon pituisena ajanjaksona.

6.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksen mittarin kysymykset 1-50 olivat tekijöiden määrittämässä asteikollisessa muodossa. Sähköisestä muodosta ne oli helppo siirtää analysoitavaksi SPSS tilastointiohjelmaan. Ohjelman avulla saimme tietoa tarkoista vastausmääristä. Vastausten ristiintaulukoinnilla pystyimme vertailemaan eri tekijöiden yhteyttä toisiinsa, ja saaduista vastauksista pystyimme laskemaan prosenttiosuuksia. Tuloksia esitämme prosentteina ja erilaisina havainnollistavina taulukoina.

Avoimen kysymyksen (kysymys 51) analysoinnissa käytimme laadullisen tutkimuksen analyysin perusmenetelmää, deduktiivista sisällönanalyysiä. Menetelmässä sisältöä luokitellaan teoriatiedon ja tutkimusongelmien mukaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 190–199) Vastauksista poimimme keskeisiä ja usein toistuvia ilmaisuja sekä sanoja. Näitä ilmaisuja ryhmittelemällä ja erittelemällä pyrimme luomaan kokonaisuuksia ja luokittelemaan vastauksia.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Saimme kyselyymme vastauksia yhteensä kolmen viikon aikana 46:lta ensihoidossa tai sairaankuljetuksessa työskentelevältä henkilöltä. Potentiaalisen vastaajajoukon suuruus, jolle kysely välitettiin oli noin 120 henkilöä, joten kyselymme vastausprosentiksi saimme noin 38 %.

7.1 Taustatiedot

Kyselymme kysymykset järjestysnumerolla 1–7 selvittivät vastaajien taustatietoja. Vastaajista suurin osa eli 36 oli miehiä ja naisia kymmenen. Iältään kyselymme vastaajat olivat 20 vuodesta ylöspäin. Suurin osa vastanneita kuului ikäluokkiin 20–30 vuotta, 31–40 vuotta sekä 41–50 vuotta. Yli 51-vuotiaita oli kaksi. Työkokemusta sairaankuljetuksesta vastaajille oli kertynyt pääasiassa vähintään yli kuusi vuotta. Vastanneista yksi oli ollut töissä alle vuoden ja vain yhdeksän 1–5 vuotta. Suurin vastaajaryhmä olivat 6–10 vuotta töissä olleet, heitä oli 15 vastanneista ja 16 vuotta tai enemmän työkokemusta omaavia oli 13 vastaajista. 11–15 vuotta töissä olleita oli kahdeksan vastaajista. Vastaajista monella oli useamman tason pohjakoulutusta ensihoidossa toimimiseen ja lisäksi pelastusalan koulutusta, joten yhdeltä ihmiseltä tuli vastaus useampaan kohtaan. Ammattikorkeakoulusta valmistuneita ensihoitajia oli kymmenen, sairaanhoitajan koulutus oli 17:sta ja sama määrä oli myös lähihoitajakoulutuksen käyneitä, pelastajia tai palomiehiä oli kuusi ja lääkintävahtimestarikoulutuksen oli käynyt kahdeksan vastaajista. Vastaajien tämänhetkinen työnantaja oli pelastuslaitos 11:llä 18 työskenteli yksityisessä sairaankuljetusyrityksessä ja 17 työskenteli terveyskeskuksen tai SOTE-kuntayhtymän alaisuudessa. (Taulukko 1)

Pyysimme vastaajia arvioimaan suorittamiensa vuosittaisten sairaankuljetustehtävien määrää sekä vuoden sisällä tekemiensä ennakoilmoitusten määrää. Kukaan vastaajista ei arvioinut ajavansa alle 100 tehtävää vuodessa ja suurin osa, 22 vastaajista, arvioi ajavansa 701 tehtävää vuodessa tai enemmän. Vuodessa 100–300 ensihoito tehtävää arvioi ajavansa viisi, 301–500 tehtävää 16 ja 501–700 tehtävää neljä vastaajista. Ennakoilmoituksia vastaajat tekivät vaihtelevassa määrin. Suurin osa vastaajista arvioi tekevänsä joko 10–30 ennakoilmoitusta ($n = 20$) vuodessa tai 31–50 ilmoitusta ($n = 11$). Alle kymmenen ennakoilmoitusta vuodessa vastasi

tekevänsä kolme vastaajista. Vastaajista 51–70 ennakkoa arvioi tekevänsä kuusi ja yli 71 ennakkoilmoitusta arvioi antavansa seitsemän vastaajaa. (Taulukko 1)

TAULUKKO 1. Tutkittavien taustatiedot.

Taustatieto	n	%
Sukupuoli		
Naisia	10	21,7
Miehiä	36	78,3
Ikä		
20–30 vuotta	10	21,7
31–40 vuotta	20	43,5
41–50 vuotta	14	30,4
yli 50 vuotta	2	4,3
Työkokemusta sairaankuljetuksesta		
alle 1 vuosi	1	2,2
1–5 vuotta	9	19,6
6–10 vuotta	15	32,6
11–15 vuotta	8	17,4
16 vuotta tai enemmän	13	28,3
Sairaankuljetustehtäviä/vuosi		
alle 100 tehtävää/vuosi	0	0,0
100–300 tehtävää/vuosi	5	10,9
301–500 tehtävää/vuosi	16	35,8
501–700 tehtävää/vuosi	4	8,7
yli 700 tehtävää/vuosi	22	47,8
Annettuja ennakkoilmoituksia/vuosi		
Alle 10 ennakkoilmoitusta/vuosi	3	6,5
10–30 ennakkoilmoitusta/vuosi	20	43,5
31–50 ennakkoilmoitusta/vuosi	11	23,9
51–70 ennakkoilmoitusta/vuosi	6	13,0
yli 70 ennakkoilmoitusta/vuosi	7	15,2

Ristiintaulukomalla vertasimme iän vaikutusta työkokemukseen (Taulukko 2). Suurimmalla osalla vastaajista oli yli kuusi vuotta työkokemusta. Työkokemus kasvoi suhteessa ikään: 20–30 vuotiaista enemmistö omasi 1–5 vuotta työkokemusta, 31–40 vuotiaista enemmistöllä oli 6–10 vuotta työkokemusta ja 41–50-vuotiailla oli suurella osalla 16 vuotta tai enemmän työkokemusta. Keskimääräinen työkokemus oli 6-10 vuotta.

TAULUKKO 2. Tutkittavien ikä suhteessa työkokemukseen.

työkokemus	5 vuotta tai vähemmän	6-10 vuotta	11–15 vuotta	16 vuotta tai enemmän	yhteensä
ikä					
20–30 vuotta	7	3	0	0	10
31–40 vuotta	2	9	7	2	20
41–50 vuotta	1	2	1	10	14
51 vuotta tai vanhempi	0	1	0	1	2
yhteensä	10	15	8	13	46

Koulutuksen ja työkokemuksen suhdetta vertasimme keskenään saadaksemme tietoa vastaajamateriaalin työn ja koulutuksen kautta hankitusta ammattitaidosta (Taulukko 3). Tällä oli merkitystä, kun vertasimme myös osaamista ja asennoitumista suhteessa koulutukseen ja työkokemukseen. Kyselyyn vastanneista pelastaja/palomiehet ja lääkintävahtimestarit omasivat pisimmän työkokemuksen, keskimäärin 16 vuotta tai enemmän. Koulutustaustaltaan ensihoitajat, sairaanhoitajat ja lähihoitajat omasivat tasaisesti työkokemusta 1–16 vuotta tai enemmän.

TAULUKKO 3. Tutkittavien koulutus suhteessa työkokemukseen.

työkokemus	5 vuotta tai vähemmän	6-10 vuotta	11–15 vuotta	16 vuotta tai enemmän	yhteensä
koulutus					
ensihoitaja (AMK)	4	4	0	2	10
sairaanhoitaja (AMK)	2	6	5	3	16
pelastaja/palomies	0	0	0	2	2
lähihoitaja	4	5	2	1	12
lääkintävahtimestari	0	0	1	5	6
yhteensä	10	15	8	13	46

Ristiintaulukoinnilla vertasimme Pohjois-Savon alueella ensihoidossa vuosittain ajettujen tehtävien määrää, vuosittain annettujen ennakoilmoitusten määrään (Taulukko 4). Vastaajat arvioivat antavansa ennakoilmoituksen noin 5-10 %:sta vuosittain ajamista ensihoitotehtävistä. Suurin osa vastaajista (n = 31) antoi 10–50 ennakoilmoitusta. Kolme vastaajista antoi alle 10 ennakoilmoitusta ja 12 antoi 51 tai enemmän ennakoilmoitusta vuodessa. Arvioitu vuosittainen tehtävämäärä vaihteli alle 300 tehtävästä yli 701 tehtävään.

TAULUKKO 4. Suoritettujen ensihoitotehtävien määrä suhteessa annettujen ennakoilmoitusten määrään.

ennakoilmoituksia/vuosi	alle 10	10–30	31–50	51–70	71 tai enemmän	yhteensä
tehtäviä/vuosi						
300 tehtävää tai vähemmän/vuosi	0	4	0	0	0	4
301–500 tehtävää/vuosi	2	8	4	1	1	16
501–700 tehtävää/vuosi	0	3	1	0	0	4
701 tai enemmän tehtäviä/vuosi	1	5	6	4	6	22
yhteensä	3	20	11	5	7	46

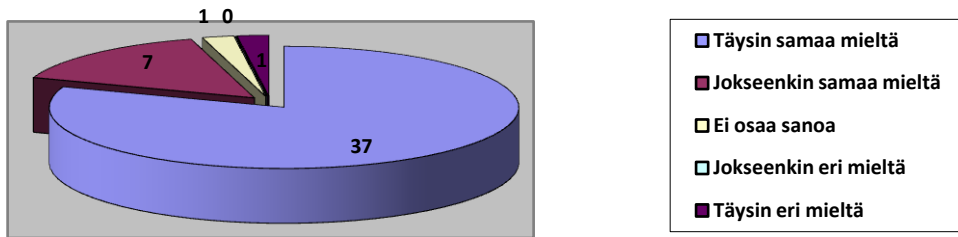
Tarkastelimme myös annettujen vuosittaisten ennakoilmoitusten määrää suhteessa koulutustaustaan (Taulukko 5). Kaiken kaikkiaan eniten ennakoilmoituksia vuodessa antoivat sairaanhoitajat ja ensihoitajat, ja vähemmän antoivat pelastajat/palomiehet, lähihoitajat sekä lääkintävahtimestarit.

TAULUKKO 5. Tutkittavien koulutustausta suhteessa annettujen ennakoilmoitusten määrään.

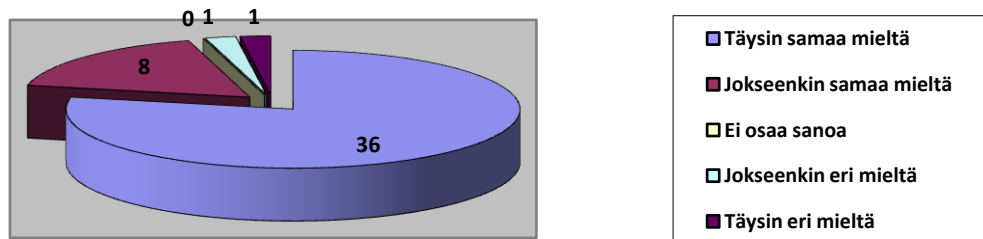
ennakoilmoituksia/vuosi	alle 10	10–30	31–50	51–70	71 tai enemmän	yhteensä
koulutus						
ensihoitaja (AMK)	1	3	2	2	2	10
sairanhoitaja (AMK)	0	6	4	2	4	16
pelastaja/palomies	0	2	0	0	0	2
lähihoitaja	2	5	4	0	1	12
lääkintävahtimestari	0	4	1	1	0	6
yhteensä	3	20	11	5	7	46

7.2 Ennakoilmoituksen merkitys ensihoidon työntekijöiden kokemana

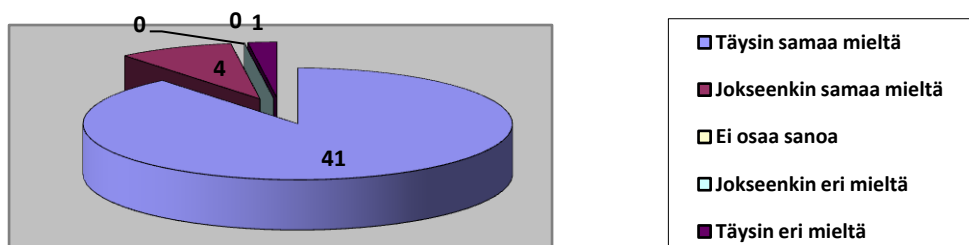
Kysymyksillä 8–25 kartoitimme vastaajien asenteita ja suhtautumista ennakoilmoituksen tarpeellisuuteen. Suhtautuminen ennakoilmoitukseen oli pääpiirteittäin erittäin positiivista. Pohjakoulutuksia tai työkokemuksia vertaamalla ei löytynyt merkittäviä eroavaisuuksia asenteessa. Suurin osa vastaajista oli täysin samaa mieltä siitä, että ennakoilmoitus on tärkeä (Kuvio 1), nopeuttaa potilaan hoitoa (Kuvio 2) ja on osa kriittisesti sairaan potilaan hyvää ensihoitoa (Kuvio 3).



KUVIO 1. Oikein tehty ennakkoilmoitus on tärkeä potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta. (Kuviossa esitetyt luvut ovat vastausten määriä, kun N = 46.)



KUVIO 2. Ennakkoilmoitus nopeuttaa potilaan hoitoketjua. (Kuviossa esitetyt luvut ovat vastausten määriä, kun N = 46.)



KUVIO 3. Ennakkoilmoitus on osa kriittisesti sairaan potilaan hyvää ensihoitoa. (Kuviossa esitetyt luvut ovat vastausten määriä, kun N = 46.)

Asennoitumista mittavista kysymyksistä selvisi myös, että useimmat (98%) tiesivät, miksi ennakoilmoitus tehdään (n = 45), ja kuinka kauan ennen sairaalaan tuloa se kuuluu tehdä (n = 41, 89 %). Useimmat (n = 44, 96 %) olivat myös täysin samaa mieltä siitä, että ennakoilmoituksen vastaanottaja voi omalla asenteellaan helpottaa ennakoilmoituksen tekoa. Oma osaamistaan ennakoilmoituksen teossa vastaajat pitivät melko hyvänä. Täysin samaa mieltä enemmistö oli siitä, milloin ennakoilmoitus tulee tehdä (n = 29, 63 %) ja mitä siinä tulee sanoa (n = 34, 74 %). Lisäksi useimmat (n = 26, 57 %) olivat jokseenkin samaa mieltä, että he osaavat tehdä ennakoilmoituksen, ja että ennakoilmoituksen tarve on helppo huomata. Useimmat (n = 36, 78 %) myös vastasivat tekevänsä ennakoilmoituksen jos ovat epävarmoja sen tärkeydestä.

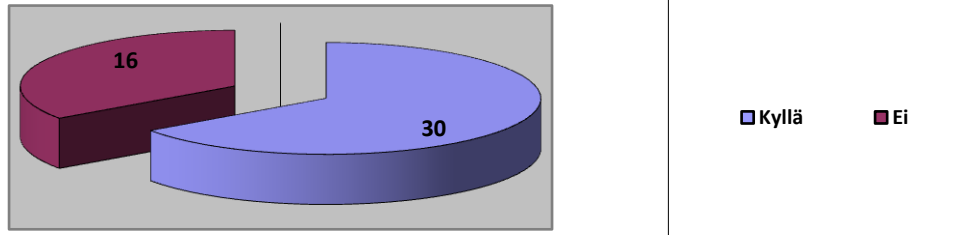
Ohjeistuksen ennakoilmoituksen tekemisestä koki puutteelliseksi 21 vastaajaa (46 %) ja ohjeistuksen riittävydestä ei osannut sanoa kahdeksan vastaajista (17 %). Lisää ohjeistusta ennakoilmoituksen tekoon toivoi 27 vastaajaa (59 %). Lisäharjoitusta ennakoilmoituksen tekoon kaipasi 28 vastaajaa (61 %).

7.3 Toiminta ja osaaminen ennakoilmoituksen teossa

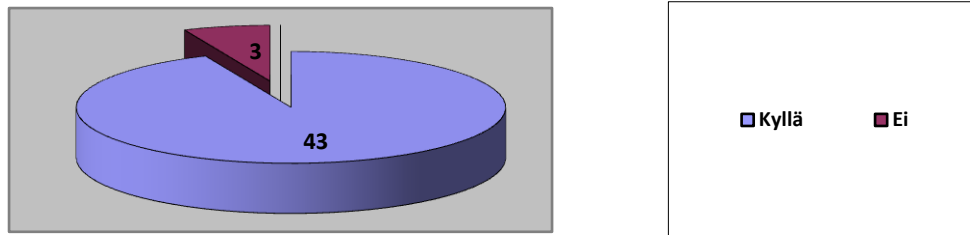
Kysymyksillä 26–50 arvioimme vastaajien osaamista teoreettisen tietämyksen tasolla ennakoilmoituksen teossa. Yleisesti ottaen osaaminen oli hyvää (oikeita vastauksia 89 %), ja useimmiten kysymyksiin vastattiin odotetulla ja ohjeistuksen osoittamalla tavalla. Täydellisesti oli osattu kysymykset, jotka käsittelivät ennakoilmoituksen tarpeellisuutta tilanteissa, joissa potilaalla on peruselintoimintojen häiriö, suurenerginen vamma tai potilas oli monivammainen. Ennakoilmoituksessa osataan myös vastausten mukaan kertoa lyhyt kuvaus potilaan tilasta, vammojen sijainnista, annetusta hoidosta ja sairaalaan saapumisajasta.

Kokonaisuudessaan eniten väärää vastauksia (n = 61) oli kysymyksiin, jotka käsittelivät ennakoilmoituksessa potilaasta raportoitavia tietoja päivystysalueelle. Monet (n = 30, 46 %) olivat vastanneet kertovansa ennakoilmoituksessa vitaalielintoimintojen tilan numeroarvoin potilaan tapaamishetkellä sekä ennakoilmoituksen antohetkellä (Kuvio 4 ja Kuvio 5). Noin puolet eli 25 vastaajaa kertoi noudattavansa elintoiminnoista kertoessaan ABCDE-säännön mukaista järjestystä, joka on vastaanottavan sairaalan ennakoilmoituskaavakkeen (Liite 2) perusta ja helpottaa ennakon vastaanottamista sairaalan päässä (Kuvio 6). Lisäksi

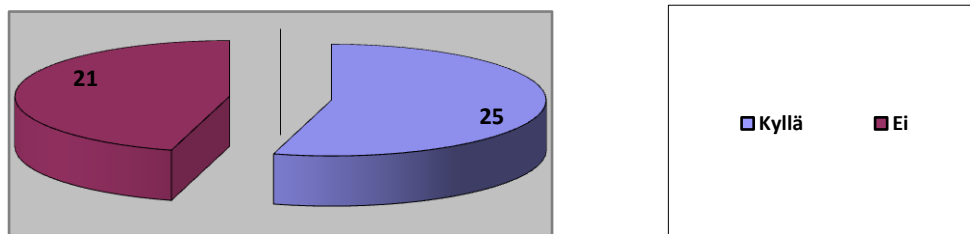
useat (n = 34, 74 %) tekivät ennakoilmoituksen aivoverenkiertohäiriön tyypisesti oireilevasta potilaasta, vaikka oireiden alkuaika olisi epäselvä.



KUVIO 4. Ennakoilmoituksessa kerron potilaan vitaalielintoiminnot (esim. RR, p, HT, Spo2) numeroarvoina tavattaessa. (Kuviossa esitetyt luvut ovat vastausten määriä, kun N = 46.)

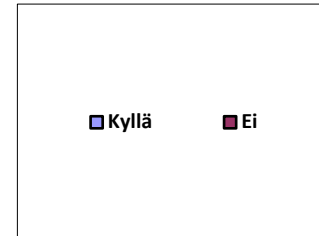
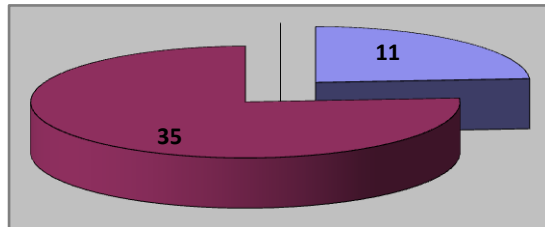


KUVIO 5. Ennakoilmoituksessa kerron potilaan vitaalielintoiminnot (esim. RR, p, HT, Spo2) numeroarvoina ilmoituksen antohetkellä. (Kuviossa esitetyt luvut ovat vastausten määriä, kun N = 46.)

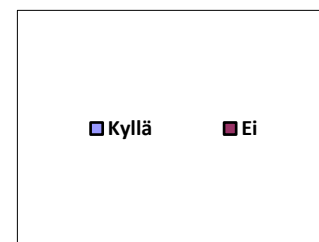
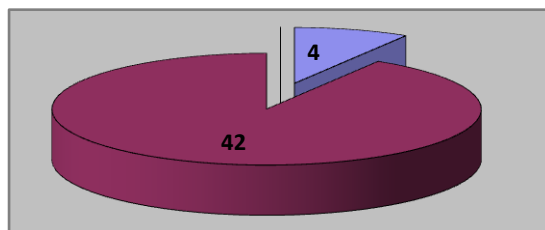


KUVIO 6. Ennakoilmoituksessa kerron potilaan voinnista ja elintoiminnoista ABCDE-säännön mukaisessa järjestyksessä. (Kuviossa esitetyt luvut ovat vastausten määriä, kun N = 46.)

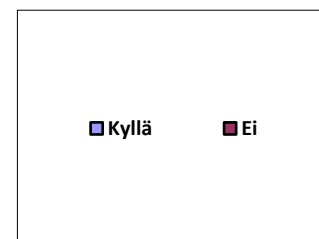
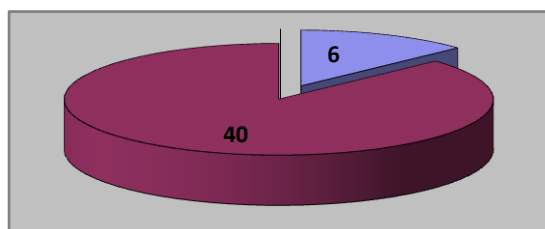
Vaihtelevuutta vastauksissa oli myös kysymyksissä, jotka käsittelivät ennakoilmoituksen antoa, kun kyseessä on lapsi (Kuvio 7), lonkkamurtumapotilas (Kuvio 8) tai syvälaskimotrombi (Kuvio 9).



KUVIO 7. Teen aina ennakoilmoituksen potilaasta, joka on lapsi. (Kuviossa esitetyt luvut ovat vastausten määriä, kun N = 46.)



KUVIO 8. Teen ennakoilmoituksen potilaasta, jolla on kaatumisesta johtuva lonkkamurtuma. (Kuviossa esitetyt luvut ovat vastausten määriä, kun N = 46.)



KUVIO 9. Teen ennakoilmoituksen potilaasta, jolla on syvälaskimotrombiepäily ja vointi stabiili. (Kuviossa esitetyt luvut ovat vastausten määriä, kun N = 46.)

Vastaajista viisi (11 %) vastasi antavansa potilaan taustatiedot yksityiskohtaisesti ennakoilmoituksessa, mikä ei kuitenkaan ennakoilmoituksessa ole keskeistä. Vastauksista ilmeni myös, että jotkut eivät antaisi ennakoilmoitusta, kun potilaalla on ST-nousuinfarktiin viittaavat muutokset ekg:ssä (n = 2, 4 %), potilaan tajunta on intoksikaation vuoksi Glasgow`n kooma-asteikolla mitattuna seitsemän (n = 2, 4 %) tai kun potilaan tila vaatii välitöntä jatkohoitoa (n = 6, 13 %). Joku ei myöskään anna aina elvytetystä (n = 1, 2 %) tai puukotetusta henkilöstä (n = 1, 2 %) ennakoilmoitusta.

Saatujen vastausten ristiintaulukoinnilla vertailimme työkokemuksen yhteyttä osaamiseen ennakoilmoituksen annossa (Taulukko 6). Yhdistämällä ryhmät "alle 1 vuosi", jossa oli vain yksi vastaaja ja "1–5 vuotta" työkokemusta, saimme eripituisen työkokemuksen omaavat jakautumaan kaikkiin ryhmiin melko tasaisesti antaen paremman vertailukelpoisuuden. Laskemalla yhteen väärien vastausten ja väärin vastattujen kysymysten määrän ja suhteuttamalla nämä vastaajien määrään kussakin ryhmässä saimme laskettua prosentuaaliset arvot. Eniten vääriä vastauksia (n = 44, 14 %) oli henkilöillä, jotka olivat olleet töissä 16 vuotta tai enemmän. Heillä oli myös eniten väärin vastattuja kysymyksiä (n = 16, 64 %), yhteensä 25:stä osaamista mittavasta kysymyksestä. Toiseksi eniten vääriä vastauksia (n = 45, 12 %) tuli ryhmästä, jonka työkokemus oli 6–10 vuotta. Väärien vastausten prosentuaalisessa kokonaismäärässä erot eivät olleet suuret. Väärin vastattujen kysymysten määrässä eri vertailuryhmien välillä oli eroa suurimmillaan 20 %:a (Taulukko 6).

TAULUKKO 6. Työkokemuksen vertailua osaamiseen.

työkokemus	5 vuotta tai vähemmän	6-10 vuotta	11-15 vuotta	16 vuotta tai enemmän	yhteensä
vastaajien määrä	10	15	8	13	46
väärin vastausten määrä	24	45	19	44	132
väärin vastausten prosentuaalinen määrä	9,6 %	12 %	9,5 %	13,5 %	(kaikista vastauksista)
väärin vastattujen kysymysten määrä	11	11	8	16	25
väärin vastattujen kysymysten prosentuaalinen määrä	44 %	44 %	32 %	64 %	(kaikista kysymyksistä)

Saatujen vastausten ristiintaulukoinnilla vertasimme koulutustaustan yhteyttä osaamiseen ennakoilmoituksen annossa. Laskemalla yhteen väärin vastausten ja väärin vastattujen kysymysten määrän ja suhteuttamalla nämä vastaajien määrään kussakin ryhmässä saimme laskettua prosentuaaliset arvot. Eniten vääriä vastauksia ja väärin vastattuja kysymyksiä (n = 13, 52 %) osaamista testaavissa kysymyksissä suhteessa vastaajamäärään oli koulutus pohjaltaan pelastajilla/palomiehillä (n = 14, 28 %). Tämä otantaryhmä (n = 2) on kuitenkin niin pieni, että tulosta ei voi pitää edes suuntaa antavana. Muissa koulutus ryhmissä osaaminen oli hyvin tasaista (Taulukko 7).

TAULUKKO 7. Osaaminen suhteessa koulutukseen

koulutus	ensihoitaja (AMK)	sairaan- hoitaja (AMK)	pe- lastaja/pal- omies	lähihoitaja	lääkintä- vahtime- stari	yhteensä
vastaajien määrä	10	16	2	12	6	46
väärien vastausten määrä	24	44	14	32	15	129
väärien vasta- usten prosen- tuaalinen mää- rä	9,6 %	11,0 %	28,0 %	10,6 %	10,0 %	(kaikista vastauk- sista)
vääriin vastattu- jen kysymysten määrä	11	11	13	7	7	25
vääriin vastattu- jen kysymysten prosentuaali- nen määrä	44 %	44 %	52 %	28 %	28 %	(kaikista kysymyk- sistä)

7.4 Ensihoitajien näkemyksiä ennakoilmoituksen annosta tällä hetkellä

Kyselyn lopussa olevalla avoimella kysymyksellä annoimme ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa toimiville mahdollisuuden puhua vapaasti mieltä askarruttavista asioista liittyen ennakoilmoitukseen. Kysymyksellä pyrimme selvittämään heidän mielestään ennakoilmoituksen antamista edistäviä ja positiivisia tai haittaavia ja negatiivisia asioita. Lisäksi kokosimme useammista vastauksista esiin nousseita kehitysehdotuksia. Avoimeen kysymykseen vastauksia tuli 27 eli 58,7 % vastaajista vastasi tähän kysymykseen.

7.4.1 Ennakoilmoituksen antamista edistävät tekijät

Esille tulleita positiivisia asioita olivat kehitys ennakoilmoituksen vastaanottamisen ja antamisen sujuvuudessa viime vuosina, joita kuvattiin seuraavasti:

”Mielestäni ennakoilmoituksen antaminen on sujunut ok. Tavallisimmin yksikkömme antaa ennakoilmoituksen KYS:an ja sinne onkin saanut hyvin yhteyden Virvellä silloin kun on ollut tarvis. Ohjeistus sieltä suunnalta myös selkeää, esim. jos potilas kuljetetaan suoraan CT-kuvaukseen. Ennakoilmoituksesta saatava hyöty on myös ollut nähtävissä hoitolaitokseen saavuttaessa, mm. ”vastaanottokomitean” muodossa.”

”Elvytyshuoneessa raportin kuuntelu on parantunut huomattavasti viime vuosista...”

7.4.2 Ennakoilmoituksen antamista haittaavat asiat

Eniten ennakoilmoitusta ja sen antoa koettiin häiritsevän hoitajien huono asenne (n=4, 15 %), sekä vaihtelevat taidot ennakoilmoituksen vastaanottamisessa (n=5, 19 %). Seuraavat ilmaisut kuvaavat näitä mielipiteitä:

”Vastaanottavan sairaalan aulahoitajilla todella erilaisia malleja ottaa vastaan. Heillekin voisi luoda siihen yhtenäisen mallin ja koulutuksen. Osa kyselee epäolennaisuuksia liikaa ja ennakko venyy.. ”

”Kys päivystyksessä on sairaanhoitajia joitten asenne ennakoilmoitukseen on liki pilkallinen. Vaikea saada käsittämään, ettei ilmoitusta ihan huvikseen tehdä.”

”Vastaanottavan hoitajan asenne vaikuttaa tekeekö ennakoilmoitusta seuraavalla kerralla vai ei. Aina ei ole kohdallaan...”

”Vaikeuttaa ainakin meillä suht lyhyt kuljetusmatka yliopistosairaalaan, jos potilas on vakavasti sairas ja häntä pitäisi hoitaa, tulee ennakoilmoituksen antamisessa vähän kiire, ja yleensä se tulee annettua tällöin aika lyhyenä. Sitten ärsyttää jos vastaan ottavassa päässä kysellään ummet

ja lammet potilaan tilasta, kun olisi oikeasti kiire hoitaa sitä potilasta siinä matkalla.”

Myös hoitajien huonot taidot VIRVE-päätelaitteen käytössä nousivat esiin (n= 4, 15 %). Seuraavassa esimerkki kommentti:

”Helpottaisi kun vastaanottava hoitolaitos osaisi esim. käyttää VIRVE päätelaitetta (esim. puhua mikrofoniin) Omasta mielestäni olisi parempi, että vastaanottavassa päässä olisi tiettyjä henkilöitä, jotka toimisivat k.o tehtävässä useammin ja rutiini tehtävään kasvaisi ja toiminta muuttuisi entistä sujuvammaksi.”

VIRVE-verkon huono kuuluvuus ja katvealueet olivat yksi keskeisimmistä avoimesta kysymyksestä nousseista aiheista. Verkon huonon kuuluvuuden ja katvealueet nimesi ongelmaksi ennakkoilmoituksen annossa seitsemän vastaajaa (26 %):

”No, ensinnäkin haluaisin että virve-verkko olisi täydellisempi... Nykyisin me emme kuule KYS EH puheryhmää vaan yhteys pätkee pahasti.”

”Viranomaisverkossa on katvealueita ja kuuluvuus useinkin heikko molemmien puolin, puhelimitse annettu ennakkoilmoitus aiemmin oli helpompaa.”

”Virve radion ongelmat joskus haittaavat ilmoituksen antoa.”

7.4.3 Kehitysehdotuksia

VIRVE-verkon huonon kuuluvuuden ongelmaa ratkaisemaan ja potilaan tietoturvaa parantamaan kehitysideana vastauksista nousi esiin mahdollisuus antaa ennakkoilmoitus matkapuhelimella. Tätä toivoi kuusi vastaajaa (22 %):

”Ennakkoilmoitus tulisi pystyä tekemään vanhaan tyyliin puhelimella. Virvellä annettu ennakkoilmoitus käytäntö hankala ns. yhteensuuntaan yksin puhelua ja jäykkää. Lisäksi vastaanottopäässä aina ylimääräisiä korvia kuuntelemassa, joten ei kovin tietoturvallista.”

"Ennakkoilmoitukset pitäisi antaa aina kännykällä, eikä VIRVE:llä. Heipottaisi huomattavasti kommunikointia, eikä tulisi väärinkäsityksiä!"

"Valitettavasti VIRVE puhelimen kuuluvuus on ajoittain tai tietyllä alueilla erittäin heikko. Joten pelkällä GSM puhelimella tehty ennakkoilmoitus on myös minusta otettava vaihtoehdoksi. Myös nuo yksiköt, jotka "sala-kuuntelee" skannaa luvatta KYS-Eh kanavaa, ärsyttää. On sitten nuo hölmöt kertoneet kuunnelleensa ja kyselevät meidän keikasta."

Vastaanottavan sairaalan ennakkoilmoitus kaavaketta koskevia kehitysehdotuksia oli myös. Edellisiä kuvaavat seuraavat ilmaisut:

"Kannattaisiko ennakkoilmoituskaavaketta miettiä paremmaksi GCS-pisteiden suhteen?"

"GCS-pisteisiin jotkut tarttuvat liian orjallisesti. Senkö takia että se pitää saada ylös sinne ilmoituskaavakkeelle?"

Lisäksi yksittäisiä kommentteja tuli koskien ennakkoilmoituksen ohjeistuksen epäselvyyttä, yhtenäisen mallin puutetta niin ilmoituksen annossa kuin vastaanotossakin, tiedonkulun katkoksia KYS:ssä sekä ennakkoilmoituksen annon potilaan hoitoa vaikeuttavaa puolta. Toiveita esitettiin aulahoitajan olosta aina potilasta vastassa ja mahdollisuudesta antaa ennakkoilmoitus suoraan lääkärille. Seuraavat ilmaisut kuvasivat edellä mainittuja asioita:

" Vielä selkeämpi ohjeistus siitä milloin tehdään ennakkoilmoitus ja milloin ei. Vielä kuulee liikaa sitä, että "miksi et tehnyt tästä ennakkkoa?" tai vastaavasti "no ei tästä nyt olisi tarvinnut ennakkkoa tehdä" Ja jonkunlaista terävöitymistä pitäisi tapahtua ennakkoilmoituksen johdosta."

"Samaisissa tapauksissa, kun vastaanotto on ollut huono, eivät tiedot ole menneet hoitolaitoksessa eteenpäin. Tämä on tapahtunut mm. kriittisessä tilassa olevan sydän infarktipotilaan kohdalla. Tiedon pitäisi kulkea asianmukaisesti oikeille tahoille, ei ole osastonsihteerin tehtävä ilmoittaa tulevasta potilaasta kun aulahoitaja ei ole ilmoittanut esim. ccu:lle."

”Aulahoitajan tulisi olla aina vastassa aulassa vaikka olisi sovittu jo joku paikka potilaalle esim. CT, koska asiat voi nopeasti muuttua ja uutta ilmoitusta ei ehdi antaa.”

”Kun ennakoilmoitus annetaan niin aulahoitajan tulisi olla selkeämmin se hoitaja joka potilaan ottaa vastaan ja jolle raportti annetaan, sillä hän tietää jo potilaasta eniten. Nyt ei aina välttämättä tiedä kuka ottaa raportin kun huoneessa työskentelee monta hoitajaa ja jokainen kyselee vuorotellen tietoja ensihoitajilta. Eli aulahoitaja keskittyisi alussa pelkästään potilaan ja raportin vastaanottamiseen.”

Saatujen kommenttien perusteella tiedonkulussa sekä yhteisten sääntöjen ja toimintamallien löytämisessä on edelleen kehitettävää. Ohjeistuksen ja toiminnan tulisi olla selkeämpää ja sujua yhtenäisten mallien mukaan, niin sairaalan sisällä kuin sen ulkopuolisessa ensihoidossakin.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksessa virheitä pyritään välttämään ja pitämään näin tutkimustulokset luotettavina ja pätevinä. Tutkimusten luotettavuutta pyritään myös arvioimaan käyttäen hyväksi erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Reliaabelius tutkimuksessa tarkoittaa mitaustulosten toistettavuutta eli kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja tarkkuutta. Tutkimuksen validius eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri tutkimuksen kohteena olevaa asiaa. Jos validiteetti on hyvä, ei mittari eli kyselylomake aiheuta tutkimuksen tuloksiin virheitä ja esitetyt kysymykset antavat vastauksen haluttuihin asioihin. (Hirsjärvi ym. 2007, 190–199.)

Kyselytutkimuksen heikkouksina pidetään sen pinnallisuutta ja teoreettisuuden puutetta, sillä vastaajien vastausrehellisyttä, huolellisuutta ja perehtyneisyyttä tai vastausvaihtoehtojen onnistumista ja väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida. Lisäksi yleinen kyselytutkimusten ongelma on vastauskato, joka on riippuvainen vastaajajoukon valikoinnista ja tutkimuksen aihepiiristä. Kadon myötä vastausprosentti jää alhaiseksi ja tutkimuksen tulos epäluotettavaksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 190–199.) Kyselylomakkeen laadimme itse, tutkimuksen aiheeseen liittyvän kirjallisen taustatiedon pohjalta. Itse laadittu mittari antoi vapauden tutkia niitä asioita, joita itse halusi tutkimuksellaan selvittää. Huolellisesti laaditun lomakkeen aineisto oli helppo käsitellä ja analysoida tietokoneen avulla. Lisäksi aineiston kerääminen ja analysointi tietokoneohjelman avulla vähentää inhimillisen virheen mahdollisuutta.

Reliaabeliutta pyrimme tutkimuksessamme parantamaan vertaamalla oman tutkimuksemme tuloksia aikaisemmin Kuopion yliopistollisessa sairaalassa päivystyspoliklinikan sairaanhoitajille tehdyn (Hirvonen & Villanen 2010.), samaa asiaa laadullisesti mittaavan tutkimuksen tuloksiin. Sähköisellä kyselylomakkeella pyrimme saavuttamaan suuremman vastaajajoukon, jolloin tutkimustulokset olisivat myös yleistettävämpiä. Tutkimuksessamme kyselyn kohteena olivat juuri ensihoitoalan ammattilaiset, joita ennakoilmoituksen teko koskee ja aihe luultavasti kiinnostaa. Vastaaminen sähköiseen kyselyyn tapahtui lisäksi helposti ja nopeasti, ja näin pyrimme vähentämään kadon määrää. Kyselyaika oli kaksi kalenteriviikkoa. Tämän lisäksi ”karhusimme” vastauksia vielä uusintakyselyllä, joka oli avoinna yhden kalenteriviikon. Vastausprosentti jäi tästä huolimatta melko alhaiseksi, ja etenkin pelastaja/palomies koulustaustaisten vastaajien tavoittaminen onnistui huonosti. Kyselyyn osallistuneiden

organisaatioiden esimiehiltä saadun ensihoidon työntekijöiden eli kyselyyn vastanneiden määrän ansiosta pystyimme arvioimaan melko tarkasti vastausprosenttia.

Tutkimuksen validiutta pyrimme lisäämään kyselylomakkeen testaamisella. Esitetasimme kyselylomaketta neljällä eri ensihoidonyksiköissä toimivalla ensihoidon ammattilaisella, jolloin pyrimme myös parantamaan kysymysten ymmärrettävyyttä ja vähentämään yksittäisten virheiden esiintymistä. Esitestauksen perusteella teimme kyselylomakkeeseen joitakin tarvittavia muutoksia. Lisäksi saimme palautetta kyselylomakkeesta yhdeltä ensihoitokeskuksen edustajalta ennen kyselyn julkaisua kysymysten sisällöstä ja mittarin kattavuudesta suhteessa tutkimaamme aiheeseen. Kyselylomakkeessa suoritimme vastausten laadun valvontaa esittämällä saman kysymyksen kahdesta eri näkökulmasta. Saatekirjeessä esitimme tutkimuksen tarkoituksen, kyselylomakkeen tarkat vastausohjeet ja omat yhteystietomme mahdollisten lisäkysymysten varalle. Kyselyn aikana korjasimme vielä kyselyn ohjeistusta vastaajilta saamamme palautteen perusteella.

Tutkimuksen toteutuksessa noudatimme hyvää tieteellistä käytäntöä ja yleisiä tutkimuseettisiä periaatteita. Näitä periaatteita noudattavia toimintatapoja ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus kaikissa tutkimuksen toteuttamisvaiheissa. Lisäksi pyrimme noudattamaan kriteerien mukaisia tiedonhankintamenetelmiä ja avoimuutta tuloksia julkistettaessa. Työssämme kunnioitamme muiden tekemää tutkimustyötä ja tuomme yhteistyötahot tuloksia julkaistaessa esille. (Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2003.) Tutkijoina perehdyimme tutkimaamme asiaan etukäteen tuoreimman käsillä olevan kirjallisen tiedon pohjalta. Vastaaminen kyselyyn oli vapaaehtoista ja tapahtui anonymisti. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen tutkimuksen data hävitetään asianmukaisesti.

8.2 Tulosten tarkastelua

Tutkimustuloksista taustatietojen perusteella pystyy vertailemaan vastausten antajien ominaisuuksia suhteessa jakaumiin jotka oikeasti vallitsevat ensihoidossa. Suurin osa kyselyymme vastanneista oli miehiä. Tämä noudattelee ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa vallitsevaa sukupuolijakaumaa melko tarkasti. Perinteisesti sairaankuljetus on ollut miehinen ammatti, mutta viime aikoina myös naistyöntekijöiden määrä on lisääntynyt ja etenkin sairaankuljetuksen eriytyminen pelastustoimesta on mahdollistanut naisten työllistymisen. Lisäksi vastausten antaneiden ikäjakauma todennäköisesti noudattelee hyvin oikeasti ensihoidossa työskentelevän henkilöstön ikäja-

kaumaa. Alle 20 -vuotiaita tuskin ensihoidossa työskentelee montaa, jo koulutuksen keston vuoksi. Kyselyymme vastannut suurin ikäluokka oli 31–40 -vuotiaat sekä 41–50 -vuotiaat eli jo luultavasti enemmän työ- ja elämäkokemusta omaavat henkilöt. Yli 51 -vuotiaita raskaan fyysisen ja psyykkisen kuormittavuuden vuoksi on varmasti vähemmän ensihoitotyössä. Vastausten perusteella oli havaittavissa pohjakoulutusten runsas määrä. Tämä on mahdollisesti seurausta ensihoidon kehittymisestä ja koulutuksen jatkuvasta muovautumisesta. Vanhimmat vastaajat olivat koulutukseltaan lääkintävahtimestareita, joka on ensihoitoalan vanhimpia koulutuksia. Tutkimusta tehdessä arvattavissa oli, että itse ammattikorkeakoulusta valmistuneet eli ensihoitajat ja sairaanhoitajat ovat aktiivisimpia kyselyyn vastaajia. Todellisuudessa ensihoidossa tänä päivänä toimii vielä paljon pelkästään palomiehen/pelastajan tutkinnon omaavia henkilöitä, joiden vastausten tavoittaminen olisi ollut myös tärkeää, mutta jäi nyt vähäiseksi.

Tyytyväisiä olimme siihen, että saimme kyselyyn vastauksia kaikista mahdollisista ensihoidon organisaatiotyypeistä, jotka ovat edustettuina Pohjois-Savon alueella. Vastausten perusteella annettujen ennakoilmoitusten määrä vaihteli paljon ja näin arvelimme olevan, sillä myös ajettujen tehtävien määrä vaihtelee paikallisesti, kaupunkialueella ajetaan tilastollisesti enemmän tehtäviä kuin maaseuduilla. Vuosittaisessa ensihoitotehtävien määrässä oli havaittavissa olevan verrannollisuutta suhteessa vuosittain annettujen ennakoilmoitusten määrään; mitä enemmän tehtäviä vuotta kohden ajettiin, sitä enemmän tehtiin ennakoilmoituksia. Työkokemus ensihoidosta ei tulosten mukaan suuremmin vaikuttanut vuosittain annettavien ennakoilmoitusten määrään. Tuloksista pystyttiin päättelemään, että kaiken kaikkiaan eniten ennakoilmoituksia vuodessa antoivat sairaanhoitajat, sekä ensihoitajat ja vähemmän antoivat pelastajat/palomiehet, lähihoitajat sekä lääkintävahtimestarit. Tämä on selitettävissä ensihoitaja- tai sairaanhoitajakoulutuksen pätevyyden omaavien ajaessa suurimman osan ensihoidon ja sairaankuljetuksen kiireellisimmistä tehtävistä.

Varsinaisista tutkimustuloksista selvisi, että Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella sairaankuljetuksessa ja ensihoidossa toimivien työntekijöiden asennoituminen ennakoilmoituksen tekoon on asiallista ja sen merkitys on ymmärretty. Lisäksi osaaminen ennakoilmoituksen teossa on pääasiallisesti hyvää. Osaaminen alueen sisällä on myös yhtenäistä. Vastauksissa oli kuitenkin havaittavissa, että vanhemmat, työkokemusta enemmän omaavat, ja ensihoitotehtäviä vuodessa enemmän ajavat suhtautuivat negatiivisimmin ennakoilmoituksen vaikuttavuuteen potilaan hoitoketjun nopeuttajana ja paremman hoidon takaajana. Lieneekö tämä seurausta kertyneistä

huonoista kokemuksista. Toisaalta asiaan voi vaikuttaa sekin, että pisimpään työelämässä olleilla osaaminen oli myös huonointa. Tämä voi johtua ohjeistusten muuttamisesta ja täydennyskoulutuksen puutteesta. Osaaminen oli pelkän pelastajakoulutuksen omaavilla huonointa. Tulos ei kuitenkaan ole vertailukelpoinen pienen otannan vuoksi. Muiden eri koulutustaustaisten työntekijöiden välillä ei suurta eroa osaamisessa ollut havaittavissa.

Avoimen kysymyksen perusteella mainittuja kehittämiskohteita olivat ennakoilmoitusta vastaanottavien sairaanhoitajien asennoituminen. Tämän lisäksi useat vastaajat mainitsivat kehitettävää olevan sairaanhoitajien osaamisessa VIRVE-päätelaitteen käytössä. Toisaalta myös Hirvosen ja Villasen vuonna 2009 Kuopion yliopistollisen sairaalan päivystyspoliklinikan hoitajille tekemässä laadullisessa tutkimuksessa sairaanhoitajat moittivat päinvastoin joidenkin ensihoitajien taitoa käyttää VIRVE-päätelaitetta.

Muutamia tutkimustuloksista havaittavia kehittämiskohteita oli ennakoilmoituksen sisällössä ja rakenteessa. Osa vastasi kyselyssä antavansa ennakoilmoituksessa potilaan vitaalielintoiminnot potilaan tapaamishetkeltä, osa ennakoilmoituksen anto hetkeltä. Hirvosen ja Villasen vuonna 2009 Kuopion yliopistollisen sairaalan hoitajille tekemässä laadullisessa tutkimuksessa, oli noussut esiin puute siitä, että saapuvan potilaan kunto ei vastannut ennakoilmoituksen perusteella annettua kuvausta. Ensihoidossa potilaan tila muuttuu äkistikin ja elintoiminnot tulisi kuvata tuoreimman tiedon mukaan ja kuvat tilan kehittymisen suunta. Lisäksi yleistä puutetta oli potilaan tietojen esittämisessä ABCDE- säännön mukaisessa järjestyksessä. Myös tämä ilmiö nousi esiin Hirvosen ja Villasen 2009 tekemässä tutkimuksessa. Ensihoitajien antama ennakoilmoitus ei vastaa rakenteeltaan KYS:n ennakoilmoituslomakkeen rakennetta, eikä näin tue ennakoilmoituksen vastaanottamista. Lisäksi Hirvosen ja Villasen tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että satunnaisesti oleellisia asioista potilaan voinnista jää ennakoilmoituksessa mainitsematta ja potilaan tilaa tarkentavia kysymyksiä joudutaan välillä tekemään paljon. Olisiko näihin molempiin ongelmiin ratkaisu ABCDE- säännön mukaisen rakenteen noudattaminen, jolloin tärkeät asiat tulisi muistuttaa ja vastaanottavan sairaalan tarvitsemat tiedot ilmoitettua. Näissä asioissa on Pohjois-Savon alueella selvästi eniten kehitettävää.

8.3 Kehittämiskohteet

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa työskenteleville teettämässämme määrällisessä kyselyssä selvisi paljon samansuuntaisia tuloksia kuin Hirvosen ja Villasen vuonna 2009 Kuopion yliopistollisen sairaalan päivystyspoliklinikan sairaanhoitajille teettämässä laadullisessa kyselyssä. Tämä puoltaa tutkimuksemme reliabeliutta ja kasvattaa tutkimustulostemme merkityksellisyyttä, vaikka vastausten määrä jäikin alhaiseksi.

Keskeisiä esiin nousseita kehittämisen kohteita olivat ennakkoilmoituksen sisällössä ja rakenteessa. Yhtenäisen ohjeistuksen tarve ennakkoilmoituksen rakenteeseen ja sisältöön nousi esiin niin meidän, kuin Hirvosen ja Villasenkin vuonna 2009 tekemässä tutkimuksessa. Puutteita on siinä, että ennakkoilmoituksen muoto ja sisältö eivät vastaa päivystyspoliklinikan ennakkoilmoituskaavaketta. Tämä muoto helpottaisi ennakkoilmoituksen vastaanottamista ja parantaisi sisältöä, jolloin kaikki olennainen tulisi ilmoitettua ytimekkäästi. KYS:n Ennakkoilmoituslomake ei ole ensihoidossa käytössä, vaikka tämä voisi parantaa ennakkoilmoituksen laatua. Potilaan vitaalielintoiminnot tulisi ilmoittaa ennakkoilmoituksen antohetkellä vallitsevan tilan mukaan, ja muutoksista elintoimintojen tilassa tulisi ilmoittaa vastaanottavaan sairaalaan.

Päivystyspoliklinikan ja ensihoidon välisessä toiminnassa korostuu organisaatioiden rajat ylittävä moniammatillinen yhteistyö, ja tässä selvästi on kehittämistä. Asennoitumista pidetään puolin ja toisin huonona. VIRVE:n käytössä on myös selvästi ongelmia ja kehittämistä, sillä se nousi molemmissa edellä mainituissa tutkimuksissa esiin. Erityisen huolestuttavia potilasturvallisuuden kannalta ovat VIRVE-verkossa ilmoitetut katvealueet, alueella, jossa ennakkoilmoituksen antamiseen ei anneta vaihtoehtoa GSM-puhelun muodossa. Koulutuksesta ja täydennyskoulutuksesta alalla jo pidempään olleille ei selvästi olisi haittaa. Lisäksi päivystyspoliklinikan ja ensihoidon yhteinen koulutus sekä ohjeistus, jossa sovittaisiin yhteiset pelisäännöt, voisi olla hyväksi.

Keräämämme tutkimusaineisto jäi pieneksi, eikä tuloksia siten voida yleistää. Vastaavan tutkimuksen toteuttaminen suuremmalla otannalla sekä maantieteellisesti laajemmalla alueella olisi mielenkiintoista, ja tällöin pystyttäisiin tekemään myös päteviä johtopäätöksiä tulosten pohjalta.

8.4 Oma oppiminen

Tämä opinnäytetyö oli tekijöiden ensimmäinen suurempi tutkimustyö ja sen vuoksi opinnäytetyön teko oli haasteellista, ja kehitettävää omassa toiminnassa näin jälkeenpäin katsottuna löytyy paljonkin. Työn tekemisessä loppuvaiheessa esiintynyt kiire vaikutti osaltaan työn lopputulokseen. Opinnäytetyön aiheen valinta ja ideapaperin hyväksyntä tapahtuivat keväällä 2010. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelman laatiminen ajoittui syksyn 2010 ajalle. Ohjaussopimuksen laatiminen tapahtui loppuvuodesta 2010 ja opinnäytetyömme suunnitelmaseminaarin pidimme 2010. Heti tutkimussuunnitelman valmistumisen jälkeen olimme yhteydessä Pohjois-Savon alueen ensihoito-organisaatioihin ja anoimme tarvittavat tutkimusluvut. Ensihoito-organisaatioille kohdistetun kyselyn ja uusintakyselyn toteutimme maaliskuun 2011 aikana. Aineiston kokoamisen jälkeen aloitimme välittömästi sen analysoinnin ja opinnäytetyön valmiiksi työstämisen.

Saimme työn työstämiseen ja tulosten vertailuun apua Hirvosen ja Villasen vuonna 2010 tekemästä samaa aihetta päivystyspoliklinikan kannalta tutkivasta opinnäytetyöstä. Varsinaisen kirjallista tutkimustietoa ennakoilmoituksesta ei edellä mainitun työn lisäksi työhömmme löytynyt. Tutkimuksen teoriaosion pohjasimme uusimpaan kirjallisuuteen koskien toimintaa ensihoidossa ja päivystyspoliklinikalla. Teoria osuuden rajaaminen oli haasteellista, ennakoilmoitukseen liittyvien tekijöiden laajuuden vuoksi. Kyselyn rakentaminen onnistui melko vaivattomasti ennalta suunniteltujen tutkimusongelmien pohjalta. Kyselyn toteuttaminen vaati melko paljon vaivannäköä, patistelua ja yhteydenottoja sähköpostin välityksellä ensihoidon organisaatioihin. Olemme kuitenkin kiitollisia yhteistyön sujuvuudesta kyselyyn osaa ottaneiden organisaatioiden kanssa. Tutkimustulosten tarkastelu oli mielestämme tutkimuksen mielenkiintoisin vaihe. Prosessin myötä opimme paljon määrällisen tutkimuksen toteuttamisesta ja sähköisten tutkimustyökalujen käytöstä, josta varmasti on hyötyä myös tulevaisuudessa.

LÄHTEET

- Asetus sairaankuljetuksesta 565/1994. *Finlex - Ajantasainen lainsäädäntö*. Säädetty 28.6.1994. [Viitattu 9.12.2010]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940565>
- Auerbach, J. & Goodykoontz, C. 1998. *Paramedic field care: a complaint-based approach*. St. Louis : American College of Emergency Physicians : C.V. Mosby Company.
- Eduskunta – valtiopäiväasiakirjat. 2010. *Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi*. [Viitattu 9.12.2010]. Saatavissa: <http://217.71.145.20/TRIPviewer/show.asp?tunniste=HE+90/2010&base=erhe&palvelin=www.eduskunta.fi&f=WORD>
- Handolin, L. 2005. Yleisimmät potilasryhmät sairaalan päivystyspoliklinikalla. Vaikeasti vammautunut potilas päivystyspoliklinikalla. Teoksessa Koponen L., & Sillanpää K. (toim.) *Potilaan hoito päivystyksessä*. Helsinki: Tammi, 227–245.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 10., osin uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Hirvonen, N. & Villanen, S. 2010. *Ensihoitajan antama ennakoilmoitus päivystyspoliklinikan toiminnassa sairaanhoitajan näkökulmasta*. Savonia-ammattikorkeakoulu. Terveysala, Kuopio. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Hyötylä, I. 2003. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:14*. VIRVE-järjestelmän käyttö ympäristöterveydenhuollossa. [Viitattu 9.12.2010] Helsinki. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4066.pdf&title=VIRVE_jarjestelman_kaytto_ymparistoterveydenhuollossa_fi.pdf
- Hätäkeskuslaitos. 2009. *Ohje KYS:lle annettavasta ennakoivasta ilmoituksesta*.
- Kela. 2005. *Ambulanssimatkat*. Korvaaminen sairausvakuutuksesta. Helsinki.
- Kinnunen, A. 2005. Ensihoitopalvelu. Kuljetuksesta hoitoon. Teoksessa Castrén, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä J. & Väisänen O. (toim.) 2005. *Ensihoidon perusteet*. Helsinki: Suomen Punainen Risti, 1–37.
- Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoitoprosessi päivystyspoliklinikalla. Teoksessa Koponen L. & Sillanpää K. (toim.) *Potilaan hoito päivystyksessä*. Helsinki: Tammi, 70–74.
- Kuisma, M. 2005. Potilaan hoidon erityispiirteet päivystyspoliklinikalla. Yhteistoiminta ensihoitojärjestelmän kanssa. Teoksessa Koponen L. & Sillanpää K. (toim.) *Potilaan hoito päivystyksessä*. Helsinki: Tammi, 41–46.
- Kuopion yliopistollinen sairaala. 2008. Ennakoilmoituslomake.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. *Finlex - Ajantasainen lainsäädäntö*. Säädetty 17.8.1992. [Viitattu 9.12.2010]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. *Finlex - Ajantasainen lainsäädäntö*. Säädetty 28.6.1994. [Viitattu 9.12.2010]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Määttä, T. 2008. Ensihoitopalvelu. Teoksessa Kuisma, M., Holström P. & Porthan K. (toim.) *Ensihoito*. Helsinki: Tammi, 24–39.

Nummelin, M., Tupala, M., Nuorinko, M., Koskelainen, S. & Pakasto, T. 2010. Triage-luokitus tuo nopeammin avun hätäpotilaalle. *Sairaanhoitaja* 12, 17–19.

Porthan, K. 2008. Dokumentointi. Sähköinen ensihoitokertomus, tilastointi, raportointi ja johtaminen. Teoksessa Kuisma, M., Holström P. & Porthan K. (toim.) *Ensihoito*. Helsinki: Tammi, 57–62.

Rausku, T., Sopanen, P. & Toivola, T. 1999. *Hoitoa ympäri vuorokauden: ensi- ja polikliininen hoito*. Juva: WSOY.

Rekola, L. & Hakala, T. 2008. Potilasohjaus ja valistus ensihoitajan työssä. Ensihoitaja valistajana. Teoksessa Kuisma, M., Holström P. & Porthan K. (toim.) *Ensihoito*. Helsinki: Tammi, 589–604.

Riihelä, J. 2008. Dokumentointi. Ensihoitokertomus ja sen täyttö. Teoksessa Kuisma, M., Holström P. & Porthan K. (toim.) *Ensihoito*. Helsinki: Tammi, 52–56.

Ruuti, K. & Pyhälä-Liljeström, P. 2010. Päivystyshoidolle selkeät toimintamallit. *Sairaanhoitaja* 12, 20–21.

Sillanpää, K. 2008. Potilaaksi päivystyspoliklinikalle. Teoksessa Kuisma, M., Holström P. & Porthan K. (toim.) *Ensihoito*. Helsinki: Tammi, 40–45.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. *Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:1*. Sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisradioverkko-opas käyttäjälle. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta. 2011. Annettu 6.4.2011 [Viitattu 21.4.2011] Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-15435.pdf

Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet. 2003. *Suomen Akatemia*. [Viitattu 21.4.2011] Saatavissa: <http://www.aka.fi/fi/A/Tutkijalle/Rahoituksen-kaytto/Eettiset-ohjeet/>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. *Finlex - Ajantasainen lainsäädäntö*. säädetty 30.12.2010. [Viitattu 21.4.2011] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Valtioneuvoston asetus hätäkeskustoiminnasta 877/2010. *Finlex - Ajantasainen lainsäädäntö*. Säädetty 14.10.2010. [Viitattu 9.12.2010]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20100877>

Voipio-Pulkki, L.-M. 2005. Potilaan hoidon erityispiirteet päivystyspoliklinikalla. Oikeus kiireelliseen hoitoon päivystyksen järjestämisen lähtökohtana. Teoksessa Koponen L. & Sillanpää K. (toim.) *Potilaan hoito päivystyksessä*. Helsinki: Tammi, 18–22.



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
 KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA
 T433 Operatiiviset tukipalvelut ja tehohoito / ensihoito
 er

HALLINNOLLINEN OHJE

1 (1)

ENNAKKOILMOITUKSET KYS:iin TULEVISTA POTILAISTA

Laatija(t): Kurola, Jouni
 Vastuuhenkilö: Kurola, Jouni
 Hyväksyjä: Penttinen, Jorma
 Kuvaus: KYS Ennakoilmoitukset

KYS:iin tulevista potilaista tehdään ennakoilmoitus seuraavissa tilanteissa:

- Peruselintoinnnot ovat häiriintyneet
- Akuutti halvausoire
- Vaikeasti tai korkeaenergisesti vammautunut

Ennakoilmoitus tehdään aina käyttäen KYS EH-puheryhmää. Kutsuna on "KYS Päivystys"

Ennakoilmoitus tulee tehdä mahdollisimman varhain, kuitenkin viimeistään 30 min ennen saapumista, mikäli potilas tulee kauempaa.

Ennakoilmoituksen tulee olla lyhyt ja kuvata seuraavat asiat:

- Potilaan nimi ja sotu
- Lyhyt kuvaus tapahtumasta
- Potilaan tila nyt
- Mahdollinen hengitystieväline/CPAP-hoito/naamariventilaatiotarve
- Saapumisaika

Vammaapotilaiden ennakoilmoitus toimii perusteena mahdolliselle KYS:in traumaryhmän hälyttämiselle. Näissä tilanteissa ilmoituksen vastaanottava hoitaja voi tehdä tarkentavia kysymyksiä.

Postiosoite	Käyntiosoite	Alevan sairaala	Julkulan sairaala	Tarinan sairaala
PL 1777 70211 KUOPIO (017) 173 311	Puijon sairaala Puijonlaaksonatie 2 70210 KUOPIO (017) 173 311	Kaartokatu 9 70620 KUOPIO (017) 173 311	Pujonsarventie 40 70260 KUOPIO (017) 173 311	71800 SIILINJÄRVI (017) 173 311



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
KUOPION YLIOPISTOLLINEN SAIRAALA

ENNAKKOILMOITUS

pvm _____ klo _____

POT NIMI _____ HETU _____

ILMOITTAJA _____

ARVIOITU SAAPUMISAIKA _____ ILM. VAST OTTAJA _____

VAMMAMEKANISMI / SYY _____

TAUSTATIEDOT:

A ILMATIE

avoin

varmistettu, millä? _____

B HENGITYS

spontaani

avustetaan

hengitystaajuus _____ / min

SpO 2 _____

ETCO 2 _____

C VERENKIERTO

RR _____

P _____

i.v

x _____

arteria _____

pleuradreeni _____

D TAJUNTA / NEUROLOGIA

hereillä

tajunta madaltunut

GCS _____

+

+

= _____

puutosoireet _____

pupillat _____

E VAMMALÖYDÖKSET

rintakehä

vatsa

lantio

kallo

ranka

raajat

TRAUMA HÄLYTYS / SERVER

KYLLÄ

EI

NKI

THORAX.KIR

PLAST.KIR

L-SALI

ABDKIR

LASTENKIR.

KORVAL.

TRAUMARYHMÄN HÄLYTYKSEN EVALUAATIO

Täytetään potilaan tullessa ja hoidon jälkeen.

Aulahoitaja täyttää, traumajohtaja ja tehopäivystäjä kommentoivat.

Potilaan 1. Tuloaika _____ 2. Poistumisaika _____

3. Traumahuoneessa käytetty aika: _____ min

4. Vastasiko ennakoilmoituksen sisältö potilaan kuntoa? kyllä _____ ei _____

5. Merkitse kumpi hälytys oli kyseessä ja ketkä olivat paikalla potilaan saapumishetkellä (merkitse rasti paikalla olleiden henkilöiden jälkeen)

hälytys 1:

hälytys 2:

traumajohtaja	_____	rtg-hoitaja	_____	tehopäivystäjä	_____	rtg-hoitaja	_____
kirurgi	_____	rtg-lääkäri	_____	abd. kirurgi	_____	rtg-lääkäri	_____
anestesiaalääkäri	_____	laboratorio	_____	thoraxkirurgi	_____	laboratorio	_____
teholääkäri	_____	sh2	_____	anestesiaalääkäri	_____	sh2	_____
tehon sh	_____	lvm	_____	tehon sh	_____	lvm	_____

1. Tehdyt toimenpiteet ja tutkimukset

(merkitse rasti tehtyjen tutkimusten ja toimenpiteiden jälkeen)

thorax	_____	intubatio	_____
lantio-rtg	_____	pleuradreeni	_____
fast-UÄ	_____	arteriakanyyli	_____
		sentraalinen	
CT	_____	kanyyli	_____
muu	_____	muu	_____

7. Potilaan jatkohoito: L-sali _____ Teho ___ Päivystysalue _____ Muu

Hyvä vastaanottaja,

Olemme kaksi ensihoitajaopiskelijaa Savonia-ammattikorkeakoulusta, Terveysala Kuopion yksiköstä. Teemme opinnäytetyötä, jonka aiheena ovat ensihoitajien kokemukset ennakkoilmoituksen teosta. Aiheen valitsimme sitä koskevan tutkimustiedon vähyyden sekä sen keskeisen aseman kriittisesti sairaan potilaan hoitoketjussa vuoksi.

Tutkimukseen vastaaminen tapahtuu sähköisen kyselylomakkeen kautta ja siihen vastaaminen vie aikaa noin 10 minuuttia. Kyselyyn vastaamalla voit auttaa meitä tekemään kattavan katsauksen ensihoitajien kokemuksista ennakkoilmoituksen teosta Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella sekä tätä kautta vaikuttaa ...

Kyselylomake on lähetetty kaikille Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella ensihoidossa työskenteleville ja tutkimusaika on 1.12.2010 - 31.2.2011. Sähköinen kyselylomake palauttaa vastaukset automaattisesti tietokantaamme. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tapahtuu anonymisti. Aineistoa käsitellään luottamuksellisesti ja vain tämän opinnäytetyön tekijät osallistuvat aineiston analyysiin. Tulemme hävittämään kyselylomakkeet asianmukaisesti analysoinnin jälkeen.

Ohessa linkki sähköiseen kyselylomakkeeseen Savonia-ammattikorkeakoulun ensihoidonkoulutusohjelman opinnäytetyönä toteutettavaa "Ensihoitajien kokemuksia ennakkoilmoitusten teosta" tutkimusta varten. Pyydämme, että vastaatte kysymyksiin huolellisesti ja todenmukaisesti.

Kiitos ajastanne jo etukäteen!

Tutkimuksesta lisätietoja antavat alla mainitut opinnäytetyön tekijät.

Kuopio 30.11.2010

Laura Antikainen

laura.antikainen@student.savonia.fi

0400 187 443

Anni Hellgren

anni.hellgren@student.savonia.fi

040 833 7035

Taustatiedot: (väittämät 1-7)

Vastatkaa alla oleviin taustatietoihin ympyröimällä tai kirjoittamalla yksi parhaiten tilannettanne vastaava vaihtoehto jokaisesta esitetystä väittämästä.

1. Sukupuoli
 1. Mies
 2. Nainen

2. Ikä
 1. alle 20 vuotta
 2. 20-30 vuotta
 3. 31-40 vuotta
 4. 41-50 vuotta
 5. 51 vuotta tai enemmän

3. Työkokemus ensihoidossa ja sairaankuljetuksessa?
 1. <1vuotta
 2. 1 – 5 vuotta
 3. 6 – 10 vuotta
 4. 11 – 15 vuotta
 5. ≥16 vuotta

4. Mikä on koulutuksesi alalle?
 1. Ensihoitaja (AMK)
 2. Sairaanhoidtaja (AMK)
 3. Pelastaja tai palomies
 4. Lähihoitaja
 5. Lääkintävahvistari-sairaankuljettaja
 6. Muu, mikä? _____

5. Tämän hetkinen työnantajasi on

1. Palo- tai pelastuslaitos
2. Yksityinen sairaankuljetusyritys
3. Terveyskeskus
4. Muu, mikä? _____

6. Kuinka monta tehtävää (arvio) ajat vuodessa?

1. alle 100
2. 100 - 300
3. 301 - 500
4. 501 - 700
5. 701 tai enemmän

7. Kuinka monta ennakoilmoitusta (arvio) teet vuodessa?

1. alle 10
2. 10 - 30
3. 31 – 50
4. 51 – 70
5. 71 tai enemmän

Seuraavaksi esitämme väittämiä (8-11) koskien mielipidettänne ennakoilmoituksista. Ympyröikää alla oleviin väittämiin yksi parhaiten mielipidettänne kuvaava vaihtoehto

8. Oikein tehty ennakoilmoitus on tärkeä potilaan hoidon kannalta

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

9. Ennakoilmoitus nopeuttaa potilaan hoitoketjua

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

10. Ennakoilmoitus on osa kriittisesti sairaan potilaan hyvää ensihoitoa

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

11. Ennakoilmoitus on turha ja kuormittava tehdä

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

Seuraavaksi esitämme väittämiä (12-25) koskien kokemuksianne ennakoilmoitusten teosta. Ympyröikää alla oleviin väittämiin yksi parhaiten kokemuksianne vastaava vaihtoehto.

12. Tiedän, milloin ennakoilmoitus tulee tehdä

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

13. Tiedän, mitä ennakoilmoituksessa tulee mainita

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

14. Koen osaavani tehdä hyvän ennakoilmoituksen

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

15. Tiedän, miksi ennakoilmoitus tehdään

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

16. Ennakkoilmoituksen tarve on helppo huomata

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

17. Ennakkoilmoituksen osaava vastaanottaja voi omalla ammattitaidollaan helpottaa ennakkoilmoituksen antoa

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

18. Ennakkoilmoituksen teolla ei ole vaikutusta potilaan jatkohoitoon

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

19. Koen, että ohjeistusta ennakkoilmoituksen tekoon tarvitaan lisää

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

20. Koen, että harjoitusta ennakoilmoituksen tekoon tarvitaan lisää

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

21. Ollessani epävarma ennakoilmoituksen tarpeesta, annan aina ennakoilmoituksen

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

22. Annan ennakoilmoituksen potilaan sen hetkisen tilan perusteella

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

23. Koen, että ohjeistus ennakoilmoituksen tekemiseksi on puutteellinen

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

24. Annan ennakoilmoituksen sen perusteella, millainen potilaan tila on kohdattaessa

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

25. Tiedän, kuinka kauan ennen sairaalaan tuloa ennakoilmoitus pitää antaa

1. Täysin eri mieltä
2. Jokseenkin eri mieltä
3. Jokseenkin samaa mieltä
4. Täysin samaa mieltä
5. En osaa sanoa

Seuraavaksi esitämme esimerkitapauksia (26 – 40) potilaista. Ympyröikää alla olevista paremmin toimintaanne kentällä kuvaava vaihtoehto:

26. Teen ennakoilmoituksen potilaasta, jonka yksi tai useampi peruselintoiminto on kriittisesti uhattuna

1. Kyllä
2. Ei

27. Teen ennakoilmoituksen potilaasta, joka on vammautunut suurienergisien vammamekanismin mukaan

1. Kyllä
2. Ei

28. Teen ennakoilmoituksen potilaasta, jolla on CPAP -hoito käynnissä

1. Kyllä
2. Ei

29. Teen ennakoilmoituksen potilaasta, jota on puukotettu

1. Kyllä
2. Ei

30. Teen ennakoilmoituksen potilaasta, jonka tila edellyttää väilitöntä jatkohoitoa

1. Kyllä
2. Ei

31. Teen ennakoilmoituksen potilaasta, jolla on kaatumisesta johtuva lonkkamurtuma

1. Kyllä
2. Ei

32. Teen ennakoilmoituksen potilaasta, jolla on syvälaskimotrombiepäily ja vointi stabiili

1. Kyllä
2. Ei

33. Teen aina ennakoilmoituksen potilaasta, joka on lapsi

1. Kyllä
2. Ei

34. Teen aina ennakoilmoituksen rintakipupotilaasta, jolla on sydänfilmissä st-nousu – infarktiin viittaavat muutokset

1. Kyllä
2. Ei

35. Teen ennakoilmoituksen potilaasta, jonka tajunnan epäillään alentuneen (GCS 7) intoksikaation vuoksi

1. Kyllä
2. Ei

36. Teen aina ennakoilmoituksen potilaasta, jolla on aivoverenkiertohäiriöön sopivia löydöksiä ja jonka oireiden alkamisajasta on kulunut alle 6 tuntia

1. Kyllä
2. Ei

37. Teen ennakoilmoituksen aina, kun ensihoitolääkäri konsultaation yhteydessä ohjeistaa minua tekemään

1. Kyllä
2. Ei

38. Teen ennakoilmoituksen aina, kun kyseessä on monivammapotilas

1. Kyllä
2. Ei

39. Teen ennakoilmoituksen potilaasta, jolla on aivoverenkiertohäiriöön sopivia löydöksiä, joiden alkuaika on epäselvä

1. Kyllä
2. Ei

40. Teen aina ennakoilmoituksen elvytetystä potilaasta

1. Kyllä
2. Ei

Seuraavaksi esitämme vaihtoehtoja tiedoista (41 – 50), joita ennakoilmoituksen tulisi sisältää. Ympyröikää alla olevista paremmin toimintanne kentällä kuvaava vaihtoehto:

41. Ennakoilmoituksessa kerron lyhyen kuvauksen tapahtuneesta

1. Kyllä
2. Ei

42. Ennakoilmoituksessa kerron potilaan vitamiinilintoiminnot (esim. RR, p, HT, Spo2) numeroarvoina tavattaessa

1. Kyllä
2. Ei

43. Ennakoilmoituksessa kerron potilaan vitamiinilintoiminnot (esim. RR, p, HT, Spo2) numeroarvoina ilmoituksen antohetkellä

1. Kyllä
2. Ei

44. Ennakoilmoituksessa kerron potilaan taustatiedot yksityiskohtaisesti

1. Kyllä
2. Ei

45. Ennakoilmoituksessa kerron potilaan voinnista ja elintoiminnoista ABCDE –säännön mukaisessa järjestyksessä

1. Kyllä
2. Ei

46. Ennakoilmoituksessa kerron arvioidun saapumisajan kohdesairaalaan

1. Kyllä
2. Ei

47. Ennakoilmoituksessa kerron tarkat henkilötiedot potilaasta aina sen ollessa mahdollista

1. Kyllä
2. Ei

48. Ennakoilmoituksessa kerron potilaan lähiomaisen yhteystiedot

1. Kyllä
2. Ei

49. Ennakoilmoituksessa kerron potilaan vammojen sijainnin

1. Kyllä
2. Ei

50. Ennakoilmoituksessa kerron potilaalle aloitetuista hoidoista

1. Kyllä
2. Ei

51. Kertokaa omin sanoin, mitkä tekijät mielestänne helpottaisivat ensihoitajan antaman ennakoilmoituksen tekoa ja mitkä asiat sitä vaikeuttavat tämän hetkisessä toimintamallissa? Tuleeko mieleenne muita kriittisesti sairaan potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta kehitettäviä asioita siirryttäessä ensihoidosta päivystyspoliklinikalle?

KIITOS OSALLISTUMISESTASI KYSELYYN!

www.savonia.fi

