

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Ensihoidon koulutusohjelma

Juho Kimmo & Pilvi Leikas

Raportointi osana potilasturvallisuutta Honkaharjun sairaalan päivystyksen ja ensihoidon välisessä potilasluovutustilanteessa

Opinnäytetyö 2015

Tiivistelmä

Juho Kimmo & Pilvi Leikas

Raportointi osana potilasturvallisuutta Honkaharjun sairaalan päivystyksen ja ensihoidon välisessä potilasluovutustilanteessa, 41 sivua, 3 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta

Ensihoidon koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2015

Ohjaaja: lehtori Arja Sara-aho, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli perehtyä ensihoidon ja sairaalan päivystyspoliklinikan väliseen raportointiin potilaan luovutustilanteessa. Tutkimusmenetelmänä käytettiin laadullista tutkimusta. Opinnäytetyössä haastateltiin sekä sairaalan ulkopuolella työskenteleviä ensihoitajia että päivystyspoliklinikalla työskenteleviä sairaanhoitajia. Opinnäytetyöllä haluttiin selvittää, millaista ensihoitajien antama raportointi on, miten raportointi vaikuttaa potilasturvallisuuteen sekä millaisena hoitajat kokevat raportointitilanteen.

Aiheen valinta lähti kiinnostuksesta potilasturvallisuutta kohtaan potilaan luovutustilanteesta. Kommunikoinnin tiedetään olevan osasyynä suureen osaan terveydenhuollon haittatapahtumista joten opinnäytetyöllä haluttiin selvittää raportoinnin toteutumista ja vaikutusta potilasturvallisuuteen.

Opinnäytetyön kohteena olivat Imatran kaupungin Honkaharjun päivystyksen sairaanhoitajat ja sinne potilaita tuovat Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksote) ensihoitajat. Teoriaosuus koottiin perehtymällä kirjallisuuteen sekä aiempiin tutkimuksiin raportoinnista ja potilasturvallisuudesta. Aineisto hankittiin kahdella eri haastattelukerralla. Molemmat haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina. Ensimmäisenä haastateltiin potilaita sairaalaan tuovia ensihoitajia ja toisena päivystyksen sairaanhoitajia. Saatu aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella raportointi on pääsääntöisesti hyvää. Raportointi koetaan sisällöllisesti riittävän kattavaksi ja raportointitilanteeseen keskitytään ja se on kahdensuuntaista. ISBAR- raportointimalli ei ollut päivystyksen sairaanhoitajille kovinkaan tuttu. Tuloksissa suurimmiksi ongelmiksi osoittautuivat yksityisyyden puute ja varsinaisen raportointitilan puute. Myös vuoron vaihdot koettiin haasteellisiksi raportoinnin kannalta.

Jatkossa tutkimuksen voisi toistaa esimerkiksi yliopistosairaalassa, jolloin tutkimusjoukko saataisiin isommaksi. Lisäksi voitaisiin tutkia yksityiskohtaisemmin kommunikaation vaikutuksia haittatapahtumiin sekä järjestää ISBAR- koulutusta.

Asiasanat: raportointi, potilasturvallisuus, ISBAR, ensihoito, päivystys

Abstract

Juho Kimmo, Pilvi Leikas

Reporting as Part of Patient Safety in the Handover of Patients between Paramedics and Emergency Department at the Hospital of Honkajarju, 41 pages, 3 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Degree Programme in Paramedic Nursing

Bachelor's Thesis 2015

Instructor: Senior lecturer, Ms Arja Sara-aho, Saimaa University of Applied Sciences

The purpose of this thesis was to get acquainted with patient handover between paramedics and emergency department. The used research method was a qualitative research. Both paramedics and emergency department nurses were interviewed. In this thesis the aim was to explore the paramedics' reporting skills and how the reporting affects to patient safety and how the emergency department nurses experience the handover.

The subject was chosen based on the interest towards patient safety in the handover process. The communication was known to be a factor in the adverse events of health care. The objective was also to find out how the report in handover was given and how it affects patient safety.

The thesis was put into practice in the emergency department of the hospital of Honkajarju and in the EKSOTEs emergency care services in Imatra. The theory of this thesis was written by familiarizing ourselves with literature and previous studies about handover and patient safety. The research material was collected with two group interviews; one with paramedics and one with emergency department nurses. The inductive content based analysis was used to analyze the collected research.

The results of the reports were mainly positive. Both paramedics and emergency department nurses were satisfied with the information received in the handover and how everyone involved was concentrating on the report. The emergency department nurses were not familiar with the ISBAR (identify, situation, background, assessment, recommendation). The major problems identified were the lack of privacy and proper space for handover. Also the handovers happening right after shift changes were challenging.

In the future the same kind of study could be repeated in an academic hospital which would provide more participants to the research. The study could also be done by researching the effects of the communication to the adverse events with more detail or by organizing ISBAR -training.

Keywords: reporting, patient safety, ISBAR, emergency care, accident and emergency department

Sisältö

1 Johdanto	5
2 Potilasturvallisuus	6
2.1 Potilasturvallisuuteen liittyvä lainsäädäntö	8
2.2 ISBAR-menetelmä	9
2.3 CRM ja ei-tekniset taidot	11
2.3.1 CRM:n 15 ydinkohtaa	11
2.3.2 Ei-tekniset taidot	12
3 Raportointi.....	13
3.1 Ennakoilmoitus	14
3.2 Suullinen raportointi.....	16
3.3 Kirjallinen raportointi	18
4 Opinnäytetyön toteuttaminen	21
4.1 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus	21
4.2 Tutkimusmenetelmä	21
4.3 Eettiset näkökohdat ja tutkimuksen luotettavuus	24
5 Honkaharjun sairaala ja toimintaympäristö	25
5.1 Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta	26
5.2 Alueen ensihoito	26
6 Opinnäytetyön tulokset	27
6.1 Ensihoitajien raportointi	27
6.2 Raportoinnin vaikutus potilasturvallisuuteen.....	29
6.3 Raportointitilanne	30
7 Pohdinta ja yhteenveto	31
7.1 Tulosten tarkastelu	32
7.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	35
Kuvat ja taulukot	37
Lähteet.....	38

Liitteet

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Haastatteluteemat

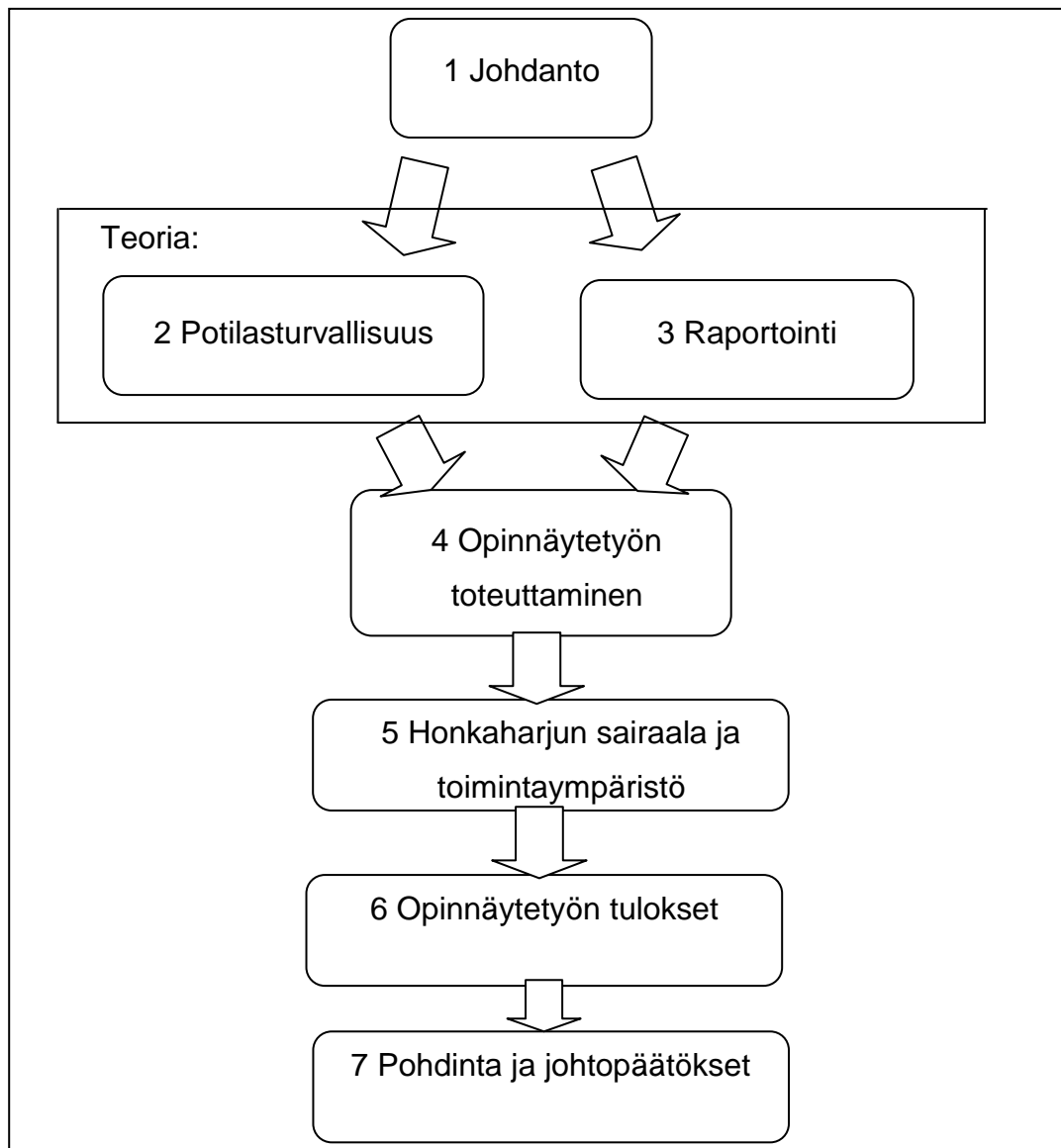
Liite 3 Selvitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta (SV 210)

1 Johdanto

Potilasluovutustilanne ensihoidon ja hoitolaitoksen välillä on kriittinen hetki tiedonkulun kannalta, sillä kaikki tieto siirtyy hoitotiimiltä toiselle raportoinnin aikana. Etenkin kriittisesti sairaan potilaan kohdalla hyvän raportoinnin tärkeys korostuu. (Kemppainen 2013, 97.) Tiedon väärin ymmärtäminen tai sen kulun katkeaminen ovat yleisiä haittatapahtumien syitä ja kommunikaatio on tärkeä työväline potilasturvallisuuden edistämiseksi (Helovuori 2011, 189).

Tässä opinnäytetyössä selvitämme potilasluovutustilanteesta tapahtuvaa raportointia, kun ensihoitajat tuovat potilaan päivystykseen. Aihe on potilasturvallisuuden ja laadukkaan hoidon jatkumisen kannalta tärkeä ja kiinnostava. Potilasturvallisuus on ajankohtainen aihe, ja tällä opinnäytetyöllä tavoittelemme myös oman ammatillisen kasvun kehittymistä ja pyrimme löytämään keinoja potilasturvalliseen raportointiin. Raportointitilannetta tutkitaan Imatran Honkaharjun sairaalan päivystyksessä. Opinnäytetyön kohteena ovat Honkaharjun sairaalan päivystyksen sairaanhoitajat sekä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden, ensihoitajat. Haluamme opinnäytetyöllä saada kuvan siitä, miten raportointi toteutuu Honkaharjun sairaalan päivystyksessä ja mikä on raportoinnin merkitys potilasturvallisuuden kannalta. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää sekä Honkaharjun sairaalan päivystyksessä että ensihoidossa arvioitaessa potilasluovutustilanteen onnistumista. Päivystyspoliklinikka on ensihoidon merkittävin sidosryhmä ja laadukas toiminta edellyttää hyvää yhteistyötä toimijoiden välillä. Tällä opinnäytetyöllä haluamme edistää molempien toimijoiden tietoisuutta ja odotuksia potilasluovutustilanteesta.

Opinnäytetyö koostuu seitsemästä pääluvusta. (Kuva 1). Ensimmäinen luku toimii johdatteluna tutkimukseen. Johdannossa kerrotaan tutkimuksen taustasta sekä perustellaan tutkimuksen tärkeys ja aihepiirin mielenkiintoisuus. Opinnäytetyön kaksi teorialukua käsittelevät potilasturvallisuutta ja raportointia. Opinnäytetyöraportin teoriaosassa käsitellään ensin potilasturvallisuutta. Aluksi kerrotaan mitä potilasturvallisuus on ja mitkä asiat siihen vaikuttavat. Lisäksi käsitellään tarkemmin potilasturvallisuuteen vaikuttavat käsitteet ISBAR ja CRM. Seuraavaksi teoriaosassa käsitellään raportointia. Lukuun sisältyy ennakoilmoitus, suullinen raportointi sekä kirjallinen raportointi.



Kuva 1. Opinnäyteraportin sisältö

2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien työntekijöiden, toimintayksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus ja suojata potilasta vahingoittumasta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a). Tähän määritelmään sisältyy hoidon turvallisuuden varmistaminen eli toimintaan tulee sisältyä sellaisia menettelytapoja tai järjestelyjä, joiden tehtävänä on tavoitellun hoitotuloksen saavuttamisen lisäksi vahvistaa toiminnan sietokyky erilaisille poikkeamille. Tällaisia menettelytapoja ovat esimerkiksi erilaiset tarkistuslistat. (Helovuori 2011, 13.)

Potilasturvallisuus on hoitoa, joka ei aiheuta vaaraa potilaalle esimerkiksi vahingon tai unohduksen takia. Hoitoyksikön periaatteet, käytännöt ja prosessit, joilla riskejä ja vaaratilanteita ennakoidaan ja estetään, sekä inhimillisten virheiden ehkäisy ovat myös osa potilasturvallisuutta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013a.) Potilasturvallisuus ei perustu vain yksittäisen ammattihenkilön toimintaan, vaan turvallinen hoito edellyttää sujuvaa yhteistyötä, tiedonkulun varmistamista, tehokasta työtiimien resurssien käyttöä ja selkeää työnjakoa koko potilaan hoitopolun ajan (Helovuori 2011, 182).

Potilasturvallisuuskulttuuri on hoitajien jaettuja arvoja ja uskomuksia potilasturvallisuutta kohtaan. Potilasturvallisuuskulttuurissa sekä henkilöstö että organisaatio ovat tietoisia mahdollisista haittatapahtumista ja siitä miten niitä käsitellään ja miten niistä voidaan oppia. Henkilöstön kohtelu on potilasturvallisuuskulttuurissa tasavertaista virheen sattuessa ja tiedon jakaminen on avointa. Vaaratapahtumista tulee voida kertoa ilman rangaistuksen pelkoa. Yksittäisiä virheitä tulee tarkastella organisaation näkökulmasta ja niistä autetaan oppimaan. (Turunen 2012.)

Potilasturvallisuudessa vaaratapahtumia ovat haittatapahtumat, jotka aiheuttavat potilaalle hoitoon kuulumatonta haittaa sekä niin sanottu läheltä piti -tilanteet. Läheltä piti -tilanteesta puhutaan, jos potilaalle vaarallinen tilanne onnistutaan välttämään havaitsemalla turvallisuusuhka ajoissa. Vaaratapahtumat voivat johtua useista eri syistä. Potilas voi esimerkiksi kompastua tai lääkelistat voivat vaihtua kiireessä, usein myös tiedonkulussa ja -välityksessä on puutteita ja ongelmia. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013b.)

Haittojen seuraukset kohdistuvat potilaan ja hänen läheistensä lisäksi myös hoitoon osallistuneeseen henkilöstöön, organisaatioon ja yhteiskuntaan. Kun haittatapahtuma on sattunut potilaalle, hänen omaisilleen tulee kertoa asiasta, haittatapahtumaan osallistuneita ammattihenkilöitä tulee tukea ja haittatapahtuman taustat selvitettävä. Vaaratilanteista on opittava, jotta syntyisi edellytyksiä potilaan turvalliselle ja laadukkaalle hoidolle. (Helovuori 2011.)

Tiedonkulun katkeaminen tai tiedon väärin ymmärtäminen ovat yleisiä haittatapahtumien syitä prosessin eri rajapinnoissa, esimerkiksi kun potilas siirtyy yksi-

köstä toiseen. Kommunikointi on tärkein työväline yhteistyöhön perustuvassa potilasturvallisuuden hallinnassa, ja lähes kaikki käytännöt, jotka edistävät potilasturvallisuutta, sisältävät kommunikaatiota. (Helovuori 2011, 72,189) Suomen Sairaanhoidajaliitto ry:n mukaan kommunikaation ongelmat, kuten tiedon väärin ymmärtäminen ja tiedonkulun katkeaminen, myötävaikuttavat noin 70 prosenttiin haittatapahtumista (Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, 2013). Työyhteisössä tulisi olla tiedon jakamisesta hoitoketjussa toimivien kesken yhteiset käytännöt, kuten tiedon toistaminen, selkeä kirjaaminen ja systemaattinen suullinen raportointi (Helovuori 2011, 72,189).

Potilaan luovutusprosessilla on merkittäviä vaikutuksia potilasturvallisuuteen. Tehokkaaseen luovutusprosessiin vaikuttavat aikapaine, osaston kapasiteetti, henkilökuntaresurssit, potilasvirta sekä ensiavun kuormitus. Luovutusprosessin parantaminen vaatii yhteistyötä läpi organisaatorajojen. (Sujan ym. 2014.)

2.1 Potilasturvallisuuden liittyvä lainsäädäntö

Potilasturvallisuuden säädösvalmistelusta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen lainsäädännössä on useita lakeja, joilla edistetään potilasturvallisuutta. Näistä keskeisin potilasturvallisuuden lainsäädännöllinen perusta on terveydenhuoltolain (1326/2010) 8§, joka käsittelee laatua ja potilasturvallisuutta. (Helovuori 2011, 38, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.)

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8§ mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Kunnan perusterveydenhuollon on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, jollei siitä muutoin erikseen sovita. Terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihoollon palvelujen kanssa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään asioista, joista on suunnitelmassa sovittava.

Terveydenhuoltolain nojalla on annettu asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. *Suunnitelmassa*

on sovittava tavoista, joilla suunnitelman täytäntöönpanon toteuttamiseksi henkilöstölle annetaan tietoa ja koulutusta laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden periaatteista ja toimintakäytännöistä sekä suunnitelman sisällöstä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010)

Suunnitelmassa on sovittava tavoista, joilla potilaille ja heidän läheisilleen tiedotetaan suunnitelmasta sekä potilaiden ja heidän läheistensä mahdollisuudesta edistää ja vaikuttaa laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden toteutumiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Myös lait potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) edistävät potilasturvallisuutta. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista käsitellään muun muassa potilaan oikeutta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Laissa käsitellään myös potilaan itsemääräämis- ja tiedonsaantioikeutta. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä varmistaa, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muuta valmiudet. Laissa säädetään myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonnasta. (Helovuori 2011, 40., Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992., Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

2.2 ISBAR-menetelmä

ISBAR-menetelmä perustuu Yhdysvalloissa puolustusvoimissa 1990-luvulla kehitettyyn ja sieltä ilmailuun levinneeseen SBAR-menetelmään. Menetelmän tarkoituksena on yhdenmukaistaa suullinen tiedonkulku. (Helovuori 2011, 207.)

SBAR-menetelmän pohjalta luotiin suomalaiseen terveydenhuoltoon ISBAR-menetelmä, jolla voidaan järjestää olennainen informaatio selkeään ja tiiviiseen muotoon ja näin mahdollistaa johdonmukainen ja yhtenäinen kommunikaatio kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Lisäksi ISBAR-menetelmä kehittää kriittisen ajattelun taitoja sekä rohkaisee tekemään toimintaehdotuksia. Lyhenne ISBAR koostuu sanoista identify, situation, background, assesment ja recommendation eli tunnista, tilanne, tausta, nykytilanne ja toimintaehdotus. (Kuva 2.) (Suomen Sairaanhoitajaliitto ry, 2013). ISBAR-

menetelmään liittyvissä tutkimuksissa on todettu, että menetelmän käyttö parantaa huomattavasti raportoinnin laatua. Menetelmä on helppo muistaa ja sen on todettu vähentävän haittatapahtumien määrää. (Thompson ym. 2011.)

ISBAR-menetelmän mukaan ensin esitellään itsensä ja tunnistetaan potilas, jonka jälkeen kerrotaan syy raportointiin. Tämän jälkeen selvitetään nykyiset ja aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat potilaan tilassa. Kerrotaan nykytilanteesta oleelliset tiedot potilaan arvoista ja voinnista ja viimeiseksi annetaan toimintaehdotus tilanteeseen sekä varmistetaan annettu ja saatu tieto. (Suomen potilasturvallisuusyhdistys Ry.)

ISBAR – kiireetön tilanne	
1. Identify Tunnista	<ul style="list-style-type: none"> • Nimesi, ammatti, yksikkö • Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus
2. Situation Tilanne	<ul style="list-style-type: none"> • Syy raportointiin
3. Background Tausta	<ul style="list-style-type: none"> • Nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat • Allergiat • Tartuntavaara/eristys
4. Assessment Nykytilanne	<ul style="list-style-type: none"> • Vitaalielintoiminnot • Oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen
5. Recommendation Toimintaehdotus	Ehdota <ul style="list-style-type: none"> • Tarkkailun lisäämistä • Toimenpidettä • Siirtoa toiseen yksikköön • Hoitosuunnitelman muutos Varmista <ul style="list-style-type: none"> • Kuinka kauan...? • Kuinka usein...? • Koska otan uudelleen yhteyttä...? • Onko vielä kysyttävää? • Olemmeko samaa mieltä?

Kuva 2. ISBAR (Mukaillen Suomen Sairaanhoidajaliitto)

2.3 CRM ja ei-tekniset taidot

Crew Resource Management eli miehistöressurssien hallinta on ilmailussa käytetty tiimityön kehittämiseen tähtäävä koulutus. Ilmailussa on omaksuttu ajattelu, että lentoturvallisuus perustuu ennalta määriteltyjen pelisääntöjen mukaiseen yhteistyöhön eikä yksittäisen lentäjän suoritukseen. Käytännössä CRM tarkoittaa viestintärutiineja, kuten toiminnan suunnittelua, tilannekuvan ylläpitoa ja tehtävien jakamista, joiden avulla kaikki saatavissa oleva tieto ja työvoima käytetään tehokkaasti tehtävien suorittamiseen ja kriittisten toimenpiteiden varmistamiseen. (Helovuori 2011, 183-184.)

CRM:n tavoitteena on vähentää virheitä ja parantaa tehokkuutta luomalla toimintakulttuuri, jossa voidaan aiheellisesti kyseenalaistaa hierarkiassa ylempänä olevia luomalla mahdollisuus puuttua virheisiin ja näin mahdollistaa koko tiimin resurssien käyttöön ottamisen (Nyström 2013, 102). CRM koulutusta on lisätty enenevässä määrin myös terveydenhuoltoalalla tavoitteena edistää potilasturvallisuutta. Koulutuksen tarkoituksena on auttaa ymmärtämään kuinka eri uhkat, kuten puutteet kommunikaatiossa, kehittyvät ja antaa työkaluja tällaisia uhkia vastaan. (Kemper ym. 2014.)

Yleisesti ottaen terveydenhuoltoalalla on kaksi eri lähestymistapaa CRM:ään. Ensimmäinen on CRM:n viisitoista ydinkohtaa, joiden tarkoitus on keskittää huomio potilasturvallisuutta parantaviin asioihin. Toinen lähestymistapa on niin sanotut ei-tekniset taidot. Molemmat lähestymistavat ovat alun perin kehitetty anestesiatyöhön. (Nyström 2013, 102.)

2.3.1 CRM:n 15 ydinkohtaa

CRM:n 15:sta ydinkohdan lista koostuu seuraavista asioista. Hoitajan on tunnettava ympäristönsä, pystyttävä ennakoimaan ja suunnittelemaan toimintansa, sekä tarvittaessa kutsua apua ajoissa. Sekä johtamista että tiimin jäsenenä olemista on harjoitettava ja työkuormaa on jaettava. Kaikki resurssit mobilisoidaan. Kommunikaation tulee olla tehokasta ja kaiken käytettävissä olevan informaation tulee olla saatavilla. Ydinkohdissa kehoitetaan haastamaan mielikuvia ja käyttämään kognitiivisiä apuvälineitä sekä kaksoistarkistamaan ja arvioimaan asioita useasti. Muiden kanssa tulee työskennellä tiiminä. Lisäksi oma

huomio jaetaan viisaasti ja priorisoinnin on oltava dynaamista. (Nyström 2013, 102-106.)

Raportoinnissa on tärkeää huomioida etenkin kommunikointi. Hyvä kommunikointi on selkeää, oikein suunnattua ja siinä varmistutaan vastaanottajan ymmärtäneen viesti. Myös kommunikaation ongelma-alueet tulee ottaa huomioon. Tällaisia ongelma-alueita on asioiden ajattelemisen ääneen sanomisen sijaan, asioiden kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisen varmistamatta jättäminen ja ymmärretyn asian tekemättä jättäminen. Käytännössä monet CRM:n ideat voidaan toteuttaa ensihoidossa pienillä muutoksilla asenteissa ja työtavoissa, esimerkiksi kommunikaation parantaminen ja ISBAR-järjestelmän käyttäminen todennäköisesti lisäävät turvallisuutta. (Nyström 2013, 102-106.)

2.3.2 Ei-tekniset taidot

Kliinisen osaamisen lisäksi potilasturvallisuus vaatii myös niin sanottuja ei-teknisiä taitoja, jotka on jaettu tehtävän hallintaan, tiimityöhön, tilannetietoisuuden ylläpitämiseen ja päätöksen tekemiseen (Flin 2010). Tämä neljän luokan järjestelmä on nimeltään the Anaesthetists' Non-Technical Skills eli ANTS-järjestelmä ja se on kehitetty anestesiologien tehtävien suorittamiseen ja koordinointiin liittyvien, hyväksi kokemien toimintatapojen pohjalta (Helovuo 2011, 188). Neljän edellä mainittujen pääluokkien alle on jaoteltu yhteensä 15 eri ammattitaidon luokkaa, joista kustakin on annettu kuvaus sekä hyviä ja huonoja esimerkkejä liittyen kyseiseen taitoon (University of Aberdeen 2012.)

Tehtävän hallinta tai tehtävän johtaminen luokassa on käsitelty sellaisia taitoja, jotka liittyvät resurssien ja tehtävien organisointiin potilaan hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi. Tällaisia taitoja ovat esimerkiksi toiminnan suunnittelu ja toiminnasta viestiminen kaikille osapuolille. Tehtävät priorisoidaan tarpeen ja kiireen mukaan ja työ tehdään laadun ja turvallisuuden saavuttamiseksi olemassa olevien standardien, protokollien ja ohjeiden mukaisesti. (Nyström 2013, 105.)

Tiimityöhön kuuluvia taitoja ovat taidot työskennellä yhdessä missä tahansa roolissa. Tehtävät koordinoidaan ja tietoa jaetaan siten, että kaikki tiimin jäsenet tietävät vastuunsa ja roolinsa ja jokaisella tiimin jäsenellä on tilanteesta yhteinen ymmärrys. Tiimiä johdetaan määrätietoisesti ja sen jäseniä autetaan ja

huomioidaan. Vaikeat tapaukset tulee käydä läpi jälkikäteen. (Nyström 2013, 105.)

Tilannetietoisuuteen kuuluvat taidot liittyvät tietoisuuden ylläpitämiseen ja kokonaistilanteen ymmärtämiseen. Tiedonhankinnan tulisi olla aktiivista, toistuvaa ja tiimin sisällä varmistettua. (Nyström 2013, 105) Taitoihin liittyy 'mitä jos' kysymyksien kysyminen ja toiminnan seurauksien etukäteen ajatteleva, jotka auttavat valmistautumaan lähitulevaisuudessa mahdollisesti tapahtuviin tilanteisiin (University of Aberdeen 2012).

Päätöksenteolla tarkoitetaan taitoa valita toiminnan suunta normaaleissa olosuhteissa ja aikapaineessa. Vaihtoehtojen ja niihin liittyvien riskien läpikäyminen on tärkeää ennen päätöksentekoa. Erilaiset rutiinit, protokollat ja hoito-ohjeet tuovat mukanaan turvallisuutta. (Nyström 2013, 105.) Eri vaihtoehtojen tunnistaminen ja niihin mahdollisten toimintamallien luominen, sekä hyötyjen ja haittojen arvioiminen ovat päätöksentekoon liittyviä taitoja. Tilanteita tulee myös jatkuvasti arvioida uudelleen. (University of Aberdeen 2012.)

3 Raportointi

Suomessa raportointia sairaalan sisällä on tutkittu paljon, mutta ensihoitajien ja päivystyksen henkilökunnan välistä raportointia hyvin vähän. Aiheeseen liittyviä tutkimuksia on tehty ulkomailla jonkin verran. Muun muassa Australiassa aiheesta on tehty laadullinen tutkimus ”Assesing clinical handover between paramedics and the trauma team” vuonna 2009. Tutkimuksessa on selvitetty tiedon katoamista ensihoitajien ja traumatiimin välillä. Tutkimuksen tuloksena on saatu selville epäkohtia ja puutteita luovutustilanteessa. (Evans ym. 2009.) Suomenkielistä tutkimustietoa aiheesta on vähän saatavilla. Aiheeseen liittyviä pro gradu -tutkielmia on viime vuosina tehty kaksi. Ilkka Eronen (2009) on tutkinut ensihoitokertomuksen käytettävyyttä päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajien näkökulmasta. Sami Mikkonen on omassa pro gradu -tutkielmassaan 2014 selvittänyt potilaan luovutusprosessia päivystyspoliklinikan ja ensihoitopalvelun välillä.

Ensihoitotilanteisiin liittyy erilaista raportointia ensihoitotilanteiden eri vaiheissa. Raportointia tapahtuu niin suullisesti kuin kirjallisestikin. Häätäkeskus raportoi ensihoitoyksikölle, ensihoitoyksikkö raportoi mahdolliselle toiselle ensihoitoyksikölle tai lääkärille ja lopulta hoitolaitoksessa raportoidaan potilasta luovutettaessa ja hoitovastuun siirtyessä (Castrén ym. 2012, 45).

Hoitovastuun siirtyminen ensihoitoyksiköltä hoitolaitoksen henkilökunnalle on kriittinen hetki tiedonkulun kannalta. Oleellinen tieto potilaan tilasta on siirryttävä lyhyen kontaktin aikana, joka ensihoitohenkilöstöllä on potilasta vastaanottavan henkilökunnan kanssa. Raportointi on tärkeä osa hoidon jatkuvuutta. Ensihoitohenkilöstö antaa potilaasta sekä suullisen että kirjallisen raportin. Kirjalliseen raporttiin sairaalan henkilökunnalla on mahdollisuus palata jälkikäteen, mutta suullinen raportointi tapahtuu siinä hetkessä eikä menetettyä tietoa voida palauttaa.

Ensihoitajilla on usein tapahtumapaikan olosuhteista sellaista tietoa, jota ei päivystyksessä jälkikäteen voida helposti selvittää. Tällöin on mahdollista, että jokin tärkeä tieto jää kokonaan siirtymättä. Kiireinen tilanne ja mahdollinen hätätilapotiilas tekevät tilanteesta vaikean ja raportointi voi jäädä epätarkaksi ja puutteelliseksi. (Kemppainen 2013, 97.)

Australiassa tehdyssä tutkimuksessa *Lost in translation: Maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department* (Owen ym. 2009) on tutkittu ensihoitajien ja päivystyksen työntekijöiden kokemuksia raportoinnista. Esiin nousseita asioita olivat ongelmat yhteisen kognitiivisen kuvan luomisessa ja ongelmat samanaikaisen tekemisen ja kuuntelun kanssa. Myös tiedon sirpaloituminen koettiin ongelmaksi. Raportin jäsen-telemättömyys koettiin turhauttavaksi ja ongelmalliseksi. Lisäksi tiedon koettiin muuttuvan ja katoavan potilaan luovutustilanteessa.

3.1 Ennakkoilmoitus

Ensihoitohenkilöstön tulee antaa kriittisesti sairastuneesta tai vammautuneesta ennakkoilmoitus päivystyspoliklinikalle. Ennakkoilmoituksen tarkoitus on antaa sairaalalle aikaa valmistautua tulevaan potilaaseen. Ennakkoilmoitus mahdollistaa tarvittavan henkilökunnan kutsumisen paikalle sekä välineistön, tarvikkeiden

ja tilojen valmistelun. Ennakoilmoitus voidaan antaa myös tilanteissa, joissa potilaan hoito vaatii erityisjärjestelyjä, esimerkiksi erilaisia eristyksiä vaativat infektiopotilaat. (Kemppainen 2013, 95.)

Ennakoilmoitus tulee antaa esimerkiksi, jos potilaalla on vakava tai uhkaava verenkierron, hengityksen tai tajunnan häiriö, vakava äkillinen sydäntapahtuma, epäily aivoverisuonitukoksesta, laaja palovamma, suurienerginen vamma tai loppuraskauden runsas verenvuoto. Lisäksi ennakoilmoitus tulee antaa, mikäli potilaalla ennakoidaan olevan kiireellisen leikkaushoidon tarve tai potilaalla on vakava, tarttuva infektio tauti. (Castrén ym. 2009, 67.)

Ennakoilmoitus on ensimmäinen osa raportointia ensihoitohenkilöstön ja päivystyksen välillä. Myös ennakoilmoituksen tulisi olla strukturoitu, jotta tiedonkulku olisi tarkoituksenmukaista ja yhtenevää. Ennakoilmoituksen antamisen ajoittaminen on tärkeää. Liian aikaisin annettu ennakoilmoitus, voi aiheuttaa epätarkkuutta arvioituun saapumisaikaan sairaalaan ja vastaavasti liian myöhään annettu ennakoilmoitus ei anna sairaalle riittävästi aikaa valmistautua potilaan saapumiseen. (Kemppainen 2013, 95.)

Ennakoilmoitus saapuvasta potilaasta mahdollistaa potilaan saumattoman hoidon jatkumisen. Ennakoilmoituksen perusteella voidaan kutsua paikalle potilasta vastaanottamaan ja hoitamaan tarvittava henkilökunta sekä valmistella tarvittavat tilat ja välineet. Joissakin tapauksissa tarvittava henkilökunta kutsutaan paikalle kotoaan, joten ennakoilmoituksen riittävän aikainen antaminen korostuu. Ennakoilmoitusta annettaessa on hyvä käyttää strukturoitua raportointimenetelmää, esimerkiksi ISBAR- menetelmää. Ennakoilmoitus on osa suullista raportointia. Kaikessa suullisessa raportoinnissa systemaattinen, aina saman rakenteen omaava ennakoilmoitus on tiedonkulun kannalta tärkeää. ISBAR:in mukainen ennakoilmoitus helpottaa ilmoitusta vastaanottavan henkilön kirjaamista ennakoilmoituskaavakkeelle. Tällöin tärkeät asiat potilaasta ja hänen tilastaan siirtyvät kommunikaatiotilanteessa ja erehdysten sekä unohdusten määrä vähenee. (Kemppainen 2013, 95.)

Ennakoilmoituksesta tulee ilmetä potilaan/potilaiden henkilötiedot, potilaiden lukumäärä, tapahtumatiedot eli minkälainen vammamekanismi on ollut, millai-

nen sairastuminen tai oirekuva potilaalla on. Ennakoilmoituksessa kerrotaan potilaan elintoimintojen tila (hengitys, verenkierto, tajunta), annetaan arvio vammojen anatomisesta sijainnista, kerrotaan mitä hoitotoimia on tehty, annetaan arvioitu saapumisaika sairaalaan ja arvioidaan tarvittavat ennakkovalmistelut. (Martikainen 2013, 367.)

Nämä asiat sisältyvät ISBAR-rakenteen mukaiseen ennakoilmoitukseen. Ensimmäisessä vaiheessa "Identify" tunnistaudutaan ja kerrotaan tuovan ensihoitoyksikön tiedot ja potilaan henkilötiedot. Tilanne, "Situation"- vaiheessa kerrotaan syy ennakoilmoitukselle. "Background" eli tausta- vaiheessa kerrotaan potilaan vitaalielintoiminnot, oireet ja oireiden alkamisaika. "Assessment" eli tilanearvio- vaiheessa tuodaan ilmi potilaan kliininen tila ja annettu hoito. Toimintaehdotus eli "Recommendation"- vaiheessa arvioidaan saapumisaika sairaalaan sekä varmistetaan yhteisymmärrys tilanteesta. (Kempainen 2013, 96.)

Tässä opinnäytetyössä ei kuitenkaan tutkita ennakoilmoitusta suullisen raportoinnin osana, vaan keskitytään suulliseen ja kirjalliseen raportointiin potilaan saavuttua päivystykseen.

3.2 Suullinen raportointi

Luovuttaessaan potilaan sairaalan päivystykseen ensihoitajat antavat potilaasta raportin. Kriittisesti sairastuneesta tai vammautuneesta raportti annetaan yleensä suullisesti koko hoitotiimille. Vähemmän kiireellisistä potilaista raportti annetaan usein ensin triage-hoitajalle ja mahdollisesti vielä potilaan hoidosta vastaavalle hoitajalle. (Kempainen 2013, 97.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä 2013 toteutetussa ensihoidon ja päivystyksen välisen suullisen raportoinnin tarkistuslistan pilotoinnissa todetaan tiedonkulun olevan laadukkaan ja turvallisen potilashoidon perustekijä. Kommunikaatioon liittyvät ongelmat myötävaikuttavat yli 70 %:iin terveydenhuollon haittatapahtumista. Haittatapahtumien aiheuttavat lisähoidot aiheuttavat vuosittain huomattavia lisäkustannuksia. (Nummelin 2013.)

Suullisen raportoinnin pullonkaulana on tiedonkulun katkeaminen tai tiedon väärin ymmärtäminen prosessin rajapinnoissa, esimerkiksi potilaan siirtyessä yksi-

köstä toiseen (Nummelin 2013). Mitä useamman ihmisen kautta tieto kulkee, sitä suurempi riski on siihen, että tieto muuttuu. Tiedon siirtyessä ihmiseltä toiselle on myös mahdollista, että osa tiedoista jää välittymättä.

Australiassa tehdyssä tutkimuksessa *Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: A qualitative study* (Bost ym. 2011) annetun raportin laajuuteen ja raportin antamiseen käytettyyn aikaan vaikuttivat potilaan päivystykseen viennin syy, työntekijöiden odotukset, koulutus ja aiempi kokemus sekä päivystyksen kiireellisyys. Myös muun muassa aktiivisen kuuntelun puute nostettiin tutkimuksessa ongelmaksi.

Raportointitilanteessa huomioitavaa on, että raporttia vastaanottavilla hoitajilla voi olla samanaikaisesti muitakin potilaan hoitoon liittyviä tehtäviä, kun taas raporttia antavilla ensihoitajilla on yleensä vain raportin antamistehtävä. Sami Mikkonen mainitsee pro gradu -työssään (2014) raportointia haittaavia tekijöitä olevan lisäksi raportointilanteen toimintaympäristön melun, kiireen ja keskeytykset sekä raportoinnin toistamisen, sillä kaikki tarvittava henkilökunta ei välttämättä ole paikalla ensimmäisellä raportointikerralla.

Mikkonen (2014) mainitsee työssään raportointia haittaavana tekijänä raportoinnin ja raportin vastaanottamisen laadulliset erot. Raporttia ei välttämättä osata antaa riittävän hyvin tai sen vastaanottamisessa on puutteita. Kommunikaatiokulttuuri ei aina ole tarpeeksi kehittyneellä tasolla. Pro gradu -työssä tulevat esille myös asenneongelmat kiireettömien potilaiden tilanteesta raportoitaessa.

Suullisiin raportointeihin liittyvässä kommunikaatiossa olennaista on kommunikaation loogisuus ja selkeys. Tärkeää on tuoda esiin potilaan hoitoon olennaisesti vaikuttavat asiat sekä arvioida hoidon vaikuttavuus. (Komi & Tapanainen 2009.)

Jotta raportoinnista saataisiin suurin hyöty, on sen oltava yhdenmukaista. Maailman terveysjärjestö WHO suosittaa potilaan luovutustilanteiden kommunikaatioon strukturoitua lähestymistapaa eli SBAR tai täsmennettynä ISBAR- menetelmän käyttöä. WHO ottaa suosituksessaan myös kantaa raportointitilanteen

häiriöttömyydestä ja molemminpuolisesta kuuntelemisesta sekä kysymisestä. (WHO 2007.)

Komin ja Tapanaisen tutkimuksessa (2009) ilmeni tutkimuksen kohteena olleen sairaalan henkilökunnan halu kehittää suullista raportointia raportin sisällön kirjallisella ohjeistamisella. Suullisista raporteista haluttaisiin nykyistä tiiviimpiä ja tasalaatuisempia sekä erityisesti kuulijan kannalta tietosisällöltään olennaisia asioita sisältäviä. (Komi & Tapanainen 2009.)

Myös Nummelin (2013) toteaa raportissaan suullisen raportoinnin kehittämistarpeen olevan ilmeinen. Raportointia tulisi yhtenäistää ja näin turvata hoidon jatkuvuutta. Suullisen raportoinnin koulutusta erityisesti uusille työntekijöille tulisi tehdä ja vanhoja työntekijöitä muistuttaa raportoinnin kaavasta ja tilanteesta.

Aiempien tutkimusten mukaan epäselvyyttä aiheuttaa hoitovastuun siirtyminen ensihoitopalvelulta päivystyspoliklinikan vastuulle. Oletetaan, että hoitovastuun siirtymisen ajankohta on ensihoitohenkilöstön ja päivystyspoliklinikan henkilöstön tiedossa, vaikka todellisuudessa tarkkaa pistettä siirtymiseen ei ole määritetty. Hoitovastuun siirtymiseen luovutusprosessin aikana ei ole kiinnitetty suurta huomiota. Potilaan tila voi heiketä nopeasti ja ensihoitohenkilöstön tulee tietää milloin hoitovastuu on siirtynyt päivystyspoliklinikalle. ISBAR- menetelmän mukaiseen raportointiin voisi lisätä selkeän ääneen lausutun kommentin hoitovastuun siirtämisestä. (Mikkonen 2014.)

3.3 Kirjallinen raportointi

Kirjallinen raportti on osa potilasasiakirjoja. Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä hoitopaikassa laadittavia tai sinne saapuneita asiakirjoja. Potilasasiakirjat on tarkoitettu tukemaan potilaan hyvää hoitoa. Niihin on merkittävä hyvän hoidon kannalta tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot selkeästi ja ymmärrettävästi. Potilasasiakirjat ovat tärkeitä sekä potilaan että häntä hoitaneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvan kannalta. Jos hoitoa joudutaan jälkeenpäin selvittämään, on tärkeää, että merkinnät potilasasiakirjoissa ovat sellaisia, että niistä saa kuvan siitä miten potilasta on hoidettu. (Valvira 2015.)

Ensihoitopalvelu raportoi potilaasta myös kirjallisesti. Raportoinnin pohjana käytetään Kansaneläkelaitoksen (KELA) lomaketta SV 210, Selvitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta. (Liite 3) Lomakkeesta käytetään myös nimeä ensihoitokertomus. Ensihoitokertomus on virallinen potilasasiakirja, joka liitetään potilaan potilaskertomukseen. Kirjallinen ensihoitokertomus täydentää suullista raportointia potilaan luovutustilanteessa. (Castrén ym. 2009, 50.)

SV 210- lomake koostuu hallinnollisesta ja hoidollisesta osiosta. Hallinnollisessa osiossa ovat henkilö- ja osoitetiedot sekä tehtävävaiheiden kellonajat ja tehtäväkoodit. Hoidollinen osa koostuu tapahtumatiedoista, potilaan tilatiedoista sekä hoitoon ja hoidon vasteeseen liittyvistä tiedoista. Ensihoitokertomus on juridinen asiakirja sekä ensihoitohenkilöstön että potilaan oikeusturvan kannalta. Etenkin tilanteissa, joissa potilasta ei ole tarvetta kuljettaa sairaalahoitoon, on huolellisesti täytetty ensihoitokertomus tärkeä. Ensihoitokertomus tulee täyttää selkeästi, jotta sen luettavuus säilyy. Käytetyt sanat ja lyhenteet tulevat olla yhdenmukaisia sekä käsialan selkeää. (Castrén ym. 2009, 49-50.)

Tapahtumatiedot -kentässä ilmaistaan, mikä tilanne on ollut ennen kuin ensihoito on tavannut potilaan. Vammapotilaan vammamekanismi kuvataan ja sairastumisessa oireiden alkamisajankohta ja sitä edeltäneet tapahtumat. Tila tavattaessa- kenttään kuvataan, mitä potilas teki, kun hänet kohdattiin. Sairastuneelta kuvataan potilaan kokemat oireet. Vammapotilaalta kuvataan vammalöydökset kehon eri osista. (Castrén ym. 2009, 51-52.)

Lomakkeen tilatietotaulukossa seurataan potilaan vitaalielintoimintoja. Taulukossa on paikat verenpaineen, syketaajuuden, rytmin, hengitystaajuuden, uloshengityksen huippuvirtauksen, uloshengityksen hiilidioksidipitoisuuden, happisaturaation, tajunnantason, kivun, verensokerin, lämpötilan sekä alkoholi- pitoisuuden seurannalle. Hoito ja hoidon vaste -kenttään kirjataan potilaalle tehdyt hoitotoimenpiteet ja niiden vaste. Esimerkiksi annetut lääkkeet ja nesteet kirjataan kellonaikoineen tähän. Mikäli on konsultoitu lääkäriä, saadut hoito- ohjeet kirjataan. (Castrén ym. 2009, 53.)

Ensihoitokertomus voi olla myös sähköinen. Merlot Medi on sähköinen raportointi- ja johtamisjärjestelmä, josta on melko laajoja käyttökokemuksia. Sähköi-

nen ensihoitokertomus mahdollistaa lisäksi potilastietojen käytön laskutukseen, ensihoitotoiminnan tilastointiin ja raportointiin sekä antaa keinoja ensihoitotilanteiden johtamiseen. (Castrén ym. 2009, 54-55.)

Merlot Medi -järjestelmä toimii johtamisjärjestelmänä ensihoidon vastuulääkäreille, lääkintäesimiehille ja konsultoiville lääkäreille. Järjestelmä integroituu päivystyksen ja sairaalan tietojärjestelmiin. (CGI Suomi Oy 2014.) Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos on aloittanut hankkeen, jossa määritellään sähköisen ensihoitokertomuksen valtakunnallinen tietosisältö ja rakenteet ja siihen liittyvät luokitukset. Ensihoitokertomuksen mahdollisesti uusiutuessa yhtenä uutena tietosisällön muuttujana on potilaan toimintakyvyn arviointi toimintakykyluokituksen avulla. Toimintakyky on terveydentilan indikaattori, jolla ensihoitajat voivat arvioida potilasta kokonaisvaltaisesti. Ensihoitokertomuksen merkitys tiedonsiirrossa ensihoidosta päivystykseen on suuri (FinnHems 2015).

Onnistuneen kirjallisen raportoinnin edellytys on informatiivinen ja selkeä ensihoitokertomus. Ilkka Eronen on pro gradu -työssään (2009) tutkinut ensihoitokertomuksen käytettävyyttä päivystyksen hoitajien näkökulmasta. Eronen tutkimuksen perusteella päivystyspoliklinikoiden hoitajat kokivat ensihoitokertomukset pääosin miellyttävänä ja tehokkaina informaation lähteinä. Ensihoitokertomuksen käytettävyyttä heikentävinä asioina Eronen mainitsee puutteet potilaan taustatietojen kirjaamisessa, ei-yhtenäiset kirjaustavat ja epäselvän käsialan.

Eronen (2009) jakaa ensihoitokertomuksen käytettävyyden tehokkuuteen ja miellyttävyyteen. Tehokkuus jakautuu edelleen informaation määrään, informaation relevanttiuteen sekä informaation virheettömyyteen. Miellyttävyys jakaantuu informaation ymmärrettävyyteen, informaation tiiviyyteen sekä informaation yhdenmukaisuuteen.

Informaation määrä tarkoittaa riittävää määrää tietoa hoidollisen päätöksenteon tueksi ja jatkohoidon suunnittelua varten. Olennaisia asioita ei ole jäänyt kirjaamatta. Relevantti informaatio tarkoittaa keskeistä informaatiota ja sitä, että turhaa tietoa ei ole kirjattu. Informaatiossa ei tule olla virheitä. Helppo luettavuus sisältyy informaation ymmärrettävyyteen. Informaation tulee olla tiiviissä muo-

dossa ja nopeasti luettavissa. Kirjausten tulee olla yhdenmukaisia sekä ensihoitokertomuksen sisällä että eri ensihoitokertomusten kesken. (Eronen 2009.)

4 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyössä tutkitaan raportointia Honkakarjun sairaalassa Imatralla ensihoidon luovuttaessa potilaan sairaalan päivystykseen. Tavoitteena on opinnäytetyön avulla parantaa potilasturvallisuutta ja löytää seikkoja, jotka edistävät potilasturvallisempaa potilaan luovutustilannetta.

4.1 Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat

1. Millaista ensihoitajien antama raportointi on?
2. Miten raportointi vaikuttaa potilasturvallisuuteen?
3. Miten hoitajat kokevat raportointitilanteen?

Tässä työssä pyrimme selvittämään, miten raportointi toteutuu potilaan luovutustilanteessa, sekä mitä mahdollisia erityisen hyviä ja mitä kehitettäviä asioita raportoinnissa ja raportointitilanteessa on. Opinnäytetyössä tutkitaan raportointia Imatralla Honkakarjun sairaalassa, kun ensihoitajat tuovat potilaan sairaalan päivystykseen. Kun opinnäytetyöraportissa käytetään termiä ”hoitajat”, sillä tarkoitetaan sekä ensihoitajia että päivystyksen sairaanhoitajia. Perustamme opinnäytetyön aiheen ennen kaikkea potilasturvallisuuteen. Opinnäytetyöllä pyritään parantamaan potilasturvallisuutta. Opinnäytetyötä voivat hyödyntää myös muut potilaan siirtymiseen eri hoitopolun vaiheessa osallistuvat ihmiset sekä kaikki potilasturvallisuuden parissa työskentelevät henkilöt.

4.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutetaan kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä osallistujien näkökulman ymmärtäminen, osallistujien valinta tarkoituksenmukaisuuden perusteella ja aineiston kerääminen avoimin menetelmin. Tavoitteena on selvittää, mitä tutkittava ilmiö on tutkittavien näkökulmasta. (Kylmä & Juvakka 2012, 22–28.)

Keräämme aineiston opinnäytetyöhön teemahaastatteluilla. Haastattelutyypinä käytetään ryhmähaastattelua. Haastattelemme sekä päivystyksen että ensihoitajan työntekijöitä. Opinnäytetyössä haastatellaan potilaita sairaalaan tuovia ensihoitajia sekä potilaita sairaalassa vastaanottavia sairaanhoitajia, koska emme halua rajata opinnäytetyötä koskemaan pelkästään joko ensihoitajia tai päivystyksen sairaanhoitajia. Näin kuulemme molempien ammattiryhmien mielipiteen asiasta. Rajatulla osallistujamäärällä haluamme saada mahdollisimman syvän ja kattavan kuvan raportointitilanteesta.

Aineiston hankinnan ensimmäisessä vaiheessa haastattelemme ensihoitopalvelun henkilökuntaa. Ensihoitajia haastatellaan neljä henkilöä. Haastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna. Toisena osana ovat Imatran Honkaharjun sairaalan päivystyksen henkilökunnan haastattelut. Päivystyksestä haastatteluun valitaan sairaanhoitajia, jotka ottavat potilaita vastaan ensihoitajilta. Päivystyksen sairaanhoitajista haastatellaan kolme.

Tutkittava ryhmä pidetään pienenä, jotta haastattelutilanteen ohjaaminen ja haastattelunauhojen purku olisi paremmin hallittavissa. Ryhmähaastattelussa on riski siihen, että osallistujat pyrkivät noudattamaan enemmistön mielipiteitä. Tavoitteena on ryhmähaastattelun onnistuminen niin, että osallistujat kehittelevät toinen toistensa ajatuksia ja aiheeseen saadaan syvempi näkökulma. (Kylmä & Juvakka 2012, 84 - 85.) Ryhmähaastattelussa haastateltavat kommentoivat asioita melko spontaanisti sekä tekevät huomioita ja tuottavat monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Aineistonkeruumenetelmällä on erityinen merkitys silloin, kun halutaan selvittää miten henkilöt muodostavat yhteisen kannan johonkin ajankohtaiseen asiaan. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 61.) Raportointi ja sen toteutuminen on ajankohtaista ja sen merkitys potilasturvallisuudelle huomattava, joten ryhmähaastattelulla saadaan hyvää aineistoa kommunikaatiosta ja muista raportointitilanteeseen liittyvistä asioista.

Haastattelut ovat tyyliltään teemahaastatteluja. Teemahaastattelu etenee yksityiskohtaisten kysymysten sijaan tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Tällöin tutkijan näkökulma jää pieneksi ja saadaan todellinen tutkittavien ääni esille. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48). Teemahaastattelussa tutkittavat ovat kokeneet tutkittavan ilmiön, tässä tapauksessa raportointitilanteen.

Molemmat haastattelut ovat sisällöltään pääpiirteittäin samanlaisia. Sekä ensihoitajat että päivystyksen sairaanhoitajat ovat tutkittavan asian keskipisteessä. Erot haastatteluissa tulevat lähinnä siinä, että ensihoitajat ovat raportin antajia ja sairaanhoitajat raportin kuuntelijoita. Hyvin tarkkoja kysymyksiä ryhmähaastattelutilanteessa vältetään ja annetaan haastateltavien kehittää toistensa kertomuksia ohjaten haastattelun kulkua. Haastateltavat ryhmät pidetään tarkoituksella erillään. Näin haastateltavat voivat kertoa vapaasti aiheesta ilman, että heille syntyy tunnetta siitä, että raportin vastapuolen läsnäolo vaikuttaisi vastauksiin.

Nauhoitetut haastattelut puretaan ja litteroidaan. Purettu materiaali pelkistetään ja puretusta aineistosta pyritään tunnistamaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia tekstin osia (Kylmä & Juvakka 2012, 117). Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata raportointia, joten aineistolta kysytään, mitä tämä aineisto kertoo raportoinnista. Induktiivinen sisällönanalyysi tarkoittaa analyysiä, jossa aineisto ensin puretaan osiin ja sen jälkeen yhdistellään sisällöllisesti samankaltaisia osia. Seuraavassa vaiheessa aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitusta. Analyysin avulla aineisto tiivistyy ja abstrahoituu. (Kylmä & Juvakka 2012, 113.)

Pelkistettyjä ilmauksia vertaillaan ja etsitään samankaltaisia ilmauksia. Ilmaukset, joissa on samankaltainen sisältö, yhdistetään luokkiin. Aineistoa ei ryhmitellä liian pitkälle, jotta tulosten informaatioarvo ei vähene. (Kylmä & Juvakka 2012, 118.) Aineiston pelkistäminen nostaa vastaukset tutkimusongelmiimme. Analyysin pohjalta laaditaan pohdinta opinnäytetyön tuloksista.

Toteutimme opinnäytetyön suunnitellusti kahtena ryhmähaastatteluna. Nauhoitimme haastattelut ja sen jälkeen haastattelut kirjoitettiin auki. Tämän jälkeen saadulle aineistolle tehtiin sisällönanalyysi.

Auki kirjoitetusta aineistosta muodostimme ensin yleiskuvan. Tärkeät kohdat aineistosta alleviivattiin. Tämän jälkeen kävimme läpi haastattelut tarkasti ja poimimme molemmista alkuperäishaastatteluista otteita erilliseen asiakirjaan. Tämän jälkeen yhdistimme sisällöllisesti merkittävät otteet pelkistetyiksi ilmauksiksi eli tiivistimme aineistoa. Pelkistetyistä ilmauksista muodostimme luokkia,

joita muodostui seitsemän. Luokat ovat häiriötekijät, hoidon jatkuvuus, motivaatio, varmistaminen ja potilasturvallisuus, raportin sisältö ja tyyli ja laatu, sovitut käytännöt tai niiden puute sekä resurssien vähyys. Jokaiselle pelkistetylle ilmaukselle pyrittiin löytämään sitä parhaiten vastaava luokka. Aina tämä ei ollut täysin mahdollista. Aineistoa ei abstrahoitu liian pitkälle, jotta aineistosta saatu informaatioarvo ei vähene. Luokkien määrän kasvattamista ei nähty mielekkääksi, vaan pitäydyimme seitsemässä pääluokassa. Mikäli jokin alkuperäisaineiston ote koettiin irralliseksi eikä sopivan mihinkään pääluokkaan, se hylättiin. Taulukossa 1. havainnollistetaan aineiston analysointia muutaman esimerkin avulla.

<u>Alkuperäinen ilmaus</u>	<u>Pelkistetty ilmaus</u>	<u>Luokka</u>
"Joku siinä läsnäolevista ottaa raportin"	Satunnainen hlö ottaa raportin	Sovitut käytännöt tai niiden puute
"Pitää käydä kattomassa ke- nestä on kyse"	Henkilöllisyyden varmistaminen	Varmistaminen ja potilasturvallisuus
"Kerrotaan selkeästi hyvällä rytmillä..tavallaan tarjottimella valmista"	Hyvä raportti on mieltity ja selkeä	Raportin sisältö, tyyli ja laatu

Taulukko 1. Sisällön analyysi

Pääluokkia peilattiin tutkimuskysymyksiin ja pyrittiin löytämään aineistosta vastaukset tutkimuskysymyksiin. Pääluokkia vertailtiin ja samanaikaisesti palattiin alkuperäiseen haastatteluaineistoon ja näin aineistoa käsittelemällä saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin.

4.3 Eettiset näkökohdat ja tutkimuksen luotettavuus

Opinnäytetyössä noudatimme hyvän tieteellisen käytännön toimintaperiaatteita. Opinnäytetyössämme, sen tulosten tallentamisessa ja esittämisessä, sekä niiden arvioinnissa noudatimme rehellisyyttä, tarkkuutta ja yleistä huolellisuutta.

Käytimme eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Opinnäytetyö suunniteltiin, toteutettiin ja raportoitiin asetettujen vaatimusten mukaan ja opinnäytetyön tekemiseen hankittiin tutkimusluvut. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuksen teko on jatkuvaa laadun ja luotettavuuden tarkkailua. Aineiston keruussa laatuun vaikuttavat haastattelurunko ja tekniset seikat, kuten nauhoituksen äänenlaatu. Aineiston käsittelyssä laatua parantaa se, että aineisto litteroidaan mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen. Tutkimuksen tekijöiden omat lähtökohdat vaikuttavat aineistoon ja tutkimusprosessiin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 184–185, Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Opinnäytetyömme luotettavuutta lisäsi huolellinen teemahaastattelurunko, joka ei kuitenkaan ollut liian tiukka, jotta haastateltaville jäi tilaa kehitellä ajatuksia tutkittavasta asiasta. Litteroimme aineiston välittömästi haastattelujen jälkeen, jolloin asia oli vielä tuoreessa muistissa. Haastatteluaineiston tekninen laatu oli molemmissa haastatteluissa hyvä ja haastateltavien puhe oli riittävän selkeää litterointia varten, eikä päälle puhumista juurikaan esiintynyt. Opinnäytetyön tekijöinä ymmärsimme oman roolimme jo töitä tehneinä ja raportteja antaneina ensihoitajina emmekä missään vaiheessa johdatelleet haastateltavia.

5 Honkaharjun sairaala ja toimintaympäristö

Opinnäytetyö on toteutettu Etelä-Karjalan alueella, Imatran Honkaharjun sairaalassa. Ensihoidon alueella tuottaa Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus, Eksote. Eksoten organisaatiossa ensihoito kuuluu Akuutti -tulosalueeseen. Eksoten ensihoito kuuluu HUS erityisvastuualueen ensihoitokeskuksen ohjaukseen ensihoitopalveluasetuksen määrittämässä asiassa. Ensihoidon hallinnosta alueella vastaa ensihoidon ylilääkäri yhdessä ensihoitopäällikön ja lääkintäpäällikön kanssa. Eksoten ensihoito suorittaa vuosittain yli 20000 ensihoitotehtävää. (Alavahtola & Palviainen 2014.)

Imatran kaupunki sijaitsee Etelä-Karjalassa. Imatralla on asukkaita n. 28300. Imatra tuottaa terveyspalvelut itsenäisesti lukuun ottamatta erikoissairaanhoidtoa. Imatran kaupungin alueella kiireellinen hoito tapahtuu Honkaharjun sairaala-

lassa päivittäin kello 08-21 (Eksote 2014b). Iltapäivystys Honkaharjun sairaalassa on avoinna arkisin ma-pe klo 16-21 ja viikonloppuisin klo 08-21. Yöaikaan kiireellistä hoitoa tarvitsevat potilaat kuljetetaan Etelä-Karjalan keskussairaalaan, Lappeenrantaan, jonne on matkaa noin 40 km. (Imatran kaupunki 2014.)

5.1 Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimi

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimi (jatkossa Eksote), tuottaa terveys-, sosiaali-, perhe- sekä vanhustenpalveluja Etelä-Karjalan alueella. Eksoten toiminta-alueella asuu noin 133 000 asukasta. Eksote on kuntayhtymä, johon kuuluu tällä hetkellä yhdeksän kuntaa Etelä-Karjalasta: Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Imatra, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti, Savitaipale ja Taipalsaari. Imatra on mukana Eksotessa erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon osalta. (Eksote 2014a.)

Eksoten tuottamia palveluja ovat avoterveydenhuolto, suun terveydenhuolto, mielenterveys- ja päihdepalvelut, laboratorio- ja kuvantamispalvelut, lääkehuolto, kuntoutuskeskus, sairaalapalvelut, perhepalvelut, aikuisten sosiaalipalvelut ja vammaispalvelut sekä vanhustenpalvelut. Terveyspalveluja tuotetaan hyvinvointi- ja terveysasemilla ympäri maakuntaa sekä keskussairaalassa, joka sijaitsee Lappeenrannassa. (Eksote 2014a.)

5.2 Alueen ensihoito

Ensihoito tarkoittaa äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan tilan arviointia ja tarvittavaa ensihoitoa pääasiassa hoitolaitosten ulkopuolella sekä tarvittaessa potilaan kuljettamista tarkoituksenmukaiseen hoitoyksikköön. Ensihoito on määritelty suhteellisen tarkasti terveydenhuoltolaissa sekä ensihoitopalveluasetuksessa. Ensihoitopalvelu toimii sairaanhoitopiirin tekemän ensihoidon palvelutasopäätöksen mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 21.)

Imatran kaupungin alueella ensihoidon tuottaa omana toimintanaan Eksote. Imatralla toimii välittömässä lähtövalmiudessa kaksi ensihoitoyksikköä, EEK 421 ja EEK 422. Muita maantieteellisesti lähellä olevia ensihoitoyksiköitä ovat Joutsenon yksikkö sekä Ruokolahden yksikkö, jotka tarvittaessa toimivat Imatran alueella.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ensihoitoasetus määrää sairaanhoitopiirillä olevan ympärivuorokauden toimivat ensihoitopalvelun kenttäjohtajat. Kenttäjohtajat ovat ensihoitopalvelun tilannejohtajia ensihoitopalvelusta vastaavan lääkärin alaisuudessa. Kenttäjohtaja osallistuu hoitotason ensihoitajana ensihoitotehtävien hoitamiseen. Kenttäjohtaja määrää ensihoitoyksiköiden käytöstä tehtävissä, joihin osallistuu useita yksiköitä ja viranomaisia. Kenttäjohtaja myös pitää yllä tilannekuvaa ja tukee osaltaan hätäkeskusta esimerkiksi tilanteissa, joissa ensihoitopalvelujen kysyntä ylittää käytettävissä olevat voimavarat. (Määttä 2013, 25.)

Etelä-Karjalan alueella ensihoidossa toimii vuorollaan yksi kenttäjohtaja. Ensihoidon kenttäjohtajan fyysinen sijoituspaikka on Lappeenrannassa, Etelä-Karjalan keskussairaalan läheisyydessä.

6 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyön tuloksena saatiin kuvaus raportointitilanteesta ja annetun raportin tietosisällöstä Honkaharjun sairaalan päivystyksessä. Tulokset saatiin haastatteleamalla sairaalan ulkopuolella työskenteleviä ensihoitajia ja sairaalan päivystyksessä työskenteleviä sairaanhoitajia. Suuria epäkohtia tulosten perusteella raportoinnissa ei esiinny. Raportointi koetaan luonnollisena osana omaa hoitajan työtä. Seuraavassa esitellään opinnäytetyön tulokset jaoteltuna tutkimuskysymysten mukaisesti.

6.1 Ensihoitajien raportointi

Ensihoitajat pyrkivät raporttia antaessaan siihen, että raportti annetaan potilaan vierellä. Tämä ei aina toteudu, mutta siihen pyritään. Jos ympärillä on paljon ulkopuolisia kuulijoita, esimerkiksi omaisia tai potilaan asiat ovat arkaluonteisia, voidaan raportti antaa syrjemmällä. Tällaisessa tilanteessa voidaan myös näyttää tietoja ensihoitokaavakkeesta tai puhua hiljempaa.

Semmosia tilanteita että sitä raporttia ei voi ihan siinä potilaan vierellä antaa kun meil on niin ahtaat tilat ja siin on välil nii paljo ympärillä väkeä ja omaisia.

Mikäli raportin vastaanottajaa joutuu etsimään ja raportin antaja kokee, että raportin sisältö on suppea ja näin ollen raportointi nopeaa, annetaan raportti hel-

pommin muualla kuin potilaan vierellä. Vaikka raportti annettaisiin muualla kuin potilaan vierellä, käydään potilaan henkilöllisyys ja vointi varmistamassa.

Sekä ensihoitajat että päivystyksen hoitajat ovat vastausten perusteella yhtä mieltä siitä, mitä tietoja suullisessa raportissa tulisi antaa. Asioita, joita raporttiin tulisi sisällyttää ovat tiedot potilaan henkilöllisyydestä, minkä takia ambulanssi on hälytetty, mikä potilaan tilanne on ollut, mikä se on nyt ja mitä hoitotoimenpiteitä on tehty.

Päivystyksen työntekijät ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä perustutkimusten laajuuteen, mutta toivat esiin ajoittaiset puutteet mittausarvojen merkitsemisessä. Perussuureita ei aina ole otettu riittävän laajasti, ja tällöin niitä ei myöskään tuoda raportissa ilmi.

Päivystyksen sairaanhoitajat nostivat esiin ensihoitajien raportoivan tarvittaessa myös potilaiden kotiloista. Ensihoitajat voivat olla ainoita terveydenhuollon henkilöitä, jotka pystyvät kertomaan tietoa potilaan kotiloista. Joidenkin potilaiden kohdalla tämä koettiin hyvin tärkeäksi, esimerkiksi jos potilaalla ei ole omaisia tai läheisiä huolehtimassa tai omaisten kunto ja jaksaminen on huonoa.

Sekä ensihoitajat että päivystyksen hoitajat ovat tyytyväisiä raportin sisältöön ja kokevat, että hyvä raportointi toteutuu. Ensihoitajat mainitsivat hyväksi asioiksi rauhallisuuden, kahdensuuntaisuuden ja vuorovaikutteisuuden. Tarvittaessa esitetään lisäkysymyksiä puolin ja toisin, esimerkiksi DNR-päätöksistä ja hoito-ohjeista matkalle.

Päivystyksen henkilökunta pitää hyvänä raporttina sellaista, joka on ennalta mietitty, sisältää kaiken oleellisen tiedon ja esitetään selkeästi. Raportoinnin yhteydessä toivotaan tietoa potilaan omaisen yhteystiedoista sekä tietoa mukana olevasta lääkelistasta.

Molemmat haastatellut ryhmät kokevat raportin antajalla ja saajalla olevan vaikutusta raportin sisältöön. Raportin antaminen ja vastaanottaminen on persoonakohtaista. Osa henkilöistä kyselee toisia enemmän ja osa kertoo tietoja laajemmin. Uuden työntekijän tai sijaisen raportointiin saattaa jäädä pieniä aukkoja kokemuksen puutteesta johtuen, jolloin asioita joutuu tarkentamaan ja ky-

symään lisätietoja. Uudelle työntekijälle eivät välttämättä ole alueen hoitolaitokset tuttuja, jolloin pelkkä hoitolaitoksen nimi ei kerro raportin vastaanottajalle mitään. Tällöin joudutaan kertomaan lisätietoja siitä, minkälaisesta paikasta potilas on tulossa. Toisaalta uudet ja harvemmin työskentelevät henkilöt keskittyvät raportointiin paremmin, koska tilanne ei ole tuttu.

Vaikka raportin saaja olisi tuttu työn ulkopuolelta, raportointitilanne pyritään pitämään ammatillisena, keskittyen potilaaseen. Mikäli raportin vastaanottaja tai antaja on työn kautta tuttu henkilö, ei sitä koeta häiritseväksi tekijänä. On esimerkiksi opittu, että henkilön raportit ovat tasalaatuisia tai että raportin vastaanottaja haluaa tietää tavallista enemmän potilaasta.

Jos raportin vastaanottaja on vieras raportin antajalle, pyritään asioita varmistamaan. Vieraalle ihmiselle puhutaan enemmän ja halutaan varmistua siitä, että tieto varmasti ymmärretään.

6.2 Raportoinnin vaikutus potilasturvallisuuteen

Potilasturvallisuuden kannalta raportointi ja erityisesti se, että raportin vastaanottaja tietää kenestä raportti annetaan, koettiin tärkeäksi. Vaikka yleensä potilaan henkilöllisyys varmistetaan, toivat ensihoitajat esiin, että tämä ei aina täysin toteudu. Päivystyksen työntekijät korostivat myös lääketurvallisuutta. Raportoinnilla varmistetaan, mitä lääkkeitä on jo annettu potilaalle, ja näin vältetään virheellinen yllilääkitseminen. Myös tieto otetuista kotilääkkeistä kiinnostaa päivystyksen hoitajia. Raportin tietoja pidettiin potilasturvallisuuden kannalta tärkeinä myös siksi, että tiedetään mitä potilaasta on jo tutkittu ja miten potilasta on hoidettu.

Se on kyl suhteellisen tärkeätä ja erittäin tärkeätä, että se hoitaja jollain tapaa tietää kenet myö tuuaa.

Ensihoitajat tuntevat ISBAR -käsitteen. ISBARin käyttöä ei raportointitilanteessa mietitä, mutta raportin koetaan sujuvan luonnostaan opitun mallin mukaan, joka on ISBARin mukainen. Kaavan koetaan mukautuvan tilanteesta ja potilaasta riippuen. Tärkeimpänä pidetään raportin luontevuutta ja selkeyttä, eikä tietoja toisteta joka potilaan kohdalla saman jäykän kaavan mukaan.

Kahdelle päivystyksen hoitajista ISBAR ei ollut ollenkaan tuttu. Yksi oli kuullut käsitteen ja tiesi, että se liittyy raportointiin, mutta ei osannut avata käsitettä. Hoitajat raportoivat oman opitun kaavan mukaan perustamatta sitä ISBARIin.

Raportoinnin koetaan olevan kahdensuuntaista. Vaikka tietoja raportoinnissa harvemmin toistetaan, epäselviksi jääneistä asioista esitetään kysymyksiä. Raporttiin osallistuvat henkilöt kommunikoivat keskenään ja pyrkivät pitämään raportointilanteen rentona ja avoimena, syyttelemättä ketään. Hoitajat tuovat esiin, että liiallinen rentous raportointitilanteessa voi olla haitallista. Raportin sisällöstä osa voi mennä ohi, jos ei keskitytä oleelliseen.

Ensihoitajat kokevat tilannekuvan välittämisen raportoinnissa vaikeaksi. Tilannekuvaa ei voi aina saada täysin todenmukaiseksi, jos raportin vastaanottaja ei ole ollut vastaavanlaisessa tilanteessa. Yksinkertainenkin tieto saattaa helposti muuttua, ja siksi pidetään hyvänä asiana, että annetun suullisen raportin lisäksi on kirjallinen raportti sekä toinen paikalla ollut henkilö, joka voi tarvittaessa täydentää raporttia. Päivystyksen henkilökunta kokee tilannekuvan välittyvän todenmukaisesti, etenkin jos se raportissa tuodaan hyvin esille. Jos raportin aikana saatu kuva tilanteesta on ”välinpitämätön” tai ”vähättelevä” se välittyy helposti eteenpäin.

Kylhän siin ehkä tulee vähä semmonen et sie luot sen kuvan nii kyl se välittyy vastaanottajalle et ”tuo on nyt semmonen ja näin” nii kylhä siulle jää itekki vähä semmonen fiilis et ei sitä tarvi ottaa nii vakavasti

6.3 Raportointitilanne

Päivystyksessä ei ole nimettyä hoitajaa ensihoitajien raportin vastaanottamiseen. Raportin vastaanottaa joku vuorossa olevista hoitajista. Kiiretilanteissa ensihoitajat saattavat joutua odottamaan vapautuvaa hoitajaa, jotta pääsevät antamaan raportin. Esimerkiksi iltaisin päivystyksessä työskentelee kerrallaan kaksi hoitajaa, eikä ole mahdollista, että toinen keskittyisi pelkästään ambulanssilla saapuviin potilaisiin. Ongelmaksi koetaan resurssien puute.

Kun raportoinnille on löytynyt vastaanottaja ja oikea paikka, raportti keskitytään kuuntelemaan ja tilanteeseen pysähdytään. Keskeneräiset työt kyetään unohtamaan raportoinnin ajaksi. Lääkärin läsnäolo raportointitilanteessa on vaihtelevaa. Mikäli lääkäri on paikalla alusta asti, raportointia ei jouduta toistamaan. Jos lääkäri ei ole samaan aikaan paikalla kuin hoitaja, saatetaan raportointia joutua toistamaan.

Sekä päivystyksen hoitajat että ensihoitajat kokevat raportointitilanteessa ongelmiksi sopivan raportointitilan puutteen, yksityisyyden puutteen sekä resurssien vähyyden. Erillistä tilaa raportin antamiselle ei ole. Tämä johtaa tilanteisiin, joissa raportti annetaan vaihtelevissa paikoissa ja ilman vaadittavaa yksityisyyttä. Paikalla saattaa olla omaisia ja muita potilaita, jotka kuulevat raportin sisältöä. Tilanpuutteesta johtuen meteli ja rauhottomuus häiritsevät raportointitilannetta, erityisesti kiireaikaan. Resurssien vähyys aiheuttaa toisinaan ensihoitajille odottelua. Tämä häiritsee, mutta tilanne ymmärretään, koska henkilökuntaa ei ole enempää töissä.

Vuoronvaihdot koetaan haasteellisiksi, jos potilaan luovutus siirtyy seuraavan vuoron hoitajan tehtäväksi. Luovuttava ja raportoiva hoitaja ei ole hoitanut potilasta ja perehtyminen potilaan tietoihin on vaillinaista. Tällöin potilaan tietoja käydään läpi yhdessä, ja mikäli tulee jotain kysyttävää, asiat selvitetään ennen lähtöä.

Kiireellisen potilaan ollessa kyseessä raportointi annetaan samalla, kun potilasta siirretään ja hoidetaan. Ensihoitajat jäävät tarvittaessa auttamaan potilaan hoidossa hetkeksi aikaa, esimerkiksi kiinnittämään seurantalaitteita. Potilasta ei välttämättä siirretä paareilta, jos potilaan vointi on sellainen, että tarvitaan siirtokuljetus keskussairaalaan esimerkiksi iltaisin, jolloin laboratorio- ja röntgenpalveluita ei ole käytettävissä.

7 Pohdinta ja yhteenveto

Opinnäytetyössä oli tavoitteena tutkia ensihoitajien antaman raportoinnin toteutumista Imatran Honkaharjun sairaalan päivystyksessä. Opinnäytetyön avulla haluttiin saada kuva siitä, millaista ensihoitajien antama raportointi on, minkälai-

nen itse raportointitilanne on sekä miten päivystyksen hoitajat kokevat raportoinnin toteutuvan.

Kaikki haastateltavat kokivat raportoinnin pääsääntöisesti sujuvan hyvin. Vastusten perusteella koetaan, että raportissa saadaan tarvittavat tiedot, raportointi on kahdensuuntaista ja raportointia keskitytään kuuntelemaan ja antamaan. Ongelmiksi sekä ensihoitajat että päivystyksen sairaanhoitajat nostivat raportointiin sopivan tilan puutteen, vuoronvaihtoihin liittyvän tiedonkulun katkeamisen sekä kiireen aiheuttamat häiriötekijät.

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyössä esiin nousi asioita, jotka eivät suoraan liittyneet raportointitilanteessa mukana oleviin ihmisiin, vaan esimerkiksi tilojen puutteeseen ja teknisiin asioihin. Tilojen ja yksityisyyden puute tiedostettiin hyvin, eikä sen annettu häiritä raportointitilannetta. Raportointitilanteen parantamiseksi käytettiin niitä keinoja mitä voitiin, yksityisyyden suojaamiseksi esimerkiksi tietoja voitiin näyttää ensihoitokaavakkeesta tai puhuttiin hiljaisemmalla äänellä.

Raportointitilanne tulisi voida rauhoittaa mahdollisimman hyvin. Rauhattomassa tilanteessa keskittyminen häiriintyy ja joitain asioita voi jäädä kuulematta ja huomioimatta. Aiemmissa tutkimuksissa, esimerkiksi Owen ym. (2009), samanaikainen tekeminen ja raportin kuuntelu on havaittu ongelmalliseksi. Opinnäytetyössä ilmeni, että raportointitilanne on haastava rauhoittaa johtuen tiloista ja muista potilaista sekä henkilöstöstä ja omaisista. Haastatteluissa toivottiin erillistä tilaa raportointiin. Vanhojen rakenteiden muokkaaminen ja uudistaminen voi olla taloudellisesti mahdotonta, joten raportointitilannetta tulee pyrkiä rauhoittamaan muilla keinoin. Raportointiin tulee pysähtyä ja unohtaa muu tekeminen sen ajaksi. Raportointitilanteen rauhoittaminen on raportin antajan ja kuulijan yhteinen vastuu. Uusia sairaalarakennuksia suunniteltaessa olisi hyvä miettiä päivystyspoliklinikoiden tilaratkaisuja myös potilasturvallisuuden ja raportoinnin kannalta. Erillinen potilaan luovutustila palvelisi sekä potilasta että vastaanottavaa hoitohenkilökuntaa. Tällaiseen tilaan ei olisi ulkopuolisilla pääsyä, jolloin potilaan yksityisyys olisi turvattu.

Ensihoitajat tiedostivat ja ymmärsivät resurssien vähyyden päivystyksessä, varsinkin kiireaikoina. Ajoittaista odottelua päivystyksessä ei koettu ongelmana, vaikka se välillä häiritsikin. Ensihoitajat ymmärsivät, että tämä ei johdu päivystyksen hoitajista, eikä heitä syyllistetty asiasta.

Kommunikointiin liittyvät ongelmat myötävaikuttavat suureen osaan terveydenhuollon haittatapahtumista (Nummelin 2013). Haastateltavat pitivät raportointia potilasturvallisuuden kannalta hyvin merkittävänä asiana. Erityisesti tuotiin esiin potilaan henkilöllisyyden varmistaminen ja tieto annetuista lääkkeistä. Yleensä potilaan henkilöllisyys käytiin varmistamassa, mutta ensihoitajat toivat esiin poikkeuksiakin olevan. Hyvällä kommunikoinnilla ja raportilla varmistetaan, ettei potilas saa ylimääräisiä lääkkeitä sekä varmistetaan potilaan henkilöllisyydestä ja tehdyistä hoitotoimenpiteistä. Huolehtimalla siitä, että raportointi annetaan potilaan vierellä, parannetaan potilasturvallisuutta.

Ensihoidossa tai päivystyksessä ei tiedostaen käytetty ISBARin mukaista raportointia. Ensihoitajat kokivat raportointinsa kuitenkin toteutuvan sen mukaisesti, vaikka eivät tietoisesti sitä käyttäneet. Päivystyksen työntekijöille käsite ei ollut niin tuttu. Yleensä raportointiin oman opitun kaavan mukaan, mikä ei välttämättä ollut ISBARin mukainen. Vaikka ISBARin käytön puutetta ei pidetty ongelmana, yhdenmukaistaisi ja selkeyttäisi sen käyttöönotto raportointia. Tällöin kaava raportin antajan ja vastaanottajan välillä olisi selvä ja molemmat tietäisivät, miten raportointi etenee. Maailman terveysjärjestö WHO suosittaa strukturoitua raportointimallia terveydenhuoltoon (WHO 2007). ISBAR on helppo työväline raportointiin ja sen käyttöönotto on helppoa. Lisäksi ISBAR lisää kriittisen ajattelun taitoja ja rohkaisee tekemään toimintaehdotuksia (Suomen Sairaanhoidajaliitto Ry 2013). Päivystyksen hoitajien mielestä hyvä raportti on ennalta mietitty, selkeä ja sisältää kaiken oleellisen tiedon. ISBAR- raportointimallia käytettäessä nämä asiat toteutuisivat.

Mikkonen (2014) ehdottaa tutkimuksessaan ISBAR- raportoinnin loppuun lisättäväksi selkeän ääneen lausutun kommentin hoitovastuun siirtymisestä. Opinnäytetyössä hoitovastuun siirtymiseen liittyvää problematiikkaa ei selvitetty. Kuitenkin opinnäytetyössä ilmeni ensihoitajien tarvittaessa jäävän auttamaan potilaan hoidossa, joten voidaan päätellä hoitovastuun siirtymisen ajankohdan ole-

van osittain liukuva/epäselvä myös Honkaharjun sairaalassa. Mikäli hoitovastuun siirtymisestä nyt kysyttäisiin henkilöstöltä, saattaisi vastauksissa olla isoja eroja. Mikkosen (2014) tutkimuksessa hoitovastuun on esitetty henkilöstä riippuen siirtyvän esimerkiksi, kun potilas siirtyy paareilta sairaalan sänkyyn, raportin antamisen jälkeen tai siinä vaiheessa kun ensihoitohenkilöstö poistuu paikalta. Hoitovastuun siirtymisen selkeä ilmaiseminen järkeistäisi toimintaa etenkin tilanteissa, joissa potilaan vointi äkisti heikkenee ja tarvitaan nopeita hoitotoimenpiteitä. Toki tällaisessa tilanteessa potilasta todennäköisesti hoidettaisiin yhteistyössä ensihoitajien ja päivystyksen työntekijöiden kesken, mutta selkeä hoitovastuun siirtymisen raja auttaisi työntekijöitä hahmottamaan tilanteen ja tekisi johtosuhteista helpompia.

Päivystyksessä yhdeksi ongelmaksi koettiin vuoronvaihtojen aikana tapahtuva potilaan luovutus. Vaikka tilanne, jossa jouduttiin luovuttamaan potilas, jonka hoitoon ei ollut osallistuttu, koettiin vaikeaksi, potilasta ei kuitenkaan lähdetty siirtämään vaillinaisin tiedoin. Potilaan tiedot käytiin läpi ja epäselvät asiat selvitettiin yhdessä. Potilasturvallisuus huomioitiin mahdollisimman hyvin myös vuoronvaihtoihin sattuvissa potilaan luovutustilanteissa.

Raportointitilanne on haastateltavien mielestä avoin ja siihen ollaan motivoituneita. Raportoinnissa keskitytään potilaan asioihin ja esitetään tarvittaessa puolin ja toisin kysymyksiä eli raportointi on kahdensuuntaista. Raportin antajan ikä tai työkokemus ei opinnäytetyön perusteella kerro siitä, minkälainen annettu raportti on. Raportin antamiseen vaikutti enemmän antajan persoona.

Haastatteluissa tuli ilmi myös asenteiden siirtyminen raportin aikana. Raportin antajalta saatu ”vähättelevä” tai ”välipitämätön” asenne siirtyi helposti vastaanottajalle. Ensihoitajan huoleton suhtautuminen potilaan vointiin voi siirtyesään hidastaa potilaan saamaa hoitoa tai huonontaa sitä. Tämä voi vaarantaa potilasturvallisuutta myöhemmin hoitoketjussa ja hyvin merkittävä havainto. Opinnäytetyössä jäi selvittämättä, millaisia ovat potilastapaukset, joissa vähättelelyä esiintyy. Vähättelevää asennetta todennäköisesti esiintyy potilaiden, jotka ovat päihteen suurkuluttajia, kohdalla. Ennakkoasenteet voivat vaikuttaa potilaan hoitoon myös silloin, kun kyseessä on hoitopalveluita useasti ”aiheetta” käyttävä henkilö. Oikeasti hoitoa vaativassa tilanteessa potilaan oireita voidaan

vähätellä ja kertomaa on hankalampi uskoa edellisten aiheettomien käyntien takia.

7.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimusjoukko oli pieni: ensihoitajia haastateltiin neljä ja päivystyksen sairaanhoitajia kolme. Koska kyseessä oli laadullinen opinnäytetyö, ei tuloksia voi yleistää koskemaan muita kuin Honkaharjun sairaalaa. Opinnäytetyön avulla saatiin nykykuva päivystyksen ja ensihoidon välisestä potilasluovutustilanteesta opinnäytetyön kohteena olleessa yksikössä. Tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset. Ensihoitajien antama raportointi koettiin hyväksi, ajoittain jopa erittäin tasa-laatuiseksi. Raportoinnissa on persoonakohtaisia eroja, mutta sisällöltään raportointiin oltiin tyytyväisiä. Ensihoitajien tuottamaa tietoa potilaan kotioloista arvoستettiin. Raportointi ymmärrettiin tärkeänä osana potilasturvallisuutta ja hyvää potilaan hoitoa. Raportointitilanteeseen loivat ongelmia lähinnä tilanpuute ja kiire.

Haastattelumuotona ryhmähaastattelu oli hyvä. Ryhmähaastattelun edut toteutuivat eli haastateltavat täydensivät toisiaan ja haettuihin kysymyksiin löytyi laajempia vastauksia. Ryhmähaastattelu oli myös aikaa säästävää verrattuna siihen, että jokainen hoitaja olisi haastateltu henkilökohtaisesti. Haastavaksi joissakin haastattelukysymyksissä osoittautuivat tiedostamattomat erot käsityksessä haastateltavien ja haastattelijoiden välillä siitä, puhutaanko kysymyksessä kirjallisesta vai suullisesta raportoinnista. Jälkeenpäin tarkasteltuna jokaisen haastattelukysymyksen yhteydessä olisi pitänyt tarkentaa selkeästi kumpaa raporttia juuri tällä kysymyksellä tarkoitetaan.

Teemahaastattelu sopi opinnäytetyöhön hyvin. Avoin haastattelu olisi saattanut tuottaa eri ammattiryhmiä haastateltaessa liian erilaiset vastaukset, jolloin niiden vertailu olisi ollut vaikeaa. Strukturoitua haastattelua ei haluttu käyttää, koska se ei anna mahdollisuutta keskustelulle ja uusien näkökulmien kehittelylle. Teemahaastattelu mahdollisti hyvin vapaamman keskustelun aiheista, kuitenkin niin että vastausten keskinäinen vertailtavuus säilyi.

Jatkossa voisi olla hyvä järjestää ISBAR -mallin mukaisesta raportoinnista koulutusta Honkaharjun sairaalan päivystyksen työntekijöille ja tutkia sen vaikutusta

raportointiin. Jatkotutkimuksena vastaavan tutkimuksen voisi toteuttaa isom-
massa sairaalassa. Tällöin tutkimusjoukko saataisiin suuremmaksi ja potilaiden
sairaudet ja vammat olisivat laajempia ja erilaisia. Aihetta tutkittaessa voisi hyö-
dyntää myös ulkopuolista havainnointia. Tällöin saataisiin kuva siitä, vastaavat-
ko raportojien omat kokemukset raportointitilanteesta ulkopuolisen havainnoitsi-
jan tekemiä havaintoja. Mielenkiintoista olisi myös tietää, miten paljon kommu-
nikointiin liittyviä haittatapahtumia jätetään raportoimatta kommunikoinnin on-
gelmien ollessa kuitenkin yksi suurimmista haittatapahtumiin vaikuttavista teki-
jöistä.

Kuvat ja taulukot

Kuva 1. Opinnäyteraportin sisältö, s. 6

Kuva 2. ISBAR, s. 10

Taulukko 1. Sisällön analyysi, s. 24

Lähteet

Alavahtola, P. & Palviainen, J-E. 2014. Vaaratapahtumia raportoimalla kohti parempaa ensihoidon potilasturvallisuutta. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Saimaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/70725/Alavahtola_Petteri%20ja%20Palviainen_Jan-Erik.pdf.pdf?sequence=1. Luettu 30.03.2015

Bost, N., Crilly, J., Patterson, E. & Chaboyer, W. 2011. Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: A qualitative study *International Emergency Nursing*. 20 (3), 133-141.

Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P., Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. 4. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino: Keuruu.

CGI Suomi Oy 2014. Merlot Medi-Ensihoidon sähköinen johtamis- ja raportointijärjestelmä. <http://www.cgi.fi/tuoteratkaisut/merlot-medi>. Luettu 11.2.2015.

Eksote 2014a. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimisto. <http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/Sivut/default.aspx>. Luettu 3.12. 2014

Eksote.2014b. Terveystoiminnan järjestämissuunnitelma. <http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/Hallinto/raportit/Documents/Terveystoiminnan%20j%C3%A4rjest%C3%A4missuunnitelma.pdf>. Luettu 3.12.2014

Eronen, I. 2009. Ensihoitokertomuksen käytettävyys, päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajien näkökulma. Kuopion Yliopisto. Terveystoiminnan ja -talouden laitos. Pro gradu –tutkielma. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20090081/urn_nbn_fi_uef-20090081.pdf. Luettu 13.12.2014

Evans, S., Murray, A., Patrick, I., Fitzgerald, M., Smith, S., Andrianopoulos, N., Cameron, P. 2009. Assessing clinical handover between paramedics and the trauma team. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002013830900357X>. Luettu 7.2.2014.

FinnHems 2015. Tutkimus ja kehityspalvelut: Potilaan toimintakyvyn arviointi ensihoidossa. <http://www.finnhems.fi/2015/01/29/tutkimus-ja-kehityspalvelut-potilaan-toimintakyvyn-arviointi-ensihoidossa/>. Luettu 27.3.2015

Flin, R., Patey, R., Glavin, R. ja Maran, N. 2010. Anaesthetists' non-technical skills. *British Journals of Anaesthesia*. 105 (1), 38-44.

Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Helovuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K., Pennanen, P. 2011 Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Imatran kaupunki 2014. <http://kanava.etela-karjala.fi/Kiinteasivu.asp?KiinteasivuID=17229&NakymaID=213>. Luettu 25.03.2015.

Kemper, P., Dyck, C., Wagner, C. & Bruijne, M. 2014. Implementation of Crew Resource Management: A Qualitative Study in 3 Intensive Care Units. *Journal Patient Safety*.

Kemppainen, M. 2013. Potilaan vastaanottaminen päivystyksessä. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T. *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 92-101.

Komi, M. & Tapanainen, M. 2009. Hoitotyön suulliset raportointikäytännöt keuhkosairauksien sekä yleiskirurgian ja traumatologian vuodeosastoilla Seinäjoen keskussairaalaassa. *Ylempi AMK- opinnäytetyö*. Vaasan ammattikorkeakoulu. Terveysala. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6109/tapanainen_marja.pdf?sequence=4. Luettu 30.3.2015.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994).

Martikainen, M. 2013. Toimintaohje ennakkoilmoituksen tekemisestä vastaanotettavaan sairaalaan. Teoksessa Silfvast, T., Castrén, M., Kurola, J., Lund, V., Martikainen, M. *Ensihoito-opas*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 367.

Mikkonen, S. 2014. Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu – tutkielma. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96030/GRADU-1409307065.pdf?sequence=1>. Luettu 9.2.2015

Määttä, T. 2013. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T. *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 14-30.

Nummelin, M. 2013. Ensihoidon ja päivystyksen välinen suullinen raportointi-raportoinnin tarkistuslistan pilotointi. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. <http://www.vsshp.fi/fi/5485/59353/>. Luettu 18.10.2013.

Nyström, P. 2013. CRM ja ei-tekniset taidot ensihoidossa. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T. *Ensihoito*. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 101-107.

Owen, C., Hemmings, L., Brown, T. 2009. Lost in translation: Maximizing hand-over effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. 21 (2), 102-107.

Suomen potilasturvallisuusyhdistys ry. 2013. Ammattilaisille.
<http://www.potilasturvallisuusyhdistys.fi/ammattilaiset.aspx>. Luettu 23.01.2015

Suomen Sairaanhoidajaliitto ry. 2013. Potilasturvallisuus.
http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyon/hoitotyon_kehittaminen/potilasturvallisuus/. Luettu 10.12.2013

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-15434.pdf. Luettu 23.01.2015

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä. Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882186&name=DLFE-30728.pdf Luettu 9.2.2015

Sujan, M., Surgeon, P., Inada-Kim, M., Rudd, M., Fitton, L., Horniblow, S., Cross, S., Chessum, P., W Cooke, M. 2014. Clinical handover within the emergency care pathway and the potential risks of clinical handover failure (ECHO): primary research. *Health Services and Delivery Research*, No. 2.5. Southampton (UK): NIHR Journals Library.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Potilasturvallisuusopas. Tampere:Tampereen Yliopistopaino Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a. Mitä on potilasturvallisuus.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus. Luettu 10.12.2013

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013b. Vaaratapahtumat.
<http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus/potilasturvallisuuden-vaaratilanteet>. Luettu 02.02.2015.

Thompson, J., Collett, L., Langbart, M., Purcell, N., Boyd, S., Yuminaga, Y., Ossolinski, G., Susanto, C. & McCormack, A. 2011. Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: a study in an Australian tertiary hospital. *Postgraduate Medical Journal*. 87 (1027), 340-344.

Turunen, E. 2012. Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121048/urn_nbn_fi_uef-20121048.pdf. Luettu 7.4.2015.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje.

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut. Luettu 12.2.2014.

University of Aberdeen 2012. Anaesthetists' Non-Technical Skills (ANTS) System Handbook v1.0. Framework for Observing and Rating Anaesthetists' Non-Technical Skills.

<http://www.abdn.ac.uk/iprc/uploads/files/ANTS%20Handbook%202012.pdf>.
Luettu 26.3.2015

Valvira 2015. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Ohjaus ja valvonta. Potilasasiakirjat.

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat. Luettu 30.03.2015.

WHO 2007. Communication during patient hand-overs. Patient Safety Solutions, volume 1, solution 3.

<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>. Luettu 18.10.2013.

Sosiaali- ja terveysala

Hyvä vastaanottaja!

Olemme Saimaan ammattikorkeakoulun ensihoidon opiskelijoita ja teemme opinnäytetyönämme tutkimusta raportoinnista ensihoidon ja päivystyksen välisessä potilasluovutustilanteessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää raportoinnin toteutumista potilasluovutus-tilanteessa.

Tutkimus toteutetaan erillisinä pienryhmähaastatteluina ensihoitajille ja päivystyksen sairaanhoitajille. Haastattelut toteutetaan joulukuun 2014 aikana. Haastattelut nauhoitetaan ja saatu aineisto säilytetään tutkimuksen teon ajan tutkimuksen tekijöiden hallussa. Aineistoon ei pääse tutustumaan kukaan ulkopuolinen. Aineisto hävitetään välittömästi opinnäytetyöraportin valmistuttua. Haastatteluun osallistuvien henkilöiden nimiä ei mainita opinnäytetyössä. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja sen keskeyttäminen missä vaiheessa tahansa mahdollista. Haastattelu kestää arviolta noin yhden tunnin.

Aihe on potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeä ja toivomme teidän voivan osallistua tutkimukseen. Vastaamme mielellään lisäkysymyksiin.

Terveisin,

Juho Kimmo

juho.kimmo@student.saimia.fi

Pilvi Leikas

pilvi.leikas@student.saimia.fi

Sosiaali- ja terveysala

Raportointi ensihoidon ja päivystyksen välisessä potilasluovutustilanteessa.

1. Raportointitilanne:

- Millainen raportointitilanne on?
- Missä raportti annetaan?
- Kenelle raportti annetaan?
- Mitä hyviä asioita raportointitilanteessa on?
- Mitä kehitettäviä asioita raportointitilanteessa on?
- Vaikuttaako potilaan kiireellisyys raportointitilanteeseen?

2. Raportin sisältö:

- Mitä tietoja raportissa annatte/saatte?
- Mitä tietoja haluaisitte?
- Minkälainen on hyvä raportti? Toteutuuko se?
- Mikä on raportoinnin merkitys potilasturvallisuudelle?
- Tiedättekö, mikä on ISBAR? Käytättekö sitä raportoinnissa?
- Onko raportointi kahdensuuntaista?
- Huomaatteko saamissanne raporteissa eroja?
- Onko raportin antajalla/vastaanottajalla vaikutusta raportin sisältöön?
- Koetteko, että raportoinnissa luomanne kuva tapahtuneesta välittyy vastaanottavalle hoitohenkilökunnalle todenmukaisena?/ Koetteko, että saatte todenmukaisen kuvan tapahtuneesta raportoinnin perusteella?

Kela

Palvelujen tuottaja ja Y-tunnus

Selvitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta

OSA 1

Henkilötunnus		Matkapäivä		Yksikkö	Kulj. juoks.nro										
Tilaaaja <input type="checkbox"/> hätäkeskus <input type="checkbox"/> muu, mikä?	Lähtöpaikka <input type="checkbox"/> asema <input type="checkbox"/> muu, mikä?	Tehtäväosoite <input type="checkbox"/> = kotiosoite	<input type="checkbox"/> Jatkokuljetus		Tehtäväkoodi										
Puhelu alkoi klo	Potilaan nimi				Kuljetus-/X-koodi										
Tehtävä alkoi				Potilas on lisäpaikalla <input type="checkbox"/> paarella <input type="checkbox"/> istuvana	Ajokm yhteensä										
Kohteessa	Kotiosoite (lähiosoite ja postitoimipaikka)	Kotikunta		<input type="checkbox"/> Ulkomaalainen / lomake liitteenä											
Potilaan luona		Vilite-numero													
Kuljetus alkoi	Matkan aihe	Ei Kelan korvattava <input type="checkbox"/> Laitoshoito-/sairaalapotilas <input type="checkbox"/> Muu <input type="checkbox"/>		Lähtömaksu -20 km	Euroa										
Potilas luovutettu	Sairaus tai raskaus <input type="checkbox"/> Liikennevahinko *) Rekisterinro	Mistä laskutettava?		Laskutettavat lisäkilometrit km											
Tehtävä päättyi	Työtapaturma *) <input type="checkbox"/> Vakuutusyhtiön nimi			2. sairaankuljettaja min											
Tapahtumatiedot. Pääasiallinen syy (oire tai kohtaus, vammautumistapa; milloin alkoi tai sattui), silmännäkijän yhteystiedot				Yhteensä											
				Omavastuu											
				Kelalta laskutetaan											
EVY kohteessa klo															
Tila tavattaessa (oire, vamman löydökset)															
MITÄTÖN															
Sairaudet, nyky lääkitys, lääkeaineallergiat, aikaisemmat sairaalahoidot															
SEURANTA KLO	VERENPAINE	SYKE-TAAJUUS	RYTMI	HENGITYS-TAAJUUS	HENGITYS-AÄNET	PEF	ETCO ₂	SpO ₂	TAJUNTA (GCS) Silmät	Puhe	Liike	KIPU 0-10	B-gluk	ALKO-METRI	LÄMPÖTILA, mistä
Tavattaessa A															
B															
C															
Potilas luov. D															
Hoito (toimenpiteet, lääkitys) ja hoidon vaste. <input type="checkbox"/> Lääkärinä konsultoitu <input type="checkbox"/> Lääkäri kohteessa. Lääkärin nimi ja toimipaikka. Annetut hoito-ohjeet															
Hoidosta / kuljetuksesta kieltäytyjän allekirjoitus <input type="checkbox"/> Lomakkeen tiedot jatkuvat eri paperilla															
Hoitoa antaneen allekirjoitus ja nro <input type="checkbox"/> Muun henkilöstön nrot <input type="checkbox"/> Lähiomaisen nimi ja puhelinnumero <input type="checkbox"/> Saattaja mukana															
TERVEYDENHOITO-LAITOKSEN TODISTUS															
Vakuutan edellä olevan selvityksen perusteella, että potilaan terveydentila <input type="checkbox"/> edellyttää <input type="checkbox"/> ei edellytä kuljetusta ambulanssilla.										Potilaan vastaanottaneen henkilön allekirjoitus, nimen selvennys ja virka-asema					
Potilaan vastaanottaneen hoitolaitoksen nimi ja leima															

SV 210 04.07

HOITOLAITOKSELLE; liitetään sairauskertomukseen / POTILAALLE; jos ei kuljetusta