



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Joonas Alén

POTILAAN LUOVUTUSPROSESSIN
TIEDONSIIRRON TOTEUTUMISEN
VAIKUTUS POTILASTURVALLISUU-
TEEN

Hoitajien näkemys

Sosiaali- ja terveysala
2020

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Joonas Alén
Opinnäytetyön nimi	Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron toteutumisen vaikutus potilasturvallisuuteen, hoitajien näkemys
Vuosi	2020
Kieli	suomi
Sivumäärä	81 + 3 liitettä
Ohjaaja	Eila Rasivirta ja Marita Salmu

”Potilaan luovutusprosessi alkaa ensihoitopalvelun ensikontaktista päivystyspoliklinikalle ja päättyy hoitovastuun siirtymiseen ensihoitopalvelulta päivystyspoliklinikalle” (Mikkonen 2014, 5). Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirrossa on todettu olevan viitteitä ongelmista Suomessa. Keskeiseksi nousee potilaan hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden näkökulmasta tiedonsiirron onnistuminen luovutusprosessin aikana.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena ja yhtenä tavoitteena oli kuvata miten potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron toteutuminen Pohjanmaan keskisen alueen pelastuslaitoksen ensihoitopalvelun ja Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikan välillä vaikuttaa potilasturvallisuuteen hoitajien näkemyksenä. Tutkimuksen tavoitteena oli myös saada tietoa mitä ja miten paljon strukturoitua raportointimallia käytetään hoitajien mielestä, ja millainen osuus on ISBAR-raportointimallilla, ja miten nämä vaikuttavat potilasturvallisuuteen kohdeorganisaatioissa. Lisäksi tarkoituksena oli tarkastella, miten luovutusprosessin tiedonsiirtoa voitaisiin kehittää hoitajien mielestä ja siten parantaa potilasturvallisuutta kohdeorganisaatioissa.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena, sähköisenä kyselylomakkeena e-lomake ohjelman avulla. Kyselylomakkeen pohjana hyödynnettiin Mikkosen (2014) pro-gradu tutkimuksen kyselylomakkeen osaa, jota lisäksi esimerkiksi muokattiin kohde organisaatioiden toiveiden mukaiseksi. Tähän kokonaistutkimukseen vastasi 14 Pohjanmaan keskisen alueen ensihoitajaa ja 12 Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikan hoitajaa, vastausprosentin ollessa 24,8 %. Analysoinnissa on käytetty tilastollisena menetelmänä SPSS-tilasto-ohjelmaa ja laadullisena menetelmänä on käytetty induktiivista sisällönanalyysia.

Tutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa on havaittavissa, että useimmissa luovutusprosessin tiedonsiirron osa-alueissa on ongelmakohtia. Lisäksi samat ongelma-kohtat on löydettävissä Mikkosen (2014) tekemässä tutkimuksessa. Tulokset viittaavat, että strukturoitukuraportointimalli tulisi ottaa käyttöön paremmin, esimerkiksi kohdeorganisaatioissa hyvin tunnettu ISBAR-raportointimalli. Tulokset vahvasti viittaavat, että potilaan luovutusprosessia ja sen eri osa-alueita tulee tulevaisuudessa tutkia lisää Suomessa, ja etenkin potilaanluovutusprosessille tulisi laatia yhteiset toimintatavat.

Avainsanat Vaasan keskussairaala päivystyspoliklinikka, potilasturvallisuus, luovutusprosessin tiedonsiirto, Pohjanmaa keskisen alueen ensihoito, ISBAR

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyö

ABSTRACT

Author Joonas Alén
Title The Effect of Transfer of Information in Patient Handover on Patient Safety, Nurses' View
Year 2020
Language Finnish
Pages 69 + 6 Appendices
Name of Supervisor Eila Rasivirta and Marita Salmu

The Patient handover -process begins when the emergency medical services make their first contact to the emergency department and ends when the responsibility of care from the emergency medical services to the emergency department has been transferred. It has been noticed that there have been some problems connected to the data transfer of patient handover-process. Successful data transfer of handover-process becomes a key issue from the perspective of continuity of care and patient safety.

The purpose and one of the aim of this bachelor's thesis was to describe how nurses see data transfer of the patient handover-process implemented between the emergency medical services in Ostrobothnia and the emergency department in Vaasa Central Hospital and how this affects the patient safety. One of the aims was also to have information on how much structured reporting is used according to the nurses, what the role of ISBAR-reporting model is and how these affect the patient safety in the target organizations. A further purpose was to look at the nurses' development suggestions which could help in improving the patient safety in the target organization.

The research was mainly quantitative and it was carried out with an e-questionnaire. A pro gradu thesis written by Mikkonen (2014) was used when making the questionnaire. The questionnaire was answered by 14 emergency nurses in Ostrobothnia and 12 nurses in the emergency department of Vaasa Central Hospital. The response rate was 24,8%. The material was analysed with SPSS-statistical programme and inductive content analysis method.

When looking at the results, it can be said that there are many problem areas in the patient handover-process. The same problem areas can be found in Mikkonen's (2014) research. The structured reporting model should be used more, eg. the ISBAR-reporting model which is well-known in the organization. The results strongly indicate that the patient handover-process and its different phases should be also studied in Finland in the future and common practices, on how to proceed in patient handover-situation, should be created.

Keywords Vaasa Central Hospital, emergency department, patient safety, data transfer of the handover-process, emergency medical services, ISBAR

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	9
2	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	11
	2.1 Aikaisemmat tutkimukset	11
	2.2 Potilasturvallisuus	11
	2.3 Potilasturvallisuus ja lainsäädäntö	12
	2.4 Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät	13
	2.5 Luovutusprosessi.....	14
	2.6 Potilaan luovutusprosessin hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus.....	16
	2.7 Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron ongelmia ensihoidon ja päivystyksen välillä	17
	2.8 ISBAR-strukturoitu raportointiväline potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron tukena	22
	2.8.1 ISBAR-menetelmä	22
	2.8.2 ISBAR-menetelmän hyöty potilasturvallisuudelle	23
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	25
	3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite.....	25
	3.2 Tutkimusongelmat	25
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	27
	4.1 Kohderyhmä.....	27
	4.2 Kyselylomakkeen laatiminen ja aineistonkeruu	27
	4.3 Aineiston analysointi	29
5	TULOKSET	33
	5.1 Osallistujien taustatiedot.....	33
	5.2 Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron toteutumisen vaikutus potilasturvallisuuteen.....	33
	5.2.1 Toimintaympäristön häiriötekijät.....	33
	5.2.2 Suullinen raportointi	34

5.2.3	Toistuva raportointi.....	36
5.2.4	Hoitohenkilökunnan käytös	37
5.2.5	Ensihoitokertomus	39
5.2.6	Hoidon potilasturvallisuus ja jatkuvuus	41
5.2.7	Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron ja päätoimisen työpaikan yhteyksien tarkastelu.....	42
5.3	Strukturoidun raportointimallin käyttö potilaan luovutusprosessissa.....	45
5.4	Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron kehittäminen	47
6	TULOSTEN TARKASTELU	51
6.1	Johtopäätökset ja kehitysehdotukset.....	51
6.2	Luotettavuus.....	58
6.3	Eettisyys.....	62
6.4	Jatkotutkimukset	64
	LÄHTEET.....	67

LIITTEET

KUVA- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuva 1. Potilasturvallisuus (Kinnunen ja Helevuo 2017).....	12
Kuva 2. ISBAR-tarkistuslista (Valli & Vaula 2018).....	22
Kuva 3. ISBAR-menetelmän hyöty potilasturvallisuudelle (Steward & Hand 2017, 300-303).....	24
Taulukko 1. Toimintaympäristön häiriötekijät	34
Taulukko 2. Suullinen raportointi.....	35
Taulukko 3. Toistuva raportointi	37
Taulukko 4. Hoitohenkilökunnan käytös.....	38
Taulukko 5. Ensihoitokertomus	40
Taulukko 6. Potilasturvallisuuden vaarantuminen	41
Taulukko 7. Hoidon jatkuvuuden vaarantuminen	42
Taulukko 8. Potilaan luovutusprosessin ja päätoimisen työpaikan yhteyksien tarkastelu	43
Taulukko 9. Strukturoitu raportointimalli.....	46
Taulukko 10. Hoitajien käyttämä strukturoitu raportointiväline potilaan luovutusraportoinnissa	47
Taulukko 11. Muita ongelmia potilaan luovutusprosessin tiedonsiirrossa ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välillä.....	48
Taulukko 12. Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välisen toiminnan kehittäminen.....	49

LIITELUETTELO**LIITE 1a.** Saatekirje**LIITE 1b.** Föjebrev**LIITE 2a.** Kyselylomake**LIITE 2b.** Kyselylomake**LIITE 3.** Yhtäläisyydet Mikkosen (2014) tutkimuksen tulosten ja tämän tutkimuksen tulosten välillä**LIITE 4.** Osa-alueiden summanmuuttajat, Kolmogorov-Smirnov testi

1 JOHDANTO

Tämä tutkimus käsittelee Pohjanmaan keskisen alueen pelastuslaitoksen ensihoitopalvelun ja Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikan välistä potilaan luovutusprosessin tiedonsiirtoa hoitajien näkemyksenä ja miten sen toteutuminen vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Lisäksi tarkastellaan mitä ja miten paljon strukturoitua raportointimallia käytetään hoitajien mielestä, ja millainen osuus on ISBAR-raportointimallilla raportointi tilanteessa. Lisäksi tarkastellaan, miten hoitajat kehittelevät potilaan luovutusprosessin tiedonsiirtoa. ”Potilaan luovutusprosessi alkaa ensihoitopalvelun ensikontaktista päivystyspoliklinikalle ja päättyy hoitovastuun siirtymiseen ensihoitopalvelulta päivystyspoliklinikalle” (Mikkonen 2014, 5)

Potilaan hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden näkökulmasta keskeiseksi asiaksi nousee tiedonsiirron onnistuminen luovutusprosessin aikana. Potilaan luovutusprosessissa ja sen tiedonsiirrossa on todettu olevan viitteitä erilaisista ongelmista Suomessa (Mikkonen 2014). Asiaa ei ole kuitenkaan ole tutkittu kovin paljon, vaikka tiedetään että potilaan hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden näkökulmasta keskeiseksi asiaksi nousee tiedonsiirron onnistuminen luovutusprosessin aikana (Mikkonen 2014; Jensen SM, Lippert A & Ostergaard D 2013; Kempainen & Kapanen 2017). Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirrossa on huomattu esimerkiksi olevan puutteita strukturoidun ISBAR raportointimallin käytössä Suomessa (Mikkonen 2014, 42). Keskeinen kehitysehdotus tiedonsiirron laadun parantamiseksi on kuitenkin todettu olevan juuri strukturoitu raportointimallin käyttöönotto. (Mikkonen 2014; Dojmi ym. 2014; Eronen 2009; Jensen ym 2013; Talbot R & Bleetman A. 2007; Iadema R, Ball C, Daly B, Young J, Green T, Middleton PM, Foster-Curry C, Jones M, Hoy S & Comeford D. 2012; Thakore S & Morrison W. 2001.)

Vaasan sairaanhoitopiirin laatu- ja potilasturvallisuuspolitiikkaan (2018) tavoitteena on, ”toiminnan jatkuva kehittäminen ja toiminnan riskien säännöllinen arviointi, jotta estettävissä olevia, hoitoprosessin poikkeamista johtuvia haittoja ei tapahdu yhdelläkään potilaalle.”

Siksi tällä tutkimuksella toivotaan antavan hyödyllistä tietoa tarkastella potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron toteutumista tällä hetkellä hoitajien näkemyksenä ennen kaikkea kohdeorganisaatioissa, ja mahdollisesti sitten auttaa kehittämään ja parantamaan potilasturvallisuutta tältä osin. Hyvä muistaa, että merkittävin haittatapahtumiin vaikuttava tekijä ovat kuitenkin tiedonkulun ongelmat (Kinnunen & Helevuo 2017), joista juuri kommunikaation ongelmat myötävaikuttavat noin 70 prosenttiin terveydenhuollon haittatapahtumista (Sairaanhoitaja 2014).

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

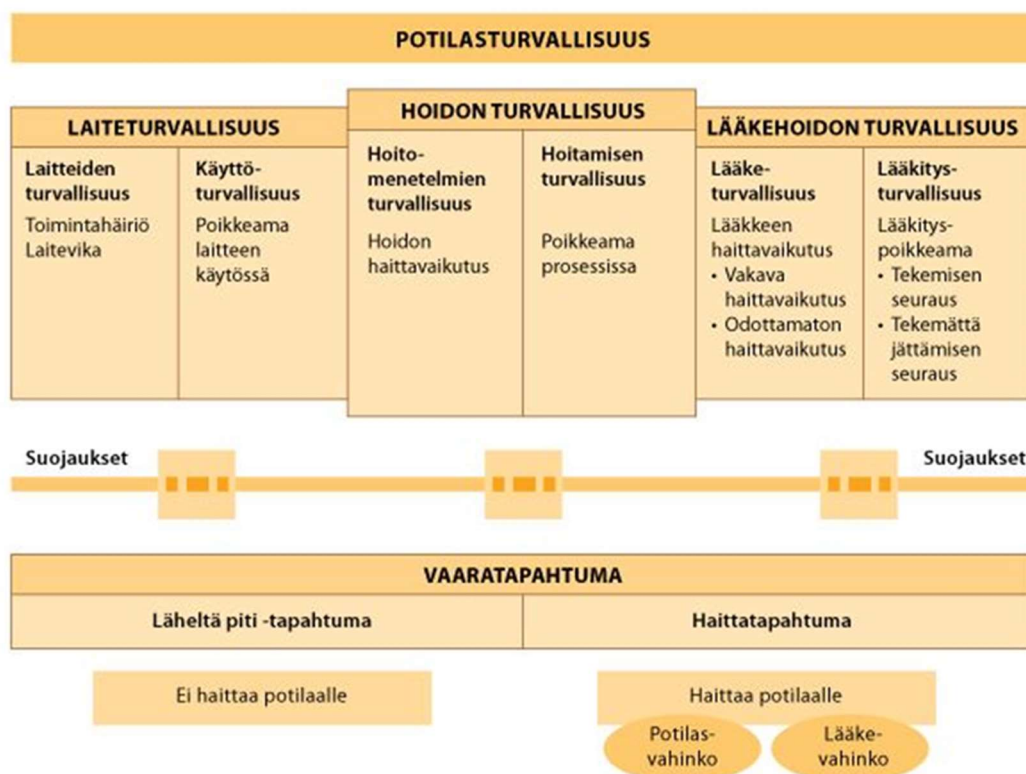
2.1 Aikaisemmat tutkimukset

Aiheesta on etsitty suomen- ja englannin kielen tutkimuksia, tutkimusartikkeleita ja kirjallisuuskatsauksia. Tutkimustietoa aiheesta on haettu Medic-, JBI-, Cinahl-, Terveysportti- ja PubMed -tietokannoista asiasanoilla ambulanssi, dokumentointi, ensihoito, ISBAR, kommunikaatio, luovutus, päivystys, raportointi, koulutus ja interventio. Englannin kielistä tietoa on haettu asiasanoilla ambulance, documenting, emergency care, ISBAR, communication, handover, handover, emergency room, emergency department, acute care, education ja intervention. Hakulausekkeet, jolla tietoa pääasiallisesti haettiin olivat: (hand over or handover) and (ambulance or emergency or paramedic).

Kotimaisia tutkimuksia aiheesta tai aiheeseen liittyen ei löytynyt paljon. Englanninkielisiä tutkimusartikkeleita taas löytyi asiaan liittyen enemmän, mutta ei paljon. Kuten Sanjuan-Quiles, Hernández-Ramon, Juliá-Sanchis, Carcía-Aracil, Castejón-de la Encina, & Perpiñá-Galvañ (2019) toteavat, että tutkimukset, jotka liittyvät potilaiden siirtämiseen ensihoidosta päivystykseen ovat rajalliset.

2.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus on yksi tekijä laadukkaassa hoidossa (THL 2011, 6). Potilasturvallisuus voidaan määritellä näkökulmasta riippuen (Helevuo, Kinnunen, Peltonen & Pennanen, 2011). Sosiaali- ja Terveysministeriön (2017:9, 12) mukaan ”potilas- ja asiakasturvallisuus tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien henkilöiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon, hoivan ja palvelujen turvallisuus sekä suojata asiakkaita tai potilaita vahingoittumasta”. Potilasturvallisuus tarkoittaa taas potilaan näkökulmasta sitä, että ”potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa” (THL 2018). Potilasturvallisuuteen kuuluu kolme osa-aluetta: ”hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus sekä lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuus” (THL 2018).



Kuva 1. Potilasturvallisuus (Kinnunen ja Helevuo 2017)

Terveydenhuollossa tapahtuu myös vaaratapahtumia. Vaaratapahtumaa kutsutaan tilanteeksi, ”joissa potilasturvallisuus vaarantuu, vaikka potilaalle ei aiheudu haittaa. Maailman terveysjärjestö eli WHO määrittelee vaaratapahtuman tilanteena tai olosuhteina, joka ei ole suunnitelmallisena osana hoitoa tai todennäköinen hoitoon tai sairauteen liittyvä haitta. Läheltä piti- tilanteella tarkoitetaan tapahtumaa, jossa olisi voinut johtaa potilaalle aiheutuvaan haittaan, ja haitalta vältytään sattumalta tai siksi, että se pystyttiin estämään ajoissa. Jos tilannetta ei tuoda esille, läheltä piti tilanteet jäävät usein raportoimatta. Haittatapahtumassa taas on aiheutunut tarpeetonta haittaa, ja siitä tulee kertoa avoimesti potilaalle”. (Helvuo ym. 2011, 16;72.)

2.3 Potilasturvallisuus ja lainsäädäntö

Opinnäytetyön Potilasturvallisuutta pyritään edistämään useiden Suomen lainsäädäntöön kirjattujen lakien avulla (Helevuo, ym. 2011). Niitä on muun muassa, laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, perustuslaki, laki potilaan asemasta ja oi-

keuksista, terveydenhuoltolaki, työturvallisuuslaki, potilasvahinkolaki, laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista, henkilötietolaki, lääkelaki ja laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta. (STM 2019.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, ”Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.” Lisäksi laki potilaan asemasta ja oikeudesta määrittää, että potilaalla on oikeus käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä. (17.8.1992/785.) Terveydenhuoltolaissa taas määritetään että, ”Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminta on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveyden huollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa.” (30.12.2010/1326.)

2.4 Potilasturvallisuuden vaikuttavat tekijät

Potilasturvallisuuden vaikuttavia tekijöitä ovat prosessit ja toimintatavat, fyysinen ympäristö, laitteet ja tarvikkeet, dokumentointi ja tiedonkulku ja inhimilliset tekijät. (Helevuo ym. 2011, 63-75.) Vaaratilanteiden syntyä vaikuttavat monet tekijät (THL 2011, 7). Erityisesti potilaan turvallisuutta uhkaavat lääkevirheet, laitteiden häiriöt ja käyttöongelma sekä myös haitalliset hoitomenetelmät ja hoitoprosessissa sattuvat poikkeamat (Kinnunen & Helevuo 2017).

Merkittävin haittatapahtumiin vaikuttava tekijä ovat kuitenkin tiedonkulun ongelmat (Kinnunen & Helevuo 2017). ”Kommunikaation ongelmat, kuten tiedonkulun katkeaminen ja väärinymmärrykset, myötävaikuttavat noin 70 prosenttiin terveydenhuollon haittatapahtumista” (Sairaanhoitaja 2014). Tamminen ja Metsävainion (2015, 339) mukaan viestintäongelmat ovat merkittävä tekijä potilassiirtoihin liittyvissä vaaratapahtumissa. Huonoon viestintään liittyviä vaaroja ovat esimerkiksi merkittävän tiedon puuttuminen tai aikaisempien tapahtumien puutteellinen ymmärtäminen, kyvyttömyys ennakoita tilanteita ja vaadittavan tiedon

puuttuminen tehtävien suorittamiseen. (Tamminen & Metsävainion 2015, 339.) Kupari ja Rantanen (2012) taas huomauttavat kommunikaatiosta johtuvia turvallisuutta heikentävistä ilmiöistä terveydenhuollossa, ”joita ovat eri ammattiryhmien väliset viralliset ja epäviralliset suhteet, hierarkia, ammattiryhmien välinen sisäinen tai keskinäisen kunnioituksen puute, epäselvyydet hoitovastuusta tiimissä ja strukturoidun ja standardoidun kommunikaation puute”. Siksi keskeisimpiä keinoja varmistamaan potilasturvallisuutta on avoin ja aktiivinen viestintä (Kinnunen & Helevuo 2017). Turvallisuusriskien hallinnan kannalta dokumentointi on tärkeää. Hyvä dokumentointi varmistaa tiedonkulkua, mikä on laadukkaan ja turvallisen hoidon antamisen perustekijä. (Helevuo ym. 2011.)

On tärkeää mitata ja tarkkailla potilasturvallisuus parannuksia ajan mittaan (WHO 2017 ,16) Vaasan sairaanhoitopiirin laatu- ja potilasturvallisuuspolitiikkaan (2018), Tavoitteena onkin, ”toiminnan jatkuva kehittäminen ja toiminnan riskien säännöllinen arviointi, jotta estettävissä olevia, hoitoprosessin poikkeamista johtuvia haittoja ei tapahdu yhdelläkään potilaalle.” Sosiaali- ja terveysministeriön tekemä suositus (2014) ”Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin”, lisäksi painottaa laatu- ja potilasturvallisuustyön toteutumisen edellyttävän systemaattista työtä Plan-Do-Check-Act-logiikan mukaisesti. Check eli tarkistamis-/arviointivaiheessa arvioidaan muutoksen suuntaa, usein erilaisten mittareiden avulla, saavutetaanko haluttu tulos. Potilasturvallisuutta edistävillä toimenpiteillä voidaan siis paitsi vähentää inhimillistä kärsimystä myös saavuttaa merkittäviä säästöjä terveydenhuollon organisaatioissa (THL 2011).

2.5 Luovutusprosessi

”Luovutusprosessi ensihoidosta päivystyspoliklinikalle on ajanjakso potilaan hoitoketjussa, joka alkaa ensihoitohenkilöstön ensikontaktista päivystyspoliklinikalle ja päättyy hoitovastuun siirryttyä ensihoitohenkilöstöltä päivystyspoliklinikalle”. (Mikkonen 2014, 8.) Potilaat voidaan jakaa kahteen ryhmään, kriittisiin ja kiireetömiin. Luovutusprosessi voidaan nähdä alkaneen kriittisen potilaan kohdalla, siitä kun ensihoitohenkilöstö antaa puhelimitse tai radiolla ennakkoilmoituksen päi-

vystyspoliklinikalle. Kiireettömien potilaiden osalta voidaan nähdä luovutusprosessin alkaneen, kun potilas saapuu ensihoitohenkilötön kanssa päivystyspoliklinikalle. (Mikkonen 2014, 8.)

Sairaalan ulkopuolella ensihoitohenkilöstön tehtävänä on toteuttaa hoidon tarpeen arvio, aloittaa tarvittava hoito sekä tuottaa ja välittää ymmärrettävää informaatiota sairaalassa tapahtuvan diagnoosin tueksi. Kun kyseessä on kriittinen potilas, ensihoitohenkilöstö tekee silloin ennakoilmoituksen päivystyspoliklinikalle. (Mikkonen 2014, 8.) Ennakoilmoituksen tavallisimmin vastaanottaa triage-hoitaja, jonka jälkeen hänen tehtävänä on aloittaa päivystyspoliklinikalla toimenpiteet kriittisen potilaan vastaanottamiseksi. Tarkoituksena näillä toimenpiteillä on minimoida viiveitä kokoamalla riittävät resurssit potilaan tutkimuksen ja hoidon jatkamiseen mahdollisimman saumattomasti päivystyspoliklinikalla. (Mikkonen 2014, 8.) Mikkonen (2014, 8) korostaa, että ”Triagehoitajan tulisi olla tehtävänsä perehdytetty, kokenut sairaanhoitaja”.

Potilaat, jotka ovat kriittisen hoidon tarpeessa, voidaan sijoittaa välittömästi ambulanssin saavuttua tavallisimmin elvytyshuoneeksi kutsuttuun erityiseen hoitotilaan, johon on ensihoitohenkilöstön ennakoilmoituksen perusteella potilaan hoidon tarpeen mukaan koottu hoitoryhmä. Tällöin ensihoitohenkilöstö raportoi suullisesti hoitoryhmälle. (Mikkonen 2014, 8.) Osa näistä potilaista voidaan tapahtumatietojen ja oirekuvan perusteella siirtää myös suoraan tutkimuksiin tai hoitoon muuhun tarkoituksenmukaiseen paikkaan sairaalassa (Mikkonen 2014, 8-9).

Ei kiireellisen hoidon tarpeessa olevien potilaiden luokittelun menettely on toisenlainen. ”Potilaan luovutus, ensihoitohenkilöstön siirtyessä potilas mukanaan päivystyspoliklinikalle, alkaa perusinformaation siirrolla triagehoitajalle”. (Mikkonen 2014, 9.) Tässä vaiheessa triagehoitaja suorittaa edellisen information perusteella, nopea ja täsmällisen ensiarvion potilaasta, potilasluokittelun eli triagen, joka tarkoittaa potilaan kiireellisyyden määrittelyä sekä potilaan paikkasijoittelua päivystyspoliklinikalle (Mikkonen 2014, 9; Kemppainen & Kapanen 2017, 102). ”Tämän jälkeen ensihoitohenkilöstö tavallisesti raportoi potilasta uudestaan varsi-

naiselle potilasta hoitavalle henkilökunnalle tai jossain tapauksissa tiedon välittäminen jää triagehoitajalle”. (Mikkonen 2014, 9.)

Ensihoitokertomus ei ole aina välittömästi saatavilla potilaan luovutusprosessin yhteydessä, jolloin suullinen raportointi korostuu. ”Ensihoitohenkilöstö tekee potilaasta kirjallisen raportin, joko ensihoitotehtävän aikana tai vasta päivystyspoliklinikalla, mikä lopulta luovutetaan potilasta hoitavalle hoitohenkilökunnalle sen valmistuttua”. (Mikkonen 2014, 9.) ” Luovutusprosessi päättyy hoitovastuun siirtymiseen” (Mikkonen 2014, 9).

2.6 Potilaan luovutusprosessin hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus

Potilaan luovutusprosessin sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle on todettu olevan monimutkainen (Mikkonen 2014, 13). ”Potilaan luovutusprosessi on kriittinen ajanjakso potilaan hoitoketjussa hoidon jatkuvuuden ja siihen kiinteästi yhteydessä olevan potilasturvallisuuden näkökulmasta.” (Mikkonen 2014,13) Kun tarkastellaan luovutusprosessin toteutumista, on huomioitava hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden toteutuminen. (Mikkonen 2014; Paakkonen H. 2008).

Hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden näkökulmasta merkityksellisiä ovat luovutusprosessin organisaatioiden ja hoitoryhmän toiminnan organisointi. Keskeisessä asemassa potilaan luovutusprosessissa ovat ”tiedolliset ja taidolliset valmiudet, asennoituminen ja suorituskyky sekä juridisten asioiden huomioiminen”. (Mikkonen 2014, 13-14.) Huomioitavaa on, että kokonaisuutena potilaiden hoito voi olla monimutkainen. On todettu, että luovutusprosessin toteutumiseen vaikuttavat epäselvyydet organisaatioiden ja niiden toimijoiden toimintatavoista (Mikkonen 2014, 13-14). ”Teknisten asioiden ohella inhimillisten tekijöiden yhteys luovutusprosessin toteutumiseen on merkittävä” (Mikkonen 2014, 14). Keskeiseksi nousee potilaan hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden näkökulmasta tiedonsiirron onnistuminen luovutusprosessin aikana. Virheellistä toimintaa on todettu esiintyvän, kun kommunikation epäonnistuu. (Mikkonen 2014; Jensen SM, Lippert A & Ostergaard D 2013; Kemppainen & Kapanen 2017.)

2.7 Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron ongelmia ensihoidon ja päivystyksen välillä

”Potilaan luovutusprosessissa tiedonsiirron toteutumisessa ilmenee useita ongelmia” (Mikkonen 2014, 42). Ensihoidon ja päivystyksen luovutusprosessissa on sille luontaisia riskejä, jotka voivat aiheuttaa virheitä viestinnässä luovutusprosessin aikana terveydenhuollon eri osapuolten välillä (Sanjuan-Quiles ym. 2019, 169).

Päivystyspoliklinikan kuormitus ja resurssien puute hankaloittavat tiedonsiirtoa. (Mikkonen 2014, 11). Tämä taas johtaa viiveisiin potilaiden siirtymisessä päivystyspoliklinikalta osastoille. Tämä taas osaltaan vaikuttaa päivystyspoliklinikalla uusien potilaiden vastaanottokykyyn. Lisäksi tulee ottaa huomioon, että sairaalan henkilökunnalla on useita samanaikaisia tehtäviä, kun taas ensihoitohenkilöstöllä pääsääntöisesti vain yksi, joka on potilaan luovutusraportointi. (Mikkonen 2014; Owen, C., Hemmings, L. & Brown, T. 2009.) Mikkonen (2014, 11) tosin huomauttaa, että ensihoitohenkilökunnalla saattaa olla uusi hälytystehtävä jo tullut potilaan luovutustilanteen aikana. Myös melulla, kuten monilla muilla toimintaympäristöntekijöillä, on haitallinen vaikutus. (Mikkonen 2014; Calleja, P., Aitken LM. & Cooke ML. 2011; Dawson, King & Grantham 2013) Ongelmia voi lisäksi aiheuttaa monipuoliset potilaat ja liiallinen tapausten määrä (Sanjuan-Quiles ym. 2019, 169).

Raportoinnin laadussa oli myös todettu päivystyspoliklinikan hoitajien toimesta suuria eroja raporttia antavasta ensihoitohenkilöstöstä riippuen. Tähän vaikuttaa koulutustausta, tietopohja ja kokemus. (Mikkonen 2014, 11; Jensen ym. 2013.) Lisäksi on huomattu, että päivystyspoliklinikan henkilöstön koulutustausta, tietopohja ja kokemus vaikuttavat tiedon vastaanottokykyyn (Mikkonen 2014, 11; Owen ym. 2009). On hyvä myös huomata, että toisaalta päivystyspoliklinikan henkilöstön koulutustausta, tietopohja ja kokemus taas vastaavasti vaikuttavat tiedon vastaanottokykyyn (Owen ym. 2009). Lisäksi päivystys toimintaympäristönä on kiireinen, jolloin voi raportin aktiivinen kuuntelu puuttua ja keskittyminen häiriintyä raportin vastaanottotilanteessa (Kemppainen & Kapanen 2017, 106). Mik-

konen (2014, 42) huomasi myös, että ”osallistuneista päivystyspoliklinikan hoitajista ja ensihoitohenkilöstöstä vain murto-osa tuntee nykyisin Suomessa käyttöön otetun ISBAR-raportointi mallin”. Lisäksi ISBAR-raportointimallia käytetään varsin harvoin tuntevienkin joukossa (Mikkonen 2014, 42). Lisäksi Ebben, van Grunsven, Moors, Aldenhoven, de Vaan, van Hut, van Achterberg & Vloet (2015, 8) toteavat, että 22,1 – 25,1% raportointi tilanteissa ei ollut tunnistettavaa raportointimallia, joka viittaisi myös siihen, että strukturoitujen raportointimallien käyttö ei ole vielä juurtunut. Myös rakenteellisen raportointi mallin poissaolo huomattiin muissa tutkimuksissa (Dojmi Di Delupis, Pisanelli, Du Luccio, Kennedy, Tellini, Nenci, Guerrini, Pini, Franco & Gensinin, 2014; Fitzpatrick, McKenna, Duncan, Laird, Lyon & Corfield 2018, 1). Tyypillisin virheellisen toiminnan syynä on kommunikation epäonnistuminen (Calleja ym. 2011). Keskeinen kehitysehdotus tiedonsiirron laadun parantamiseksi on strukturoitu raportointimallin käyttöönotto. (Mikkonen 2014; Dojmi ym. 2014; Eronen 2009; Jensen ym 2013; Talbot R & Bleetman A. 2007; Ieadema R, Ball C, Daly B, Young J, Green T, Middleton PM, Foster-Curry C, Jones M, Hoy S & Comeford D. 2012; Thako-re S & Morrison W. 2001; Dawson ym. 2013.)

Informaatio häviämisen syynä on, jos sitä ei ole oikein kerätty, se häviää välikäsien kautta tai keskeytetyssä tai puutteellisessa raportoinnissa (Budd, Almond & Porter 2011). Lisäksi jatkuvat keskeytykset ovat ominaista potilaanluovutusprosessille ensihoidon ja päivystyksen ympäristössä, joka taas voi aiheuttaa virheitä viestinnässä (Sanjuan-Quiles ym. 2019, 169; Fitzpatrick ym. 2018, 1). Jos mahdollista potilaan tilan kannalta, raportoinnin ajaksi tulisi keskittyä ja keskeyttää muut toiminnot (Kemppainen & Kapanen 2017, 107). Lisäksi ensihoidon ja traumatiimin välisessä tutkimuksessa (Fitzpatrick ym. 2018, 9) on huomattu, että luovutusprosessin tiedonsiirto kaipaava selvästi tunnistettavissa olevaa luovutusjohtoa, kuka ottaa vastaan luovutusraportin. Jos luovutustilanne tapahtuu aikapaineessa, silloin se voi olla lyhyt ja informaatio voi jäädä välittymättä (Mikkonen 2014, 12; Sanjuan-Quiles ym. 2019, 169). Lisäksi hoitajat totesivat, että luovutustilanteen laatuun vaikuttaa standardisoimattomuus. Standardisointi on prosessi, jossa toiminta suoritetaan aikaisemmin määritellyllä menetelmällä, jolloin konsensusta

pidetään hyväksyttävänä menettelynä tietyytyyppisten toimintojen tai toimintojen suorittamiseksi. (Sanjuan-Quiles ym. 2019, 170).

Yksi ongelmista on, että ensihoitohenkilöstö joutui antamaan saman raportin kahdesti tai jopa kolmesti samasta potilaasta (Mikkonen 2014; Jensen ym. 2013; Dawson ym 2013). Mikkonen (2014 12) löytää yleisimmäksi syyksi raportin toistamiseen kriittisen potilaan hoidossa, että lääkäri ei ole ollut vielä paikalla ensimmäisellä raportointikerralla. Toki perustelua raportoinnin toistaminen on mahdollisesti silloin kun vastaanottava hoitohenkilökunta varmistaa tai tarkentaa raportoinnissa välitettyä tietoa (Mikkonen 2014, 12). Mitä useammin raportit toistetaan tai ne kulkevat usean toimijan kautta, on silloin todennäköistä, että tieto muuttuu matkalla. (Mikkonen 2014, 12; Kemppainen & Kapanen 2017, 107)

Huono kommunikaatio haittaa potilaanluovutusprosessia (Sanjuan-Quiles ym. 2019, 172-173.), joka on syynä huomattavaan osaan kuolemista, jotka olisivat ennaltaehkäistävässä (Fitzpatrick ym. 2018, 2; Fitzpatrick, Maxwell, & Craigie 2018, 2). Huonosta kommunikaatiosta hoitajat nostivat esille, että hoitajat eivät selvästi kerro kuka hoitaja on antamassa ja kuka taas on vastaanottamassa raporttia. Yksi hoitajista huomautti, että kaoottisuutta aiheuttaa ensihoitohenkilöstö tapa kertoa luovutusraportti ensimmäisenä ohikulkevalle hoitajalle, eikä itse potilaasta vastuussa olevalle hoitajalle. Lisäksi hoitajat huomauttavat huonosta kommunikaatio taidoista, etenkin huonosta raportin toistamisesta vastaanottavalta hoitajalta. (Sanjuan-Quiles ym. 2019, 172-173.)

Raportointitilanteissa on lisäksi asenteellisia ongelmia. Turhautumisen tunteita ensihoitohenkilöstö kokee, koska he kokevat, ettei raporttia aina arvosteta (Mikkonen 2014, 12). Pelastajien raporttia kohtaan ei myöskään kiinnitetty huomiota Dojmi Di Delupis ym. (2014) tutkimuksessa. Tilannetta vaikeuttaa lisäksi se, että päivystyspoliklinikan henkilöstön ajoittain aliarvioi potilaan tilaa ensihoitohenkilöstön raportoidessa tai kyseenalaisti ensihoitajien löydöksiä (Mikkonen 2014, 12) Päivystyspoliklinikan henkilöstön kiinnostuksen puutteelle raporttia kohtaan Mikkonen (2014, 12) toteaa syyksi, ”eritoten jos ensihoitohenkilöstön perusteet tuoda

potilas päivystyspoliklinikalle olivat epäselvät tai jos ensihoito-henkilöstön raportti sisälsi päivystyspoliklinikan näkökulmasta paljon epäolen-naista tietoa”.

Lisäksi, ”päivystyspoliklinikan hoitajien ja ensihoitohenkilöstön käsityksissä on potilaan luovutusprosessin toteutumisesta eroja” (Mikkonen 2014, 43). Yhteisen kognitiivisen kuvan puute luovutusprosessin aikana, voi olla myös syy hoitohenkilökunnan negatiiviseen asennoitumiseen (Mikkonen 2014, 43). Tätä tietoa vahvistaa Hovenkampin, Olgersin, Wortelin, Noltesin, Dercksen & Maatenin (2018) tutkimus ”The satisfaction regarding handover between ambulance and emergency department nurses: an observational study”, jonka mukaan ensihoitohenkilökunnan ja päivystyspoliklinikan tyytyväisyyskin koostui eri tekijöistä potilaan luovutustilanteessa. Ensihoidonhenkilökunnan tyytyväisyys oli riippuvainen odotus ajan pituudesta ja lääkärin läsnäolosta, kun taas päivystyspoliklinikan henkilökunnan tyytyväisyys oli pääasiassa riippuvainen raportointivälineiden käytöstä (Hovenkamp ym. 2018; Owenin ym. 2009).

Ongelmia on myös potilasdokumentaatioissa, joissa on löydetty olevan poikkeamia (Mikkonen 2014; Jensen ym. 2013). ”Huonolla kirjallisella dokumentaatiolla voi olla juridisia ja hoidon laatuun sekä jatkuvuuteen vaikuttavia seurauksia. Ongelmana on, että tietoa ei löydy dokumentaatioista tai tieto on sirpaloitunutta tai epätäydellistä.” (Mikkonen 2014, 12.) Informaation menettäminen potilaan hoidon siirtymisvaiheessa voi johtaa triagen virheellisiin päätöksiin, jotka koskevat priorisointia lääkärin arviosta tai hoidon viivästymistä tai potilaan virheellistä triage luokittelua (Gudrun, Norris, Hayden, Abraham, Yokom, Nowell, Lazarenko & Lang 2017). Ensihoitohenkilöstön dokumentaatioissa on todettu olevan tiedon vääristymiä tai puuttumista muun muassa kellonajoissa, tapahtumatiedoissa sairaalan ulkopuolella, lukumäärissä, annetuissa lääkkeissä, vasemman ja oikean puolen sekoittumisessa sekä sairauksissa, lääkityksissä ja allergiahistoriassa (Mikkonen 2014, 12). Lisäksi Eronen (2009, 71) toteaa myös oman tutkimuksen tuloksissaan, että ensihoitokertomukseen kirjattuihin taustatietoihin (kotilääkitys, perussairaudet) liittyvässä informaation määrässä ei oltu tyytyväisiä. Sekä etenkin potilaan sairaushistoriaan liittyvää tietoa oli rajoitetusti (Sanjuan-Quiles, ym. 2019, 169). Lisäksi tajunnan tason ja hengityksen kirjaamiseen ei oltu tyytyväisiä

(Eronen 2009, 71). Mikkosen (2014, 34) tutkimuksessakin yli puolet, 59,2%, vastanneista totesivat, että ensihoitokertomuksesta puuttuu aiempia tietoja. Mahdolliseksi syyksi vääristymissä suullisessa raportoinnissa ja kirjaamisessa, on että tietoja ”ei aikapaineisessa tilanteessa kirjata heti tai ei lainkaan” ja niitä on vaikea muistaa myöhemmin (Mikkonen 2014, 12). Toisaalta kirjaamisessa olevat puutteet selittyvät osaksi sillä, että niin sanottuja ”ei poikkeavia” löydöksiä ei aina koeta tarpeelliseksi kirjata. Toisaalta potilaan aiemman taustan kirjaamisessa ja raportoinnissa olevat puutteet voivat taas selittyä osaksi sillä, että ensihoitohenkilöstöllä ei ole mahdollisuuksia sairaalan ulkopuolella tarkastella potilaan aiempia sairauskertomuksia, joten potilaasta saadut taustatiedot perustuvat siihen mitä potilas tai paikalla olijat kykenevät kertomaan. (Mikkonen 2014, 13). Sähköisesti suurin osa Suomen ensihoidon palvelutuottajista tallettaa potilastiedot tehtävän aikana ainoastaan paperille. (Winblad, Reponen & Hämäläinen 2007.)

“Päivystyspoliklinikalla toimivalla henkilöstöllä on liian vähäiset analyttiset taidot sekä puutteellinen tuki hallinnoida asianmukaista dokumentaatiota hoitoympäristössään” (Mikkonen 2014, 13). Päivystyspoliklinikan henkilöstöstä vain puolet kertoi käyttävänsä ensihoitokertomusta osana potilaan hoitoa. Syy voi olla, että osa päivystyspoliklinikan henkilöstöstä ei pidä ensihoitokertomusta relevanttina akuuttipotilasta hoidettaessa. (Mikkonen 2014, 13.) ”Lisäksi sairaalan oma potilasjärjestelmä on elektroninen, joka vähentää paperiversioiden käyttöä, joihin ensihoitokertomus lukeutuu” (Mikkonen 2014, 13). Mikkonen (2014, 13) huomauttaa lisäksi, että ensihoitokertomuksen eroavaisuudet sairaalan sisäiseen kirjaamiseen nähden voivat heikentää sen käytettävyyttä. ” Tästä huolimatta vain osa ensihoitohenkilöstön raportoimista asioista kirjataan päivystyspoliklinikan omiin potilasasiakirjoihin. Tämän on arvioitu johtuvan kirjattujen asioiden arvioidusta olenaisuudesta potilaan hoidossa. Tietoja ei ole kirjattu on kuitenkin vaikea muistaa, ja niihin tarvittaessa jälkeinpäin palaaminen on vaikeaa.” (Mikkonen 2014, 13.)

Tämänlaiset olosuhteet potilaan luovutusraportoinnissa ensihoidon ja päivystyksen välillä voi johtaa hoidon keskeytymiseen, kliinisen käytännön vaihtelevuuden lisääntymiseen, menettelyjen eheyden vähentymiseen ja haittavaikutusten esiintymiseen, jopa 60-80% tapauksissa (Sanjuan-Quiles ym. 2019).

2.8 ISBAR-strukturoitu raportointiväline potilaan luovutusprosessin tiedon- siirron tukena

2.8.1 ISBAR-menetelmä

”ISBAR – menetelmällä on mahdollista järjestää olennaista informaatiota selkeään ja tiiviiseen muotoon.” Se mahdollistaa johdonmukaisen yhtenäisen kommunikaation kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa esimerkiksi raportoitaessa potilaasta. Lisäksi menetelmä kehittää kriittisen ajattelun taitoja ja rohkaisee tekemään toimintaehdotuksia.” (Sairaanhoitajat 2014.)

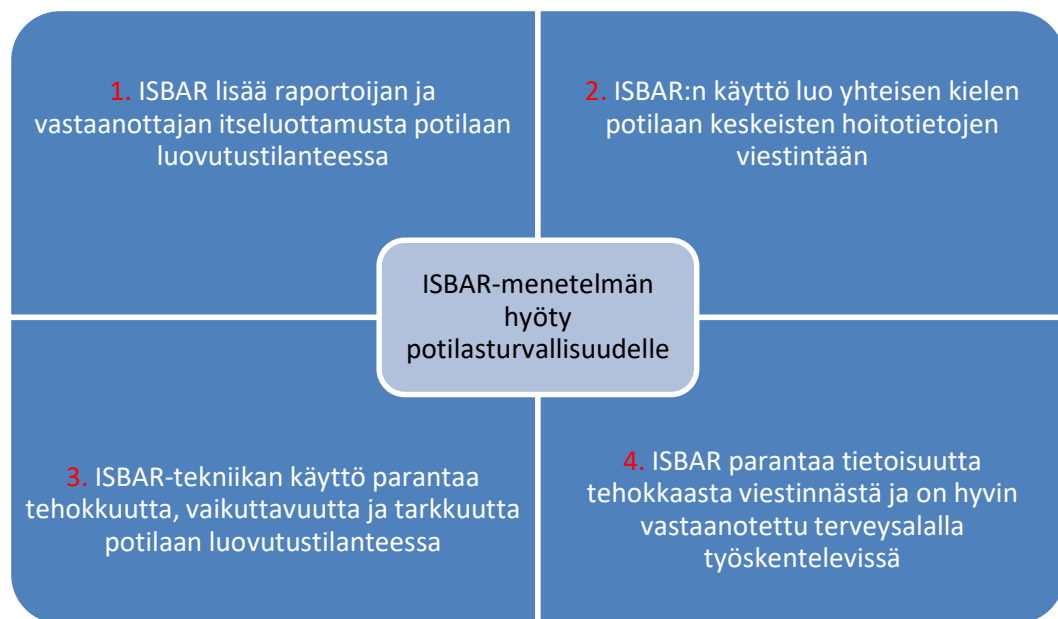
ISBAR	Kiireetön tilanne	Kiireellinen tilanne
Tunnista (Identify)	Oma nimi	Oma nimi
	Ammatti	Ammatti
	Yksikkö	Yksikkö
	Potilaan nimi	Potilaan nimi
	Ikä	Ikä
	Henkilötunnus	Henkilötunnus
Tilanne (Situation)	Raportoinnin syy	Raportoinnin syy
Tausta (Background)	Nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat	Lyhyesti nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat
	Allergiat	Allergiat
	Tartuntavaara tai eristys	Tartuntavaara tai eristys
Nykytilanne (Assessment)	Vitaalitoiminnot	Hengitystie
	Potilaan tilaan liittyvät muut oleelliset asiat	Hengitys
		Pulssi, verenpaine, saturaatio
		Tajunnan taso (GCS), kipu
		Lämpötila, iho, väri, vatsa, virtsaneritys, ulkoiset tai näkyvät merkit
		Potilaan tilaan liittyvät muut oleelliset asiat
Toimintaehdotus (Recommendation)	Suosituks	Suosituks
	Tarkkailu	Välitön toimenpide
	Toimenpiteet	Tarkkailun lisääminen
	Siirto toiseen yksikköön	Toimenpiteet
	Hoitosuunnitelman muutokset	Siirto toiseen yksikköön
	Kuinka kauan...?	Kuinka kauan...?
	Kuinka usein...?	Kuinka usein...?
	Koska otan yhteyttä...?	Koska otan yhteyttä...?
	Onko vielä kysyttävää?	Onko vielä kysyttävää?
	Olemmeko samaa mieltä?	Olemmeko samaa mieltä?

Kuva 2. ISBAR-tarkistuslista (Valli & Vaula 2018)

ISBAR-menetelmä on alun perin kehitetty USA:n merivoimissa 1990-luvulla suullisen tiedon yhden mukaistamiseen (Sairaanhoitajat 2014). Menetelmästä käytetään myöskin nimeä ISBAR (Kupari & Rantanen 2012). Terveystieteiden käytössä se on levinnyt 2000-luvun alussa (Tamminen & Metsävainio 2015, 340). Maailman terveysjärjestö WHO on jo vuonna 2007 suositellut rakenteellisten raportointimenetelmien käyttöä, kuten ISBAR-raportointimenetelmän käyttöä (WHO 2007). ISBAR-menetelmän käyttöä suosittelee myös eri suomalaiset tahot (Valli & Vaula 2018; Vaasan keskussairaala 2018; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2019). ISBAR-menetelmä on järjestelmällisen raportoinnin muistisäännöistä tutkituimpia (Riesenberg, Leitzsch & Little 2009, 196).

2.8.2 ISBAR-menetelmän hyöty potilasturvallisuudelle

Potilasturvallisuuden näkökulmasta ISBAR-menetelmä soveltuu kiire- tai hätätilanteisiin, kun on tärkeää välittää oleellista tietoa. Lisäksi se on hyödyllinen tilanteissa, jossa ammattiryhmien väliset tiedolliset erot vaikeuttavat kommunikointia. (Kinnunen & Helevuo 2017.) ISBAR on menetelmänä yksinkertainen, tehokas tapa kommunikoida eri tieteenalojen välillä (Stewart & Hand 2017, 304).



Kuva 3. ISBAR-menetelmän hyöty potilasturvallisuudelle (Steward & Hand 2017, 300-303)

Stewart ja Hand (2017, 297) toteaa, että ISBAR on menetelmänä tehokas potilasturvallisuuden ylläpitäjä parantuneen viestinnän ansiosta. He löytävät neljä teemaa, mitkä parantavat kommunikaatiota ja potilasturvallisuutta. ISBAR lisää raportoijan ja vastaanottajan itseluottamusta potilaan luovutustilanteessa. ISBAR:n käyttö luo yhteisen kielen potilaan keskeisten hoitotietojen viestintään. ISBAR-tekniikan käyttö parantaa tehokkuutta, vaikuttavuutta ja tarkkuutta potilaan luovutustilanteessa. Lisäksi ISBAR parantaa tietoisuutta tehokkaasta viestinnästä ja on hyvin vastaanotettu terveysalalla työskentelevissä. (Steward & Hand 2017, 302-303.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

3.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tämän tutkimuksen tarkoitus on kuvata miten potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron toteutuminen Pohjanmaan keskisen alueen pelastuslaitoksen ensihoitopalvelun ja Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikan välillä vaikuttaa potilasturvallisuuteen hoitajien näkemyksenä. Tarkoituksena on myös tarkastella mitä ja miten paljon strukturoitua raportointimallia käytetään hoitajien mielestä potilaan luovutusraportoinnissa, ja millainen osuus on ISBAR-raportointimallilla, Pohjanmaan keskisen alueen ensihoitopalvelun ja Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikan välillä, ja miten nämä vaikuttavat potilasturvallisuuteen. Tarkoituksena on lisäksi tarkastella, miten luovutusprosessin tiedonsiirtoa voitaisiin kehittää hoitajien mielestä, ja siten parantaa potilasturvallisuutta kohdeorganisaatioissa.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on antavan hyödyllistä tietoa tarkastella potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron toteutumista tällä hetkellä hoitajien näkemyksenä ennen kaikkea kohdeorganisaatioissa, ja mahdollisesti sitten auttaa kehittämään ja parantamaan potilasturvallisuutta tältä osin.

3.2 Tutkimusongelmat

Tutkimusongelmat rajattiin seuraavasti:

1. Miten potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron toteutuminen Pohjanmaan keskisen alueen ensihoitopalvelun ja Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikan välillä vaikuttaa potilasturvallisuuteen, hoitajien näkemyksenä.
2. Mitä ja miten paljon strukturoitua raportointimallia käytetään hoitajien mielestä potilaan luovutusraportoinnissa, ja millainen osuus on ISBAR-raportointimallilla, Pohjanmaan keskisen alueen ensihoitopalvelun ja Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikan välillä, ja miten se vaikuttaa potilasturvallisuuteen.

3. Miten Pohjanmaan ensihoitopalvelun ensihoitohenkilöstö ja Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikan hoitajat kehittäisivät potilaan luovutusprosessin tiedonsiirtoa yksikössään, jotta potilasturvallisuus parantuisi?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä oli Pohjanmaan keskisen alueen ensihoitopalvelun ensihoitajat ja Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikan hoitajat. ”Hoitaja” käsite tässä tutkimuksessa tarkoitti, AMK ensihoitajaa, sairaanhoitajaa, lähihoitajaa, lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja, pelastaja/palomies-sairaankuljettaja/palomies ja erikoissairaanhoitaja/anestesiaa.

4.2 Kyselylomakkeen laatiminen ja aineistonkeruu

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena kyselylomakkeella. Kyselylomakkeen pohjana käytettiin Mikkosen (2014, 56-59) kyselylomaketta, johon tutkijalta pyydettiin lupa sähköpostitse. Tämän jälkeen kyselylomake muokattiin toimeksiantajan toiveisiin ja tämän tutkimuksen tutkimusongelmiin sopiviksi. Lisäksi kuvien (Kuva 1. & Kuva 2.). tekijöiltä kysyttiin lupa sähköpostitse. Kyselylomakkeen teossa ja etenkin esitestauksessa käytettiin apuna Vaasan päivystyspoliklinikan sairaanhoitajaa.

Kyselylomakkeen pohjana siis käytettiin Mikkosen (2014) kyselylomakkeen osaluetta ”Tiedonsiirto”, jota muokattiin seuraavasti. Kyselylomakkeen osaluueeseen ”Suullinen raportointi” lisättiin oma kysymys ”Ensihoitohenkilöstö antaa suullisen luovutusraportin potilaan äidinkielen perusteella”, jotta otettiin huomioon organisaatiokohtainen kielialue painotteisuus. Lisäksi lisättiin kysymys, samoista syistä, myös osaluueeseen ”Ensihoitokertomus”, ”Ensihoitokertomus on kirjattu potilaan äidinkielen perusteella”. Laki potilaan asemasta ja oikeudesta määrittää, että ”potilaalla on oikeus käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuuluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä”. (17.8.1992/785.) Esitestauksen avulla muokattiin sanavalintoja organisaatiotasolle sopiviksi, niin että kysymyksissä ei puhuttu ”elvytyshuoneesta” vaan ”ensihoituhuoneesta”. ”Ensihoitohenkilöstö joutuu toistamaan luovutusraportin ensihoituhuoneessa (elvytyshuoneessa), koska lääkäri, joka potilasta lopulta hoitaa ei ollut läsnä ensimmäisellä raportointikerralla”. Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron yhdestä osa-

alueesta käytettiin myös eri nimeä. ”ISBAR – raportointimalli” vaihdettiin ”Strukturoitu raportointivälineeksi”, sillä haluttiin tarkastella laajemmin strukturoitua raportointivälinettä potilaan luovutusprosessin tiedonsiirrossa. Siksi tämän alueen kysymyksiäkin muokattiin sen mukaan, esimerkiksi näin ”Ensihoitohenkilöstö käyttää strukturoitua raportointimallia (ISBAR -raportointimallia) potilaan luovutusraportoinnissa”. Lisäksi tähän osa-alueeseen lisättiin vielä oma tarkentava avoin kysymys, ”Mitä strukturoitua raportointivälinettä käytät potilaan luovutusraportoinnissa? Kuvaile lyhyesti käyttämäsi strukturoitua raportointivälinettä. Huom, Jos et käytä, vastaa ”En käytä””. Osa-alueeseen ”Ensihoitokertomus” lisättiin organisaation toiveesta kysymys ” Voiko ensihoitokertomus korvata suullisen raportoinnin kokonaan potilaanluovutus-prosessissa?”. Ja vielä lopuksi lisättiin osa-alueeseen ”Hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus”, oma avoin kysymys ”Miten haluaisti kehittää potilaan luovutusprosessin tiedonsiirtoa ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välillä”. (Liite 3a.)

Kyselylomake piti sisällään yhteensä 55 kysymystä, eli 5 taustatieto, 47 strukturoitua ja 3 avointa kysymystä. Strukturoidut kysymyksiin käytettiin Likertinasteikkoa kuusiportaisena tai tietyissä kysymyksissä kyllä/ei vastausvaihtoehtoa. ”En osaa sanoa” on jätetty pois vastausvaihtoehdoista, koska heille joille tutkimuslomake on suunniteltu ovat terveydenhuollon ammattilaisia ja heidän pitäisi pystyä ottamaan kantaa kyselylomakkeen kysymyksiin. Mukana oli avoimia kysymyksiä, jotta tutkimukseen osallistuneilla on myös mahdollisuus tuoda omia ajatuksiaan esille. Etenkin avointen kysymysten, kvalitatiivisen tutkimustavan avulla, toivottiin vahvistavan ja syventävän strukturoidun kysymysten, kvantitatiivisen tutkimustavan, tuottamaa tietoa, ja tuovan ymmärrystä lisää kompleksiseen potilaan-luovutusprosessin tiedonsiirtoon. Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimustavan yhdistämisen etuja on aineiston täydentäminen ja vahvistaminen, syventäminen ja rikastaminen, ja kyky kuvata käytännön toiminnan ja toimintaympäristön kompleksisuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 78.)

Kyselylomake toteutettiin e-lomakkeella. E-lomakkeella toivottiin tavoitettavan enemmän tutkittavia kuin paperisella versiolla, sillä ajatuksella että, kohdeorganisaatioista on hankittu yhteyshenkilö, joka kykenee antamaan kohde organisaatioi-

den työntekijöiden sähköpostiosoitteet. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa otoksen riittävä koko on tärkeä tekijä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 107). Teknisenä ratkaisuna e-lomake tehtiin niin, että tutkittava ei pysty valitsemaan kuin yhden vaihtoehdon kysymystä kohden. Lisäksi e-lomake on tehty niin, että jos tutkittava esimerkiksi vahingossa ei ole vastannut kaikkiin kysymyksiin, ohjelma osoittaa mihin kysymykseen ei ole vielä vastattu, eikä anna tutkittavan palauttaa lomaketta. ”Heikko tekninen toteutus voivat johtaa alhaiseen vastausprosenttiin” (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 120). Kyselylomakkeeseeni vastaaminen kestää arviolta 10 minuuttia, koska kyselylomakkeen vastaamiseen käytettävä aika ei ole suotavaa ylittää noin 15 minuuttia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 116).

Kohdeorganisaatiot hyväksyivät sekä tutkimussuunnitelman että kyselylomakkeen, kyselylomake lähetettiin kohderyhmälle sähköpostilla lähetetyn linkin välityksellä. Sähköpostiin liitettiin mukaan saatekirje (liite 1a ja liite 1b). Tutkittavissa on osa suomenkielisiä ja ruotsinkielisiä, joka on huomioitu tekemällä saatekirje suomen- ja ruotsin kielellä. Kyselylomake on tehty vain suomenkielisenä, koska se on tehty osittain pro-gradu tason kyselylomakkeen pohjalta. Ja tästä syystä sitä ei voitu korkeakoulun puolesta kääntää ruotsin kielelle. Kyselylomake lähetettiin ensimmäisen kerran päivystyspoliklinikan hoitajille 20.8.2019 ja keskisen alueen ensihoitajille 2.10.2019. Tutkittaville lähetettiin lisäksi muistutuskirje, jotta ”katoa” pyritään välttämään. Lisäksi tutkimus otettiin puheeksi molempien organisaatioiden osastokokouksessa. ”Kato” viittaa tilanteisiin, jossa kaikkia haluttuja tutkittavia ei saada osallistumaan tutkimukseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 109). Muistutuskirjeessä korostetaan, että kirje lähetetään ainoastaan niille, jotka eivät ole vielä vastanneet tutkimukseen. Muistutuskirjeet lähetettiin päivystyspoliklinikan hoitajille 21.9.2019, jolla saatiin vielä kolme vastaajaa. Keskisen alueen ensihoitajille 20.10.2019, jolla saatiin neljä vastaajaa.

4.3 Aineiston analysointi

Tutkimuksen strukturoitujen kysymysten aineisto analysoitiin tilastollisella menetelmällä syöttämällä vastaukset SPSS-tilasto-ohjelmaan. Statistical Package for

Social Sciences eli SPSS-ohjelmaa käytetään usein hoitotieteellisten aineiston analysoinnissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 128). Tilastollinen menetelmä yleisesti käyttää numeraalista tietoa, ja vastaa kysymyksiin ”kuinka moni” tai ”kuinka paljon”. (Green & Thorogood 2014, 5.) Avointen kysymysten aineisto taas analysoitiin laadullisella menetelmällä, induktiivisella sisällönanalyysillä. Laadullinen menetelmä yleisesti käyttää kielellistä, kirjoitettua tai suullista, tietoa, ja vastaa kysymyksiin ”mitä”, ”miten” ja ”miksi”. (Green & Thorogood 2014, 5.)

Spss-ohjelmalla tarkasteltiin aluksi yksittäisiä muuttujia ja niiden jakaumia, jonka jälkeen muodostettiin 6 summanmuuttujaa. Ennen lopullista summanmuuttujien muodostamista niiden sisäistä johdonmukaisuutta tarkasteltiin käyttäen Cronbachin alfa kerrointa, jonka avulla voidaan testata sisäistä johdonmukaisuutta (Kankkunen & Vehviläinen 2019, 194). Strukturoitu raportointiväline summanmuuttujia jätettiin pois, koska sen Cronbachin alfa kerroin oli 0,14. Cronbachin alfa kerrointa pidetään hyvänä uuden mittarin kohdalla, kun sen arvo on yli 0,7 (Kankkunen & Vehviläinen 2019, 194) ja alin arvo mikä on hyväksytty 0,6 (Valkeinen, Anttila & Paltamaa 2014; Metsämuuronen 2007). Toisien summanmuuttujien Cronbachin alfa kerroin vaihteli 0,585 - 0,797 (Taulukko 8). Toistuvan raportoinnin Cronbachin alfa kertoimeen 0,585 tyydyttiin tässä tutkimuksessa, koska ajateltiin kaikkien kysymysten sen sisällä olevan teoreettisesti tarpeellisia. Teoreettisesti tarpeellisten muuttujien tarkastelu on tärkeää kun mietitään poistetaanko ne paremman alpha-kertoimen saavuttamiseksi. ”Lisäksi usean muuttujan pitäminen mukana summanmuuttujassa lisää summanmuuttujan stabiilisuutta, koska useampi muuttuja vähentää satunnaishajontaa. (Reunamo 2019.) Tällöin koko mittarin Cronbachin alfa kerroin, jätettynä pois Strukturoitu raportointiväline, taustatiedot ja avoimet kysymykset, sen arvo oli 0,862. Lisäksi Cronbachin alfa kerroin laskisi vain arvoon 0,853 jos poistettaisiin jokin kysymyksistä. Likertinasteikollisten kysymysten Cronbachin alfa-kerroin oli, 0,878. Cronbachin alfa-kertoimet jotka olivat yli 0,6, on lihavoitu tuloksissa.

Lisäksi tutkittiin kaikkien osa-alueiden summanmuuttujien normaalijakaumaa, huomioiden myös kummassa työpaikassa tällä hetkellä vastannut työskenteli,

graafisten histogrammien avulla sekä laskennallisesti Kolmogorov-Smirnovin testillä. Normaalijakaumassa vastaukset muodostavat Gaussin kellonkäyrän. Kolmogorov-Smirnovin testissä, kun p-arvo on yli 0,05, silloin vastaukset ovat normaali-jakautuneet. (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 137.) Ei normaalijakautuneet p-arvot on lihavoitu tuloksissa. Testien jälkeen osa-alueiden häiriötekijät, suullinen raportointi, toistuva raportointi, henkilökunnan käytös ja ensihoitokertomus tulokset todettiin noudattavan suurimmalta osalta normaalijakaumaa (Liite 4.). Taas testien jälkeen osa-alueiden luovutusprosessin hoidon jatkuvuus ja luovutusprosessin hoidon potilasturvallisuuden tulokset eivät noudattaneet normaalijakaumaa.

Normaalisti jakautuneet summanmuuttujat analysoitiin T-testillä, ja taas ei normaalisti jakautuneet analysoitiin Mann-Whitney testillä. Kun selittävä muuttuja on kaksiluokkainen ja normaalisti jakautunut, ryhmittäisten keskiarvojen testaamiseen voi käyttää riippumattomien otosten t-testiä (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 139). Jos on lisäksi epävarma varianssien yhtäsuuruudesta ja ryhmiä on kaksi, voit käyttää t-testiä (Heikkilä 2014). ”Mann-Whitney U-testiä voidaan käyttää kahden riippumattoman ryhmän vertailuun, kun muuttuja ei noudata normaalijakaumaa ja riippumaton, selittävä, muuttuja on kaksiluokkainen” (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 145). Tässä tutkimuksessa käytettiin, kuten yleisesti on hoitotieteissä tapana, tilastollisen merkitsevyyden rajana arvoa (p-arvo), joka on vähintään 0,05 tai vähemmän (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 136). Tilastollisesti erittäin merkitsevänä rajana pidetään (p-arvo), joka on alle 0,001. Tilastollisesti melkein merkitsevänä rajana pidettiin (p-arvo), joka on yli 0,05 (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 136). Tilastollisen merkitsevyyden saaneet p-arvot on lihavoitu tuloksissa. Lisäksi tilastollisesti ei merkitsevät erot (p-arvo = yli 0,05) nostettiin ylös tuloksissa, jos huomattiin olevan ongelmaa tutkitussa aiheessa. Tilastollisten erojen puuttuminen tarkoittaa, että vastaajat ovat olleet samaa mieltä kysytystä aiheesta. Tämä on tärkeää huomata, jos tutkimuksen tulokset voidaan tulkita viittaavat mahdolliseen, niin sanotusti, ongelmaan tutkitussa aiheessa. (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 136.)

Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, jonka tavoitteena on esittää tutkittava ilmiö laajasti, mutta tiiviisti. Sisällönanalyysi on prosessina viisi

vaiheinen, jonka vaiheet ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta, sekä luotettavuuden arviointi. Sisällönanalyysin tuloksena saadaan käsitejärjestelmiä, käsiteluokituksia, käsitekarttoja tai malleja. Sisällönanalyysi voi olla deduktiivinen, eli teorialähtöinen tai induktiivinen, eli aineistolähtöinen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.)

Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä, sillä haluttiin antaa hoitajille mahdollisuus tuoda esille uutta tietoa, sillä asiaa ei ole tutkittu kovinkaan paljon juuri Suomessa. Jos tiedetään ettei asiasta ole vielä paljon tietoa tai aikaisempi tieto on hajanaista, on aiheellista käyttää induktiivista analyysia. Tarkoituksena on siis pyrkiä tutkimusaineistosta luomaan teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa analyysia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.) Avointenkysymysten vastaukset koottiin yhteen, jonka jälkeen ne ryhmiteltiin, ja joista samanlaisista vastauksista muodostettiin alaluokkia. Näistä alaluokista muodostettiin yläluokkia ja yhdistävästä tekijästä muodostui pääluokat. Huomioitavaa avointen kysymysten vastauksia tulkittaessa on, että yksi hoitaja pystyi kertomaan yhden tai useamman ongelman tai kehitysehdotuksen potilaan luovutusprosessin tiedonsiirtoon liittyen.

5 TULOKSET

5.1 Osallistujien taustatiedot

Tutkimus lähetettiin yhteensä 48 Pohjanmaan keskisen alueen ensihoitajille ja 57 Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikan hoitajille. Tutkimukseen vastasi 14 Pohjanmaan keskisen alueen ensihoitajaa ja 12 Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikan hoitajaa. Vastausprosentti oli 24,8 %. Sukupuolijakauma oli, naisia 12 ja miehiä 14 vastaajaa. Ensihoitohenkilöstön oli iältään 25-51 vuotiaita ja päivystyspoliklinikan hoitajat 24-43 vuotiaita. Ensihoitohenkilöstön koulutustausta jakautui seuraavasti, Ensihoitoja AMK 2 henkilöä, sairaanhoitaja 11 henkilöä ja 1 henkilö erikoissairaanhoitaja/anestesia. Päivystyspoliklinikan hoitajien koulutustausta 11 oli sairaanhoitajaa ja 1 lähihoitajaa. Ensihoitohenkilöstön työkokemus omassa päätoimisessa työpaikassaan oli keskimäärin 10,3 vuotta ja päivystyspoliklinikan hoitajien päätoimisesta työstään 6,6 vuotta. Ensihoitohenkilöstöllä oli hieman enemmän työkokemusta (1,3 vuotta) vertailussa päivystyspoliklinikan hoitajien työkokemukseen (0,1 vuotta) toistensa työstä.

5.2 Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron toteutumisen vaikutus potilasturvallisuuteen

5.2.1 Toimintaympäristön häiriötekijät

Häiriötekijät osa-alueen tulosten jakautuminen on kuvattu eri kysymysten kohdalla taulukossa 1. Taulukossa 1 on kuvattu myös keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. Tuloksista voidaan tulkita, että neljässä kysymyksessä viidestä keskiarvo on yli kolmen (1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia). (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Toimintaympäristön häiriötekijät

Kysymys	aina		erittäin usein		usein		harvoin		erittäin harvoin		ei koskaan		Ka	Kh
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
*Toimintaympäristössä vallitseva melu haittaa ennakkoilmoitusta	1	3,8	4	15,4	12	46,2	7	26,9	1	3,8	1	3,8	3,769	1,031
*Toimintaympäristössä vallitseva melu haittaa potilaan luovutusraportointia päivystyspoliklinikalla	2	7,7			11	42,3	7	26,9	6	23,1			3,346	,935
*Keskeytykset haittaavat potilaan luovutusraportointia päivystyspoliklinikalla			6	23,1	5	19,2	10	38,5	4	15,4	1	3,8	3,423	1,137
*Ensihoitohenkilöstölle luovutusilanteen aikana tullut uusi hälytystehtävä haittaa potilaan luovutusraportointia päivystyspoliklinikalla					2	7,7	14	53,8	10	38,5			2,692	,617
*Päivystyspoliklinikan hoitajien useat samanaikaiset tehtävät haittaavat ensihoitohenkilöstön raportin vastaanottamista	1	3,8	6	23,1	12	46,2	4	15,4	3	11,5			3,923	1,016
* Merkityssiällöltään käänteinen kysymys														
Ka (keskiarvo) 1= ei ongelmia – 6=paljon ongelmia														
Kh (Keskihajonta)														

Vajaa kolme neljäsosaa (73,1%) hoitajista koki, että päivystyspoliklinikan hoitajien useat samanaikaiset tehtävät haittaavat ensihoitohenkilöstön raportin vastaanottamista usein, erittäin usein tai aina. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo 3,92. Lisäksi vajaa kahden kolmasosan (65,4%) mielestä toimintaympäristön vallitseva melu haittaa ennakkoilmoitusta. Keskiarvo oli kaikkien vastausten kohdalla 3,76. Runsaan yhdeksän kymmenesosan mukaan (92,3%) ensihoitohenkilöstölle luovutusilanteen aikana tullut uusi hälytystehtävä haittaa harvoin tai erittäin harvoin. Kysymysten kaikkien vastausten keskiarvo 2.69. (Taulukko 1.)

5.2.2 Suullinen raportointi

Suullisen raportin osa-alueen tulosten jakautuminen on kuvattu eri kysymysten kohdalla taulukossa 2. Taulukossa 2 on kuvattu myös keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. Tuloksista voidaan tulkita, että kolmessa kysymyksessä kahdesta toista keskiarvo on yli kolmen (1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia). (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Suullinen raportointi

Kysymys	aina		erittäin usein		usein		harvoin		erittäin harvoin		ei koskaan		Ka	Kh
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ensihoitohenkilöstön antama suullinen luovutusraportti sisältää kaiken olennaisen tiedon	1	3,8	12	46,2	12	46,2	1	3,8					2,500	,648
Ensihoitohenkilöstö antaa suullisen luovutus raportin potilaan äidinkielen perusteella	1	3,8	12	46,2	12	46,2	1	3,8					2,500	,648
Päivystyspoliklinikan hoitajat kuuntelevat aktiivisesti ensihoitohenkilöstön suullisen luovutusraportin	1	3,8	12	46,2	12	46,2	1	3,8					2,500	,648
* Liian suuri osa ensihoitohenkilöstön tekemästä suullisesta luovutusraportoinnista tapahtuu muistin varassa			1	3,8	2	7,7	14	53,8	7	26,9	2	7,7	2,730	,874
* Liian suuri osa ensihoitohenkilöstön luovutusraportista jää päivystyspoliklinikan hoitajien muistin varaan					5	19,2	14	53,8	5	19,2	2	7,7	2,846	,833
* Ensihoitohenkilöstön luovutusraportointi on epä johdonmukainen					3	11,5	15	57,7	8	30,8			2,807	,633
* Ensihoitohenkilöstön suullisen luovutusraportin laadussa on eroja riippuen raporttia antavasta henkilöstä	4	15,4	1	3,8	19	73,1	2	7,7					4,269	,827
* Päivystyspoliklinikalla on eroja ensihoitohenkilöstön suullisen luovutusraportin vastaanottokyvyssä riippuen päivystyspoliklinikan hoitajasta	3	11,5	2	7,7	15	57,7	5	19,2	1	3,8			4,038	,958
Päivystyspoliklinikan hoitajat selkeästi varmistavat luovutusraportissa luovutetun tiedon, toistamalla sen tai esittämällä kysymyksiä tai pyytävät selvennystä tarpeen mukaan ensihoitohenkilöstöltä	1	3,8	1	3,8	13	50,0	10	38,5	1	3,8			3,346	,797
* Päivystyspoliklinikalla on vaikeuksia ymmärtää ensihoitohenkilöstön luovutusraportoinnissaan käyttämiä termejä							12	46,2	8	30,8	6	23,1	2,230	,815
* Ensihoitohenkilöstön luovutusraportoinnin yhteydessä ilmenee yhteisymmärryksen puute ensihoitohenkilöstön ja päivystyspoliklinikan hoitajien välillä					3	11,5	7	26,9	16	61,5			2,500	,707
* Ensihoitohenkilöstön ja päivystyspoliklinikan hoitajan yhteisymmärryksen puute johtaa ristiriitatilanteisiin							6	23,1	17	65,4	3	11,5	2,115	,588

* Merkityssisällöltään käänteinen kysymys

Ka (keskiarvo) 1= ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Kh (Keskihajonta)

Yli yhdeksän kymmenestä (92,3%) mukaan ensihoitohenkilöstön suullisen luovutusraportin laadussa on eroja riippuen raporttia antavasta henkilöstöstä usein, erittäin usein tai aina. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo oli 4,27. Tilastollinen merkitsevyys oli päivystyspolin ja ensihoidon hoitajien välillä, p-arvo oli 0,723. Vähän yli kolme neljäs osa (76,9%) oli sitä mieltä, että päivystyspoliklinikalla on eroja ensihoitohenkilöstön suullisen luovutusraportin vastaanottokyvyssä riippuen päivystyspoliklinikan hoitajasta usein, erittäin usein tai aina. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo oli 4,04. Tilastollinen merkitsevyys oli päivystyspolin ja ensihoidon hoitajien välillä, p-arvo oli 0,830. Kaikkien hoitajien mukaan (100%) kahdessa kysymyksessä harvoin, erittäin harvoin tai ei koskaan, päivystyspoliklinikalla ollut vaikeuksia ymmärtää ensihoitohenkilöstön luovutusraportoinnissaan käyttämiä termejä, ja tai ensihoitohenkilöstön ja päivystyspoliklinikan hoitajan yhteisymmärryksen puute johtanut ristiriitatilanteisiin. Kysymysten kaikkien vastausten keskiarvot olivat 2,23 ja 2,12. Runsaan yhdeksän kymmenestä (96,2%) mukaan ensihoitohenkilöstön antama suullinen luovutusraportointi sisältää kaiken olennaisen tiedon, ja ensihoitohenkilöstö antaa suullisen luovutusraportin potilaan äidinkielen perusteella, ja myöskin päivystyspoliklinikan hoitajat kuuntelevat aktiivisesti ensihoitohenkilöstön suullisen luovutusraportin usein, erittäin usein ja aina. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvot olivat 2,50. Lisäksi runsaan yhdeksän kymmenestä (96,2%) mukaan ensihoitohenkilöstön luovutusraportoinnin yhteydessä ilmenee yhteisymmärryksen puute ensihoitohenkilöstön ja päivystyspoliklinikan hoitajien välillä harvoin tai erittäin harvoin. (Taulukko 2.)

5.2.3 Toistuva raportointi

Toistuvan raportoinnin osa-alueen tulosten jakautuminen on kuvattu eri kysymysten kohdalla taulukossa 3. Taulukossa on kuvattu myös keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. Tuloksista voidaan tulkita, että puolessa kysymyksissä keskiarvo oli yli kolmen (1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia). (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Toistuva raportointi

Kysymys	aina		erittäin usein		usein		harvoin		erittäin harvoin		ei koskaan		Ka	Kh
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
*1 Ensihoitohenkilöstö joutuu toistamaan luovutusraportin ensihoituhuoneessa, koska lääkäri, joka potilasta lopulta hoitaa ei ollut läsnä ensimmäisellä raportointikerralla	1	3,8	2	7,7	7	26,9	11	42,3	3	11,5	2	7,7	3,269	1,150
* Ensihoitohenkilöstö joutuu toistamaan raportin, koska hoitaja, joka potilasta hoitaa ei ollut läsnä ensimmäisellä raportointikerralla			1	3,8	1	3,8	10	38,5	11	42,3	3	11,5	2,461	,904
* Ensihoitohenkilöstö raportoi suullisesti päivystyspoliklinikalla samasta potilaasta useammin kuin kahdesti					2	7,7	11	42,3	8	30,8	5	19,2	2,384	,897
* Ensihoitohenkilöstö raportoi suullisesti potilaasta hoitajalle, joka sitten välittää raportin potilaasta vastuussa hoitavalle hoitajalle			1	3,8	8	30,8	10	38,5	7	26,9			3,115	,863
* Merkityssisällöltään käänteinen kysymys														
Ka (keskiarvo) 1= ei ongelmia – 6=paljon ongelmia														
Kh (Keskihajonta)														

Toistuvan raportoinnin osa-alueen tulosten jakautuminen on kuvattu eri kysymysten kohdalla taulukossa 3. Taulukossa on kuvattu myös keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. Tuloksista voidaan tulkita, että puolessa kysymyksissä keskiarvo oli yli kolmen (1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia). Vajaa kaksi viidestä (38,4%) mukaan ensihoito Ensihoitohenkilöstö joutuu toistamaan luovutusraportin ensihoituhuoneessa usein, erittäin usein tai aina, koska lääkäri, joka potilasta lopulta hoitaa ei ollut läsnä ensimmäisellä raportointikerralla. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,27. Vähän yli kaksi kuudesta mukaan (34,6%) ensihoitohenkilöstö raportoi suullisesti potilaasta hoitajalle, joka sitten välittää raportin potilaasta vastuussa hoitavalle hoitajalle usein, erittäin usein. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,12. (Taulukko 3.)

5.2.4 Hoitohenkilökunnan käytös

Hoitohenkilökunnan käytös osa-alueen tulosten jakautuminen on kuvattu eri kysymysten kohdalla taulukossa 4. Taulukossa 4 on kuvattu myös keskiarvot ja kes-

kihajonnat kysymyksittäin. Tuloksista voidaan tulkita, että puolessa kysymyksistä keskiarvo oli yli kolmen (1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia). (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Hoitohenkilökunnan käytös

Kysymys	aina		erittäin usein		usein		harvoin		erittäin harvoin		ei koskaan		Ka	Kh
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Päivystyspoliklinikalla ensihoitohenkilöstön luovutusraportointia arvostetaan	4	15,4	10	38,5	8	30,8	4	15,4					2,461	,947
* Potilaan tilaa aliarvioidaan päivystyspoliklinikan hoitajien toimesta ensihoitohenkilöstön antaessa luovutusraporttia potilaasta	1	3,8	2	7,7	5	19,2	12	46,2	6	23,1			3,230	1,031
* Ensihoitohenkilöstö aliarvioi potilaan tilaa raportoیدessaan					4	15,4	15	57,7	6	23,1	1	3,8	2,846	,731
* Ensihoitohenkilöstö tuo liian vahvasti esille oman näkemysensä, potilaan luovutustilanteissa päivystyspoliklinikalla					2	7,7	16	61,5	6	23,1	2	7,7	2,692	,735
* Ensihoitohenkilöstön ja päivystyspoliklinikan hoitajien välillä esiintyy vastakkainasettelua potilaan luovutustilanteissa					1	3,8	7	26,9	16	61,5	2	7,7	2,692	,666
* Päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta vastaanottaa kiireetön potilas			2	7,7	7	26,9	10	38,5	6	23,1			3,307	1,049
* Päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta ensihoitohenkilöstön luovutusraportointia kohtaan jos potilas tuodaan päivystyspoliklinikalle epäselvinperustein	1	3,8	1	3,8	6	23,1	12	46,2	5	19,2	1	3,8	3,153	1,046
* Päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta jos ensihoitohenkilöstön luovutusraportointi sisältää paljon epäolennaista tietoa	1	3,8			12	46,2	8	30,8	5	19,2			3,384	,941
* Merkityssisällöltään käänteinen kysymys														
Ka (keskiarvo) 1= ei ongelmia – 6=paljon ongelmia														
Kh (Keskihajonta)														

Tasan puolen (50%) mukaan päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta usein tai aina, jos ensihoitohenkilöstön luovutusraportointi sisältää paljon epäolennaista tietoa. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,38. Vajaa kaksi viidestä (38,4) mukaan päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee usein, erittäin usein tai aina kiinnostuksen puutetta vastaanottaa kiireetön potilas. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,31. Vähän alle yksi kolmesta (30,7) mukaan potilaan tilaa aliarvioidaan usein, erittäin usein tai aina päivystyspolikli-

nikan hoitajien toimesta ensihoitohenkilöstön antaessa luovutusraporttia potilaasta. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo oli 3,23. Myöskin vähän alle yksi kolmesta (30,7) mukaan usein, erittäin usein tai aina päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta ensihoitohenkilöstön luovutusraportointia kohtaa, jos potilas tuodaan päivystyspoliklinikalle epäselvinperustein. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo oli 3,15. Lähes kaikkien (96,2%) mukaan harvoin, erittäin harvoin tai ei koskaan ensihoitohenkilöstön ja päivystyspoliklinikan hoitajien välillä esiinny vastakkainasettelua potilaan luovutustilanteissa. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 2,27. Vähän yli viisi kuudesta (84,6%) mukaan päivystyspoliklinikalla ensihoitohenkilöstön luovutusraportointia arvostetaan usein, erittäin usein tai aina. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 2,47. (Taulukko 4.)

5.2.5 Ensihoitokertomus

Ensihoitokertomus osa-alueen tulosten jakautuminen on kuvattu eri kysymysten kohdalla taulukossa 5. Taulukossa on kuvattu myös keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. Tuloksista voidaan tulkita, että kolmessa kysymyksistä keskiarvo oli yli kolmen (1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia). (Taulukko 5.)

Vähän yli kolme viidestä (61,6%) mukaan usein, erittäin usein tai aina ensihoitokertomuksesta puuttuu potilaan aiempia tietoja (esim. allergioita, sairauksia, lääkityksiä). Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,85. Vähän yli puolen (57,7%) mukaan ensihoitokertomus on kirjattu harvoin, erittäin harvoin tai ei koskaan potilaan äidinkielen perusteella. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,85. Tasan puolen (50%) mukaan ensihoitokertomuksen ja sairaalan sisäisen kirjaamisen eroavaisuudet usein tai aina vähentävät ensihoitokertomuksen käyttöä päivystyspoliklinikalla. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,25. Kaikkien (100%) mukaan kahdessa kysymyksessä usein, erittäin usein tai aina, ensihoitokertomuksesta on hyötyä osana potilaan hoitoa päivystyspoliklinikalla ja ensihoitokertomukseen kirjatusta tekstistä saa selvää. Vähän vajaa kahdeksan yhdeksästä (88,5%) mukaan ensihoitokertomus ei voi korvata suullista raportointia kokonaan potilaanluovutusprosessissa. (Taulukko 5.)

5.2.6 Hoidon potilasturvallisuus ja jatkuvuus

Hoidon potilasturvallisuus ja hoidon jatkuvuus osa-alueiden tulosten jakautuminen on kuvattu taulukoissa 6 ja 7. Taulukossa on kuvattu myös päätoimisen työpaikan yhteyttä tuloksiin.

Taulukko 6. Potilasturvallisuuden vaarantuminen

Kysymys	aina		erittäin usein		usein		harvoin		erittäin harvoin		ei koskaan		Md
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
*Potilasturvallisuus vaarantuu potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron aikana?													
Päivystyspoliklinikka					4	33,3	5	41,7	3	25,0			3,00
Ensihoitopalvelu					2	14,3	4	28,6	6	42,9	2	14,3	2,00
Yhteensä					6	23,1	9	34,6	9	34,6	2	7,7	3,00

Mann Whitney U=51,1, p=,95

* Merkityssisällöltään käänteinen kysymys

Ka (keskiarvo) 1= ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Kh (Keskihajonta)

Vajaa seitsemän yhdeksästä (76,9%) mukaan potilasturvallisuus vaarantuu harvoin, erittäin harvoin tai ei koskaan potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron aikana. Päätoimisella työpaikalla ei ollut tilastollista merkitsevyyttä (p=,95) miten potilasturvallisuuden vaarantuminen nähtiin luovutusprosessin tiedonsiirron aikana. (Taulukko 6.)

Taulukko 7. Hoidon jatkuvuuden vaarantuminen

Kysymys	aina		erittäin usein		usein		harvoin		erittäin harvoin		ei koskaan		Md
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
*Hoidon jatkuvuus vaarantuu potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron aikana?													
Päivystyspoliklinikka			1	8,3	3	25,0	3	25,0	5	41,7			3,00
Ensihoitopalvelu					2	14,3	3	21,4	8	57,1	1	7,1	2,00
Yhteensä			1	3,8	5	19,2	6	23,1	13	50,0	1	3,8	2,00

Mann Whitney U=58,5, p=,193

* Merkityssisällöltään käänteinen kysymys

Ka (keskiarvo) 1= ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Myöskin vähän vajaa (76,9%) mukaan hoidon jatkuvuus vaarantuu harvoin, erittäin harvoin tai ei koskaan potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron aikana. Päätoimisella työpaikalla ei ollut tilastollista merkitsevyyttä ($p=,193$) miten hoidon jatkuvuus nähtiin vaarantuvan potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron aikana. Lisäksi tuloksista tuli selväksi, että kaikkien (100%) mukaan on tärkeä, että potilaanluovutusprosessille laadittaisiin yhteiset toimintatavat. (Taulukko7.)

5.2.7 Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron ja päätoimisen työpaikan yhteyksien tarkastelu

Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron ja päätoimisen työpaikan yhteyksien tarkastelu on kuvattu taulukossa 8.

	Päivystyspoliklinikka			Ensihoitopalvelu				
	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n	alpha	p
Häiriötekijät	3,733	,710	12	3,171	,513	14	,722	,028
*Keskeytykset haittaavat potilaan luovutusraportointia päivystyspoliklinikalla	4,083	,900	12	2,857	1,027	14	,603	,004
Suullinen raportointi	2,666	,374	12	2,648	,339	14	,697	,900
Toistuva raportti	2,812	,747	12	2,803	,564	14	,585	,973
Henkilökunnan käytös	2,760	,604	12	3,053	,547	14	,797	,207
Päivystyspoliklinikalla ensihoitohenkilöstön luovutusraportointia arvostetaan	1,833	,718	12	3,00	,784	14	,764	<0,001
*Päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta ensihoitohenkilöstön luovutusraportointia kohtaan jos potilas tuodaan päivystyspoliklinikalle epäselvinperustein	2,750	,866	12	3,50	1,092	14		,067
Ensihoitokertomus	2,658	,387	12	3,007	,397	14	,608	,033
Päivystyspoliklinikalla ensihoitokertomusta käytetään osana potilaan hoitoa	1,583	,669	12	3,214	,699	14	,603	,000
Ensihoitokertomuksesta on hyötyä osana potilaan hoitoa päivystyspoliklinikalla	1,417	,669	12	2,214	,892	14	,507	,018
Koko kyselylomake							0,862	

alpha=Cronbach's Alpha > 0,6=johdonmukaisuus

p< 0,05=tilastollinen merkitsevyys

Ka (keskiarvo) 1= ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Kh (Keskihajonta)

Taulukko 8. Potilaan luovutusprosessin ja päätoimisen työpaikan yhteyksien tarkastelu

Häiriötekijöillä oli tilastollisesti merkitsevä ero päivystyspoliklinikan ja ensihoitopalvelussa päätoimisesti työskentelevien välillä (p=,028). Päivystyspoliklinikan henkilöstön (n=12, Ka= 3,733, Kh=0,710) mukaan häiriötekijöistä on useammin haittaa kuin ensihoitohenkilöstön (n=14, Ka=3,171, Kh=0,513) mukaan. (Taulukko 8.) Merkitsevä ero oli miten keskeytykset haittaavat potilaan luovutusprosessia päivystyspoliklinikalla (p=,004). Päivystyspoliklinikan henkilöstön (n=12, Ka= 4,083 Kh=0,9) mukaan keskeytykset haittaavat enemmän potilaan luovutusrapor-

tointia kuin ensihoitohenkilöstön ($n=14$, $Ka=2,857$ $Kh=1,027$) mukaan. Taas tilastollisesti merkitsevää eroa ei ollut kun päivystyspoliklinikan hoitajien useat samanaikaiset tehtävät haittaavat ensihoitohenkilöstön raportin vastaanottamista ($p=,136$), tai kun toimintaympäristössä vallitseva melu haittaa potilaan luovutusraportointia päivystyspoliklinikalla ($p=,155$). (Taulukko 8.)

Suullisessa raportoinnissa ($p=,90$) ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välillä. Mainittakoon vielä erikseen, että potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron pohjanmaan keskisen alueen ensihoitajien suullisen luovutusraportin laadussa ($p=,723$) ja myös päivystyspoliklinikan hoitajien luovutusraportin vastaanottokyvyssä ($p=,830$) ei ollut merkitseviä eroavaisuuksia. (Taulukko 8.)

Toistuvassa raportoinnissa ($p=,973$) ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välillä. Mainittakoon vielä erikseen, että ensihoitohenkilöstö joutuu toistamaan luovutusraportin ensihoituhuoneessa, koska lääkäri, joka potilasta lopulta hoitaa ei ollut läsnä ensimmäisellä raportointikerralla ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=,799$). Myöskään tilastollista merkitsevää eroa ei ollut ensihoitohenkilöstö raportoi suullisesti potilaasta hoitajalle, joka siten välittää raportin potilaasta vastuussa hoitavalle hoitajalle ($p=,473$). (Taulukko 8.)

Hoitohenkilökunnan käytöksessä oli erittäin merkitsevä ero ($p=<,001$) miten päivystyspoliklinikalla ensihoitohenkilöstön luovutusraportointia arvostetaan. Ensihoitohenkilöstön ($n=14$, $Ka=3,0$, $Kh=,784$) mukaan ensihoitohenkilöstön luovutusraportoinnin arvostuksessa on enemmän ongelmia kuin päivystyspolin henkilökunnan mukaan ($n=12$, $Ka=1,833$, $Kh=,718$). Henkilökunnan käytöksessä oli melkein merkitsevä ero ($p=,067$) kuinka usein nähtiin puutetta päivystyspoliklinikan hoitajien kiinnostuksessa ensihoitohenkilöstön luovutusraportointia kohtaan, jos potilas tuotiin päivystyspoliklinikalle epäselvinperustein. Ensihoitohenkilöstön ($n=14$, $Ka=3,5$, $Kh=1,092$) mukaan päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee enemmän kiinnostuksen puutetta ensihoitohenkilöstön luovutusraportointia kohtaan, kuin päivystyspoliklinikan henkilöstöllä ($n=12$, $Ka=2,75$, $Kh=,866$), jos poti-

las tuodaan päivystyspoliklinikalle epäselvinperustein. Taas tilastollisesti merkitsevää ero ei ollut kun päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta, jos ensihoitohenkilöstön luovutusraportointi sisältää paljon epäolennaista tietoa ($p=,803$), päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta vastaanottaa kiireetön potilas ($p=,323$), tai kun potilaan tilaa myös aliarvioidaan päivystyspoliklinikan hoitajien toimesta ensihoitohenkilöstön antaessa luovutusraporttia potilaasta ($p=,436$). (Taulukko 8.)

Ensihoitokertomuksella oli tilastollisesti merkitsevä ero päivystyspoliklinikan ja ensihoitopalvelussa päätoimisesti työskentelevien välillä ($p=0,033$). Ensihoitohenkilöstön ($n=14$, $Ka=3,007$, $Kh=0,397$) mukaan ensihoitokertomukseen liittyviä ongelmia ilmenee useammin kuin päivystyspoliklinikan henkilöstön ($n=12$, $Ka=2,658$, $Kh=0,387$) mukaan. (Taulukko 7.) Erittäin merkitsevä oli ero ($p=,000$) kuinka koettiin ensihoitokertomusta käytettävän osana potilaan hoitoa päivystyspoliklinikalla. Ensihoitohenkilökunta koki ($n=14$, $Ka=3,214$, $Kh=,699$) että ensihoitokertomuksen käyttämisessä osana potilaan hoitoa päivystyspoliklinikalla oli enemmän ongelmia kuin päivystyspoliklinikan henkilöstön ($n=12$, $Ka=1,583$, $Kh=,699$) mukaan. Merkitsevä ero oli, kuinka koettiin ensihoitokertomuksesta olevan hyötyä osana potilaan hoitoa päivystyspoliklinikalla ($p=,018$). Taas tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=,949$) ei ollut, kun ensihoitokertomuksesta puuttuu potilaan aiempia tietoja (esim. allergioita, sairauksia, lääkityksiä). (Taulukko 8.)

5.3 Strukturoidun raportointimallin käyttö potilaan luovutusprosessissa

Strukturoitu raportointivälineen osa-alueen tulosten jakautuminen on kuvattu eri kysymysten kohdalla taulukossa 9. Taulukossa on kuvattu myös keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. Tuloksista voidaan tulkita, että molemmissa kysymyksissä keskiarvo oli yli kolmen (1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia). (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Strukturoitu raportointimalli

Kysymys	aina		erittäin usein		usein		harvoin		erittäin harvoin		ei koskaan		Ka	Kh
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ensihoitohenkilöstö käyttää strukturoitua raportointimallia potilaan luovutusraportoinnissa			9	34,6	11	42,3	3	11,5			3	11,5	3,115	1,243
Päivystyspoliklinikan hoitajat käyttävät samaa strukturoitua raportointimallia, jota ensihoitohenkilökunta käyttää potilaan luovutusraportoinnissa			2	7,7	10	38,5	9	34,6	1	3,8	4	15,4	3,807	1,167
Tunnen iSBAR -raportointimallin		Kyllä 25 96,2									1	En 3,8		

* Merkityssisällöltään käänteinen kysymys
Ka (keskiarvo) 1= ei ongelmia – 6=paljon ongelmia
Kh (Keskihajonta)

Vähän yli puolen (53,8%) mukaan päivystyspoliklinikan hoitajista käyttävät samaa strukturoitua raportointimallia, jota ensihoitohenkilökunta käyttää potilaan luovutusraportoinnissa harvoin, erittäin harvoin tai ei koskaan. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,81. Vajaa yksi neljäsosa (23%) mukaan ensihoitohenkilöstö käyttää strukturoitua raportointimallia potilaan luovutusraportoinnissa harvoin tai ei koskaan. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,12. Lähes kaikki (96,2%) hoitajista tuntee ISBAR-raportointi mallin. (Taulukko 9.)

Taulukossa 10 on koottu vasemmalle hoitajien vastaukset mitä strukturoitua raportointivälinettä he käyttävät potilaan luovutusraportoinnissa. Niistä on koottu vasemmalta oikealle induktiivisella sisällönanalyysillä pelkistetty/alaluokat, yläluokat ja pääluokka.

Taulukko 10. Hoitajien käyttämä strukturoitu raportointiväline potilaan luovutusraportoinnissa

Alkuperäinen aineisto	Pelkistetty/Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Ei ole mitään ISBAR raportointimallia käytössä. Ainoastaan konsultaatio ja ennakoilmoituksissa.	Ei ole mitään n=1	Ei ole käytössä strukturoitua raportointimallia n=10	Hoitajien käyttämä strukturoitu raportointiväline potilaan luovutusraportoinnissa
En käytä	En käytä n=8		
En käytä			
En käytä			
En käytä			
En käytä			
En käytä			
En käytä			
Nyt ei mitään, jatkossa isbar	Ei tällä hetkellä n=1		
isbar	ISBAR n=8	Käyttää strukturoitua ISBAR-raportointivälinettä n=8	
isbar			
isbar			
isbar			
isbar			
isbar			
isbar			
Isbar, mutta osastoille se vieras ja keskeyttävät usein raportin antamisen epä johdonmukaisilla kysymyksillä	Mukaillen ISBAR n=2	Käyttää yhtä strukturoitua raportointivälinettä mukaillen n=3	
Potilaan luovutusraportoinnissa ehkä mukaillen isbar, mutta isbar on ennemminkin ennakko- ja konsultointiväline			
Kiireellisissä tilanteissa käytän isbaria mukaillen	Pohjautuu ISBAR n=1	Käyttää kahta eri strukturoitua raportointivälinettä n=3	
Pohjautuu isbariin, mutta antaessa raporttia osastolle potilaasta niin raportti menee voitu ohjelman mukaan			
ISBAR tai SV210:s rakenteen mukaan	ISBAR tai SV210 n=2	Käyttää kahta eri strukturoitua raportointivälinettä n=3	
Isbar, kelalomake sv210			
MARCH, cABCDE	MARCH tai cABCDE n=1	Käyttää Kelan SV210 lomaketta n=2	
Sv210 lomake.	Sv210 lomake n=2		
Tiedot käydään läpi Kelan SV210-lomakkeen kirjaamisjärjestyksen mukaillen			
n = hoitajien lukumäärä			

5.4 Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron kehittäminen

Taulukossa 11 on koottu hoitajien vastaukset mitä muita ongelmia he näkevät potilaan luovutusprosessissa. Vasemmalta oikealle on muodostettu alkuperäisestä aineistosta pelkistetty/alaluokat, yläluokat ja pääluokka.

Taulukko 11. Muita ongelmia potilaan luovutusprosessin tiedonsiirrossa ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välillä.

Pelkistetty	Alaluokka	yläluokka	Pääloukka
Triage-luokulla ruuhkaa/potilas paikkoja liian vähän/ Pöydät täynnälomakkeita	Puutteelliset tilat n= 2	Päivystyspoliklinikan tilat puutteelliset n= 2	Muita ongelmia potilaan luovutusprosessin tiedonsiirrossa ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välillä
Hoitajat eivät ehdi ottaa potilasta			
Hoitajia päivystyksessä liian vähän. Joutuvat tekemään montaa tehtävää samanaikaisesti. Kirjaaminen sairaalaan ei ole ensihoidon tehtävä...	Hoitajia liian vähän n=3	Resurssipula n= 3	
Ensihoitajat kirjaavat potilaan sisään.			
Raportissa puuttuu vitaaleja			
Dokumenteista saattaa puuttua olennaisia tietoja, esim. asuuko yksin, onko kotihoitoa, kotihoitoon numero, vitaaleita tai mittauksia ottamatta.	Dokumenteista puuttuu olennaisia tietoja n= 2	Ensihoitokertomuksessa puutteita n= 2	
Potilaiden selvästi liian alhainen triage luokittelu potilaan kuntoon nähden	Liian alhainen triage luokittelu potilaan kuntoon nähden n=2	Potilaan luokittelu puutteellinen n= 3	
Triage luokitus liian alhainen			
kiireellisyysluokat eri taulukoissa/asteikolla	Potilaan luokittelussa epäselvyyttä n= 1		
Ei kuunnella raporttia rauhassa ja keskittyneesti	Päivystyspoliklinikan hoitajat eivät kuuntele keskittyneesti suullisraporttia n= 2		
Huonokuntoiseen potilaan raporttia ei malteta kuunnella kokonaan			
Vähättelyä ensihoitajien ja päivystyspoliklinikan hoitajien välillä	Vähättelyä n= 1	Henkilökunnan käytöksessä ongelmia n= 4	
Tuntuu että ei ole jaksettu ottaa verensokeria, koska oma työdiagnosi on ollut täysin eri mikä potilaalla on ollut	Piittaamattomuus n= 1		
Potilasturvallisuus vaarantuu, koska raportti pidetään liian kovalla äänellä			
Jos on kiire tilanne päivystyksessä, vaikeaa keskittyä ensihoitajien raporttiin kun puhelimet soi, kollegat konsultoivat samanaikaisesti.	Melu n= 2	Melu häiriötekijänä n= 2	
Suuri vaihtuvuus henkilökunnassa päivystyspoliklinikalla	Suuri vaihtuvuus päivystyspoliklinikalla n=1		
Uudet kokemattomat työntekijät, eivät ns. ymmärrä että ovat kokemattomia			
Kokemattomuus ensihoidossa kuin päivystyspoliklinikalla	Kokemattomuus n= 2	Perehdytyksen puute n=3	
Päivystyspoliklinikan osa uusista hoitajista osaavat huonosti suomea	Uudet hoitajat osaavat huonosti Suomea n= 1	Kielitaidon puute n= 1	
Ensihoidon suullisessa raportissa ei mainita kaikkia oleellisia vitaaleja	Ensihoidon suullinen raportti ei sisällä kaikkea oleellista tietoa n=1	Suullisessa raportissa puutteita n= 1	
Ei osaa sanoa n= 9	Ei osaa sanoa n= 9	Ei osaa sanoa n= 9	
Ei ole n= 2			
Ensihoito kaavakkeet eivät enää voi kadota	Ei muita ongelmia n= 3	Ei ongelmia n= 3	

n = hoitajien lukumäärä

Taulukossa 12 on koottu hoitajien vastaukset, miten kehittää potilaan luovutusprosessia tiedonsiirtoa ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välillä.

Taulukko 12. Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välisen toiminnan kehittäminen

Pelkistetty	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Päivystyspoli ja ensihoidon henkilökunta viettäisi joitain päiviä yhdessä	Päivystyspolin ja ensihoidon henkilökunta tuntisivat töistensä työn paremmin n= 1	Päivystyspolin ja ensihoidon yhteisen kognitiivisen kuvan kehittäminen n= 1	Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välisen toiminnan kehittäminen
Päivystys henkilökunta tekemään ensiarvio potilaasta	Päivystyspolin henkilökunta tekemään ensiarvio potilaasta ja sisäänkirjaamaan potilas n= 4	Potilaiden luokittelun ja sisäänkirjaamis menetelmän kehittäminen n= 5	
Vastaava hoitaja jakamaan potilaat ja tekemään triage			
Sisäänkirjaus päivystyspoliklinikalle			
Vastaanottava hoitaja heti vastaanottamassa poliklinikalle tulevaa potilasta			
Hyvä kirjaus triageessa, kopiointi sairaalan järjestelmään	Laadukas kirjaus triage:ssa ja sen kopioiminen järjestelmään n= 1		
Ensihoidolla mahdollisuus päästä potilastietoihin, saada tarvittava info esim allergiat	Ensihoidon ja potilastietojärjestelmän välisen tiedonvälityksen kehittäminen n= 1	Tietoteknisten järjestelmien kehittäminen n= 2	
Jos vitalitiedot siirtyisivät eSV210 lomakkeesta suoraan potilastietojärjestelmiin	Ensihoitokertomuksen ja potilastietojärjestelmän välisen tiedonvälityksen kehittäminen n= 1		
Vain kirjallinen raportointi	Raportoiminen ainoastaan kirjallisesti n= 1	Raportoinnin kehittäminen n= 3	
Kaikki ottaisivat rauhassa aikaa raportille	Suullisen raportoinnin rauhoittaminen n= 1		
Mikäli jotain ei ole tutkittu tai mitattu, niin tulisi kerto miksi ei ole	Suullisessa raportissa maininta mitä ei ole mitattu ja miksi n= 1		
Isbar-raportointimallin käyttöön ottaminen jo ennakoilmoitusta tehdessä	ISBAR-raportointimallin käyttäminen ennakoilmoitusta tehtäessä n= 1	Ennakoilmoituksen kehittäminen n= 2	
Kiireellisen potilaan osalta ennakoilmoituksen sujuvoittaminen	Kiireellisen potilaan ennakoilmoituksen kehittäminen n= 1		
Nykyinen järjestelmä, jossa Saku lomakkeen voi tulostaa etukäteen	Ei tarvetta n= 2	Ei tarvetta kehittää n= 2	
Ei ole x2			
Vaikea sanoa, mutta ne mitkä vähentävät hoitovirheitä ja läheltäpiti tilanteita	Ei tiedä n=12	Hoitaja ei osaa kertoa kehitettävää n= 12	
Ettei olisi Triage liian alhainen, tai suullisessa raportissa puuttuisi vitaaleja			
Ei tiedä			
Tyhjää x9			
Malli olisi hyvä	Mallin luominen n= 1	Standartoidun mallin luominen n= 1	

6 TULOSTEN TARKASTELU

Tässä osiossa pohditaan tutkimuksen tuloksia tutkimuksen tarkoituksen, tavoitteiden ja tutkimusongelmien kautta, joiden pohjalta esitetään johtopäätöksiä ja kehitysehdotuksia. Lisäksi pohditaan tutkimuksen luotettavuutta, eettisyyttä ja esitetään lopuksi jatkotutkimusaiheita.

6.1 Johtopäätökset ja kehitysehdotukset

Tulosten perusteella voidaan todeta, että potilaan luovutusprosessin tiedonsiirtoa pohjanmaan keskisen alueen ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan hoitajien mielestä häiritsevää häiriötekijä. Suurimmaksi häiriötekijäksi nousi päivystyspoliklinikan hoitajien useat samanaikaiset tehtävät. Toiseksi tekijäksi nousi melu, joka häiritsevää niin ennakoitua kuin myös luovutusraportointia. Näissä kummassakaan ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa (s. 44, $p=,136$ ja $p=,155$). Melu nousi myös uudestaan ongelmaksi kahden hoitajan mielestä, kun kysyttiin avoimessa kysymyksessä mahdollisista muista ongelmista potilaan luovutusprosessin tiedonsiirrossa. Samanlaisia tuloksia on saatu myös Mikkosen (2014) tutkimuksessa, joka vahvistaa tutkimuksen tuloksia. Myös Calleja ym. (2011) toteavat tutkimuksessaan, että melulla, kuten monilla muilla toimintaympäristötekijöillä, on todettu olevan haitallinen vaikutus. Lisäksi muissa tutkimuksissa on todettu, että jatkuvat keskeytykset ovat ominaista potilaanluovutusprosessille ensihoidon ja päivystyksen ympäristössä, joka taas voi aiheuttaa virheitä viestinnässä (Sanjuan-Quiles ym. 2019, 169; Fitzpatrick, McKenna, Duncan, Laird, Lyon & Corfield 2018, 1). Johtopäätöksensä voidaan todeta, että raportoinnin tilanteita ja ympäristöä tulisi rauhoittaa, sekä niiden rauhoittamisen keinoihin perehtyä, kuten Mikkonenkin (2014, 42) toteaa.

Suullisen raportoinnin tulosten perusteella potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron pohjanmaan keskisen alueen ensihoitajien suullisen luovutusraportin laadussa ja myös päivystyspoliklinikan hoitajien luovutusraportin vastaanottokyvyyssä on laadullisesti eroavaisuuksia. (Taulukko 2.) Huomioon otettavaa on lisäksi tieto, että päivystyspoliklinikan ja ensihoidon henkilöstön välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa näissä kysymyksissä (s. 44, $p=0,723$ ja $p=0,830$), joka viittaa on-

gelman olemassaoloon. Lisäksi yksi hoitaja itse nosti esille avoimissa kysymyksissä suullisen raportoinnin puutteet ja taas kolme hoitajaa nosti kehityskohteeksi raportoinnin kehittämisen (Taulukko 11 ja 12). Näitä tutkimus tuloksia lisäksi vahvistaa Mikkosen (2014, 30) tutkimuksessa mainitut juuri samat ongelmat. Johtopäätöksenä voidaan todeta tiedonsiirron laadun parantamiseksi strukturoitu raportointimallin käyttöönottamista tulisi harkita, sillä se on keskeinen kehitysehdotus myös monissa aikaisemmissa tutkimuksissa. (Mikkonen 2014; Dojmi ym. 2014; Eronen 2009; Jensen ym 2013; Talbot R & Bleetman A. 2007; Ileadema ym. 2012; Thakore S & Morrison W. 2001.)

Kun tarkastellaan vielä lisäksi strukturoitu raportointiväline osa-alueen tuloksia, voidaan tulkita, että strukturoitu raportointimalli tulisi ottaa käyttöön paremmin. Tätä tukee tulokset siitä, että vajaa yksi neljäsosan (23%) ensihoitohenkilöstöstä käyttää strukturoitua raportointimallia potilaan luovutusraportoinnissa harvoin tai ei koskaan. (Taulukko 9.) Ja vain kahdeksan kaikista vastanneista (30,8%) hoitajasta käytti yhtä tiettyä strukturoitua raportointivälinettä potilaan luovutusraportissa. (Taulukko 11.) Lisäksi strukturoidun raportointimallin käyttöönottamista tukee tulokset, joissa yli puolet (53,8%) päivystyspoliklinikan hoitajista käyttävää harvoin, erittäin harvoin tai ei koskaan samaa strukturoitua raportointimallia, jota ensihoitohenkilökunta käyttää potilaan luovutusraportoinnissa (Taulukko 9). Johtopäätöksenä ja kehitysehdotuksena voitaisiin terävöittää juuri ISBAR-raportointimallin käyttöä, sillä kuten kirjallisuuskatsauksessa Stewart ja Hand (2017, 297) toteavat, ISBAR on menetelmänä tehokas potilasturvallisuuden ylläpitäjä parantuneen viestinnän ansiosta. Tätä tukee tulokset (Taulukko 9) jossa todetaan, että lähes kaikki (96,2%) hoitajista tuntee ISBAR-raportointimallin. Lisäksi 12 hoitajaa kaikista vastanneista (57,7%) käyttää jollakin tapaa ISBAR-raportointimallia potilaan luovutusraportoinnissa (Taulukko 11). Lisäksi tutkimukset, suositukset ja järjestöt suosittelevat ISBAR-raportointimallin käyttöä raportointitilanteissa, ja etenkin ensihoidon ja päivystyksen rajapinnassa (WHO 2007; Valli & Vaala 2018; Vaasan keskussairaala 2018; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2014; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2019; Mikkonen 2014; Stewart & Hand 2017; Owen ym 2009; Jensen 2013). ISBAR-raportointimallin käyttöä voitaisiin terävöittää esimerkiksi lisäämällä koulutusta sen käyttöön, niin raporttia

antavalle kuin sitä vastaanottavalle hoitajalle, ja myös itse perehdytys vaiheessa uusille työntekijöille.

Hoitohenkilökunnan käytöksessä todettiin joitakin ongelmia. Päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta, jos ensihoitohenkilöstön luovutusraportointi sisältää paljon epäoleennaista tietoa. Päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta vastaanottaa kiireetön potilas. Potilaan tilaa myös aliarvioidaan päivystyspoliklinikan hoitajien toimesta ensihoitohenkilöstön antessa luovutusraporttia potilaasta. Edeltävissä ongelmissa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa (s.44-45, $p=,803$, $p=,323$ ja $p=,436$), joka vahvistaa ongelmien olemassaoloa. Ja myöskin päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta ensihoitohenkilöstön luovutusraportointia kohtaan, jos potilas tuodaan päivystyspoliklinikalle epäselvinperustein. (Taulukko 4.) Näitä tutkimustuloksia vahvistaa, että Mikkosenkin (2014, 33) tutkimuksen tuloksissa todetaan juuri samat ongelmat. Lisäksi neljä hoitaja itse nostivat esille avoimessa kysymyksessä ongelmaksi henkilökunnan käytöksen (Taulukko 11). Johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoitohenkilökunnan negatiivisen asennoitumisen syihin tulisi jatkossa perehtyä, kuten Mikkonenkin (2014, 439) tutkimuksessaan toteaa. Lisäksi kehitysehdotuksena olisi hyvä lisätä päivystyspoliklinikan ja ensihoidon henkilöstön yhteisen kognitiivisen kuvan muodostumista, esimerkiksi lisäämällä yhteisiä koulutustilaisuuksia ja sekä pyrkiä luomaan paremmat mahdollisuudet vuoropuheluun näiden henkilöstöjen välillä, kuten myös Mikkonen (2014, 45) toteaa. Avoimessa kysymyksessä yksi hoitaja nosti myös esille päivystyspoliklinikan ja ensihoidon yhteisen kognitiivisen kuvan kehittämisen. Yhteisen kognitiivisen kuvan puute luovutusprosessin aikana, voi olla myös syy hoitohenkilökunnan negatiiviseen asennoitumiseen (Mikkonen 2014, 43).

Toistuva raportointi nähtiin olevan myös ongelma. Ensihoitohenkilöstö joutuu toistamaan luovutusraportin ensihoituhuoneessa, koska lääkäri, joka potilasta lopulta hoitaa ei ollut läsnä ensimmäisellä raportointikerralla. Tässä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa (s. 44, $p=,799$), joka vahvistaa ongelman olemassaoloa. Tutkimus tuloksia vahvistaa, että Mikkosenkin (2014, 31) tutkimus tuloksissa löydettiin sama ongelma. Lisäksi tässä tutkimuksessa toistuvaa raportointia tapah-

tui, kun ensihoitohenkilöstö raportoi suullisesti potilaasta hoitajalle, joka sitten välitti raportin potilaasta vastuussa olevalle hoitajalle. Myöskään tässä ei ollut tilastollista merkitsevää eroa päivystyspoliklinikan ja ensihoidon välillä (s.44, p=,473), joka vahvistaa ongelman olemassaoloa. Lisäksi ensihoidon ja traumatian välisessä tutkimuksessa (Fitzpatrick ym. 2018, 9) on huomattu, että luovutusprosessin tiedonsiirto kaipaa selvästi tunnistettavissa olevaa luovutusjohtoa, joka ottaa vastaan luovutusraportin. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kriittisen potilaan hoidon alkuvaiheessa tulisi varmistaa hoitovastuun siirtyminen ja hoidon saumaton jatkuminen. Tämä edellyttäisi ensihoitohenkilöstön riittävän ajoissa tekemää ennakoilmoitusta, sekä tarvittaessa nopeasti paikalle saatavaa potilaan hoidon kannalta riittävää hoitohenkilökuntaa päivystyspoliklinikalla. On hyvä muistaa, että mitä useammin raportit toistetaan tai ne kulkevat usean toimijan kautta, silloin on todennäköistä, että tieto muuttuu matkalla. (Mikkonen 2014, 12.) Lisäksi johtopäätöksenä voidaan todeta, että hoitovastuun vaihtumista ja itse potilaanluovutusprosessia tulisi selkeyttää, kun potilas saapuu päivystyspoliklinikalle. Kehitysehdotuksena voitaisiin sopia selvästi, että päivystyspoliklinikan hoitaja, mielellään kokenut hoitaja, tulee tekemään ensiarvion, triagen, vastaanottaa raportin ja kirjaa potilaan sisään heti kun potilas saapuu sairaalaan. Lisäksi viisi hoitajaa itse nostivat avoimessa kysymyksessä esille kehitysehdotukseksi, juuri potilaan luokittelun ja sisäänkirjautumismenetelmän kehittämisen (Taulukko 12). Hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden näkökulmasta merkityksellisiä ovat luovutusprosessin organisaatioiden ja hoitoryhmän toiminnan organisointi (Mikkonen 2014, 13-14). Tämä kehitysehdotus kuitenkin vaatisi toteutuakseen luultavammin enemmän päivystyspoliklinikanhoitajia. Hoitajat myös itse nostivat esille avoimessa kysymyksessä ongelmaksi juuri resurssipulan, joka voidaan nähdä olevan syynä siihen, että hoitajat eivät ehdi ottaa potilaita vastaan (Taulukko 11). Päivystyspoliklinikan kuormitus ja resurssien puute hankaloittavat tiedonsiirtoa (Mikkonen 2014, 11).

Lisäksi kolme hoitajaa itse nostivat esille avoimessa kysymyksessä potilaan luokittelun olevan puutteellista, esimerkiksi liian alhaisen triage luokittelun ja epäselvyydet potilaan luokittelun takia. (Taulukko 11). Johtopäätöksenä voidaan todeta, että olisi syytä tarkastella syitä miksi potilaan luokittelu on puutteellista ja

lisäksi selkeyttää luokittelua. Myöskin tähän kehitysehdotuksena voisi toimia se, että päivystyspoliklinikan hoitaja luokittelee ja sisäänkirjaa potilaan. Luokittelun puutteellisuuden kehitysehdotuksena on lisäksi toteuttaa toimenpiteitä, jotka vähentävät riskiä informaation menettämislle potilaan siirtymävaiheessa, esimerkiksi ottaa käyttöön suulliseen raportointiin strukturoitu raportointimalli. Hyvä muistaa, että informaation menettäminen potilaan hoidon siirtymisvaiheessa voi johtaa triagen virheellisiin päätöksiin, jotka koskevat priorisointia lääkärin arviosta tai hoidon viivästymistä tai potilaan virheellistä triage luokittelua (Gudrun 2017). Informaation häviämisen syynä, kun voi olla puutteellinen raportointi (Budd 2011).

Tuloksista havaitaan myös, että ensihoitokertomukseen liittyvissä asioissa oli ongelmia. Ensihoitokertomuksesta puuttuu potilaan aiempia tietoja (esim. allergioita, sairauksia, lääkityksiä). Tässä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa (s. 45, $p=,949$), joka vahvistaa ongelman olemassaoloa. Ensihoitokertomuksen ja sairaalan sisäisen kirjaamisen eroavaisuudet vähentävät ensihoitokertomuksen käyttöä päivystyspoliklinikalla. (Taulukko 5.) Myös Mikkosenkin (2014, 34) tutkimuksesta löydettiin samat ongelmakohdat, jotka vahvistavat edellä mainittuja tuloksia. Lisäksi myös muissa tutkimuksissa on löydetty puutteita ensihoitokertomukseen kirjatuissa taustatiedoissa, kuten kotilääkitys, perussairaudet, tajunnan tason hengityksen (Eronen 2009, 71) ja sairaushistoriassa (Sanjuan-Quiles, ym. 2019, 169). Lisäksi tämän tutkimuksen tuloksissa todettiin, että ensihoitokertomus ei ole kirjattu potilaan äidinkielen perusteella (Taulukko 5). Lisäksi kaksi hoitajaa itse nostivat esille avoimessa kysymyksessä ongelmaksi ensihoitokertomuksessa olevat puutteet (Taulukko 11). Johtopäätöksenä voidaan todeta, että ensihoitokertomuksen ongelmat ja niiden syyt tulisi ottaa tarkastelun kohteeksi. ”Huonolla kirjallisella dokumentaatiolla voi olla juridisia ja hoidon laatuun sekä jatkuvuuteen vaikuttavia seurauksia” (Mikkonen 2014, 12), ja ”potilaalla on oikeus käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen tai ruotsin kielellä” (17.8.1992/785). Johtopäätöksenä ja kehitysehdotuksena voidaan lisäksi todeta, että ensihoitokertomuksen ja potilastietojärjestelmän välisen tiedonvälityksen kehittäminen olisi suotavaa. Myöskin avoimissa kysymyksissä kaksi hoitajaa itse nostivat esille tietoteknisten järjestelmien kehittämisen, etenkin ensihoidon ja

potilastietojärjestelmän välillä (Taulukko 12). Lisäksi ensihoitokertomus osion tuloksista voidaan tehdä selvä johtopäätös, hoitajien mielestä ensihoitokertomus ei voi korvata kokonaan suullista raportointia potilaanluovutusprosessissa (Taulukko 5).

Avoimissa kysymyksissä kolme hoitajan nosti ylös myös ongelmaksi suuren vaihtuvuuden ja kokemattomuuden, joka nähtiin johtuvan perehdytyksen puutteesta (Taulukko 11). Johtopäätöksenä tulisi tarkastella uusien työntekijöiden perehdytyksen laatua ja kestoa, eli kohtaako se tarpeeksi työn vaatimuksia. Perehdytyksen puute voidaan osaltaan nähdä ongelmana myös suullisen raportoinnin laadun kohdalla, jos esimerkiksi uusia työntekijöitä ei ole perehdytetty strukturoidun raportointimallin käyttöön. Raportoinnin laatuun vaikuttaa koulutustausta, tietopohja ja kokemus (Mikkonen 2014, 11). Kehitysehdotuksena perehdytyksessä tulisi kouluttaa uudet työntekijät strukturoidun raportointimallin, ISBAR, käyttöön. Perehdytyksessä tulisi lisäksi huomioida yhteiskoulutukset päivystyksen ja ensihoidon välillä, jotta kyettäisiin lisäämään yhteistä kognitiivista kuvaa luovutusprosessista jo heti alkuvaiheessa. Yhteinen kognitiivinen kuva luovutusprosessista, kun voi myös mahdollisesti vähentää negatiivisia asenteita henkilökunnassa, ja joka on myös tärkeää tiedonsiirron kannalta (Mikkonen 2014, 43).

Päätoimisen työpaikan ja luovutusprosessin tiedonsiirron eri osa-alueiden välisiä yhteyksiä tarkasteltaessa kahdessa osa-alueessa viidestä on tilastollisesti merkitsevä ero päivystyspoliklinikan ja ensihoidon hoitajien välillä (Taulukko 8). Nämä tilastollisesti merkitsevät erot löytyivät osa-alueissa häiriötekijät ja ensihoitokertomus. Tutkimus tuloksia vahvistaa tieto, että Mikkosenkin (2014,35) tutkimuksen tuloksissa oli tilastollisesti merkitsevät erot myös juuri häiriötekijät ja ensihoitokertomuksen osa-alueissa päivystyspoliklinikan ja ensihoidon hoitajien näkemysten välillä. Lisäksi osa-alueiden sisällä löytyi myös erittäin merkitseviä ja merkitseviä tilastollisia eroja päivystyspoliklinikan ja ensihoidon hoitajien välillä (Taulukko 8). Johtopäätöksenä voidaan huomata, että jossakin osa-alueissa on käytöksellisiä eroja, puutetta yhteisessä kognitiivisessa kuvassa, miten luovutusprosessin tiedonsiirto toteutuu. Siksi johtopäätöksenä tulisi etenkin tarkastella jatkossa miksi juuri häiriötekijöiden ja ensihoitokertomuksen osa-alueissa on eroavai-

suuksia riippuen päätoimisesta työpaikasta. Kehitysehdotuksena, kuten myös asenteellisten ongelmien kohdalla on todettu, on lisätä toimenpiteitä, jotka parantavat yhteisen kognitiivisen kuvan muodostumista.

Tutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa on havaittavissa, että useimmissa luovutusprosessin tiedonsiirron osa-alueissa on ongelmakohtia. Tutkimukseen osallistujista oli kuitenkin vastannut, että hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus vaarantuu vain harvoin tai erittäin harvoin luovutusprosessin tiedonsiirron aikana. Lisäksi avoimissa kysymyksissä 9 hoitajaa ei osannut sanoa ongelmia ja 3 ei nähnyt ollenkaan ongelmia luovutusprosessin tiedonsiirrossa (Taulukko 11). Lisäksi 12 hoitajaa ei osannut kertoa kehitettävää ja 2 hoitajaa ei nähnyt kehitettävää luovutusprosessin tiedonsiirrossa (Taulukko 11). Johtopäätöksenä niin ensihoidossa kuin päivystyksessä on henkilökunnalla vaikeuksia tunnistaa ongelmakohtien yhteyttä toisiinsa sekä potilasturvallisuuteen ja hoidon jatkuvuuteen, jota on myös havaittu Mikkosen (2014) tutkimuksessa. Mikkonen (2014, 43) tutkimuksessa nostaa pohdinnassa näihin syyksi, sen että ”ongelmat mahdollisesti olisivat olleet tunnistamatta, ratkaisematta tai samankaltaisia pitkään ja ne olisivat tästä syystä muodostuneet osaksi niin sanottua normaalia toimintaa”. Edellisen väitteen tukena voidaan pitää, että myös tässä tutkimuksessa löydettiin useat samat tutkimustulokset (LIITE 3) kuin Mikkosen jo vuonna 2014 tekemässä tutkimuksessa. Kehitysehdotuksena kuten Mikkosenkin (2014, 44) tutkimuksessa on, että olisi keskeistä pyrkiä siihen, ettei ongelmia päästetä muodostumaan osaksi normaalia toimintaa, jolloin niihin ei enää kiinnitetä huomiota tai niihin ei pyritä vaikuttamaan. Kuten huomataan potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuteen vaikuttavien ongelmien tunnistamista tulisi kehittää, kuten Mikkonenkin (2014, 43) toteaa.

Kuten johtopäätöksistä voidaan todeta kehitysehdotukset linkittyvät vahvasti toisiinsa. Kuten on todettu, potilaan luovutusprosessin sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle on monimutkainen (Mikkonen 2014, 13). Johtopäätöksistä voidaan huomata myös, että Mikkosenkin (2014) tutkimuksesta on löydetty yhtäläisyyksiä niin tuloksista (LIITE 3) kuin johtopäätöksistäkin, joka viittaisi samanlaisiin ongelmiin laajemminkin. Tähän mielestäni hyvänä ratkaisuna on muodostaa yhtenäinen malli koko luovutusprosessiin ja siten selkeyttää sitä.

Kuten tulokset vahvasti viittaavat, kaikkien hoitajien mukaan olisi tärkeää, että potilaanluovutusprosessille laadittaisiin yhteiset toimintatavat. ”Tulevaisuudessa kansallisen standardin luominen potilaan luovutusprosessille on tarpeen, kaikille toimijoille yhteisten, potilaslähtöisten käsitysten ja toimintamallien muodostamiseksi” (Mikkonen 2014, 45).

6.2 Luotettavuus

Kun tarkastellaan kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta, se voidaan jakaa reliabiliteettiin ja validiteettiin. Reliabiliteetilla tarkoitetaan analyysin johdonmukaisuutta ja tulosten pysyvyyttä. Mittarin kohdalla reliabiliteetti tarkoittaa kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia, joita voidaan tutkia mittarin sisäisen johdonmukaisuuden, pysyvyyden ja vastaavuuden näkökulmasta. Validiteettia arvioidaan taas tarkastelemalla, onko mitattu sitä, mitä oli tarkoitus mitata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 189, 190 & 194.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tulee lisäksi arvioida tulosten luotettavuutta, jota tarkastellaan sisäisen ja ulkoisen validiteetin näkökulmasta. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta taas voidaan arvioida uskottavuuden, siirrettävyyden, riippuvuuden ja vahvistettavuuden näkökulmasta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 197). Tutkimuksen luotettavuuden perustana on kuitenkin mittarin sisältövaliditeetti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 190).

Tässä tutkimuksessa oli saada tietoa Pohjamaan keskisen alueen pelastuslaitoksen ensihoitopalvelun ensihoitohenkilöstön ja Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikan hoitajien näkökulmasta potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron toteutumisesta kohdeorganisaatioissa kokonaistutkimuksen avulla. Tämä tarkoitti, että kyselylomake lähetettiin jokaiselle 105 henkilölle. Tutkimuksen vastausprosentti jäi alhaiseksi (24,8%), eli vastaajia oli 26, joka tulee huomioida luotettavuutta arvioitaessa.

Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen pohjana käytettiin Mikkosen (2014, 56-59) tekemään kyselylomaketta. Onkin hyvin suositeltavaa käyttää olemassa olevia ja testattuja mittareita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190). Muutoksia, joita tehtiin (s. 21) Mikkosen (2014) kyselylomakkeeseen, voidaan tutkijan mie-

lestä olleen hyvin pieniä, joten niiden ei pitäisi vaikuttaa mittarin pysyvyyteen negatiivisesti. Tämän tutkimuksen kyselylomake esitestaus tehtiin Vaasan päivystyspoliklinikan sairaanhoitajalla. Tutkijan mielestä tämä oli riittävä esitestausta, sillä muutokset, joita alkuperäiseen tehtiin olevan hyvin pienet. Lisäksi Mikkonen (2014, 50) tutkimuksessaan oli esitestannut tutkimuksen laajemmin, esimerkiksi huomioiden myös ensihoidon esitestauksessa.

Mittaria arvioidessa tulee pohtia kriittisesti mittarin ikää ja kontekstisidonnaisuutta. Hyvä muistaa, että hoitotyö ja terveydenhuolto kehittyvät jatkuvasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190.) Voidaan toki pohtia, että Mikkosen (2014) kohdeorganisaatiot olivat eri, yliopistollisia sairaaloita, kuin tässä tutkimuksessa, mutta sen aihealue oli kuitenkin sama. Mikkosen tutkimus oli vuodelta 2014, joten sitä ei pidetty liian vanhana, kun vertailtiin sen tuloksia tähän tutkimukseen.

Mittarin luotettavuuden kannalta on tärkeää pohtia, onko mittari riittävän kattava, ja onko tutkimusilmiö niin selvärajainen, että sitä voi mitata luotettavasti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190). Tutkimusaiheena, potilaan luovutusprosessin sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle on todettu olevan monimutkainen (Mikkonen 2014, 13), joka hankaloittaa mittarin kattavuuden arvioimista. Tutkija teki tietoisin valinnan rajoittamalla tutkimusalueen tiedonsiirtoon potilaanluovutusprosessista, vaikka mahdollisesti jokin tiedonsiirtoon vahvasti liittyvä alue jäisi pois kyselylomakkeesta. Siksi tietoisesti tutkimuksen loppuun lisättiin toinen avoin kysymys, jolla yhtenä asiana haluttiin juuri tuoda ymmärrystä lisää kompleksiseen potilaanluovutusprosessin tiedonsiirtoon. Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimustavan yhdistämisen yhtenä etuna on kyky kuvata käytännön toiminnan ja toimintaympäristön kompleksisuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 78.) Näiden avointen kysymysten (Taulukko 11. ja Taulukko 12.) avulla saatiin tietoa, että mahdollisesti aihealueita potilaiden luokittelun ja sisäänkirjaus menetelmän, ja ennakoilmoitus, olisi voinut tarkastella paremmin kyselylomakkeessa.

Katoa tutkimuksessa syntyi (75,2%) paljon. Katoa kuitenkin pyrittiin saamaan mahdollisimman pieneksi, lähettämällä kyselylomake sähköisessä muodossa sähköpostilla, jolla toivottiin saavan enemmän vastaajia kuin paperisella versiolla. Kohdeorganisaatioiden yhteyshenkilöiden avulla saatiin kaikkien kohderyhmän henkilöiden sähköpostiosoitteet, jonka avulla kyselylomake saatiin lähetettyä heille kaikille. Lisäksi kyselylomake toteutettiin niin että sen vastaamiseen ei kestänyt yli 15 minuuttia, joka olisi voinut entisestään vähentää vastaajia. Kyselylomakkeen vastaamiseen käytettävä aika ei ole suotavaa ylittää noin 15 minuuttia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 116). Kohdeorganisaatioiden yhteyshenkilöt lupasivat ottaa tutkimuksen esille osastokokouksissaan, jolloin tutkimukseen osallistujat olivat tietoisia tutkimuksesta. Katoa olisi voinut mahdollisesti vähentää, jos tutkija olisi ollut henkilökohtaisesti esittelemässä tutkimusta osastokokouksessa. Nyt tutkija jäi hieman etäiseksi. Toki tutkimus aihe oli suunnattu juuri vastaajille, ja etenkin juuri heidän mielipiteensä ylös tuomiseen. Näin ollen voidaan olettaa, että tutkimusaihe oli hyödyllinen ja myös kiinnostava. Katoa yritettiin lisäksi vähentää muistutuskirjein. Katoa yritettiin myös vähentää siten, että kyselylomake oli riittävän kauan auki vastaajille. Katoa mahdollisesti lisäsi se, että saattekirjettä ei voitu korkeakoulun puolesta kääntää ruotsin kielelle, joka nähtiinkin vähäisenä ruotsinkielisten vastausten määrässä. Katoa mahdollisesti lisäsi se, että kyselylomaketta ei voinut keskeyttää ja jatkaa myöhemmin esimerkiksi seuraavana päivänä. Näin tehtiin e-lomake ohjelma rajoitusten takia, koska haluttiin säilyttää tutkittavien yksityisyys ja haluttiin, että kaikkiin kyselylomakkeiden kysymyksiin vastattiin.

Otoksen edustavuutta tarkastellessa vastaajien päätoimisen työpaikan suhde oli melkein sama. Lisäksi koulutustausta oli melkein samanlainen. Työkokemuksessa nähtiin hieman eroavaisuutta, mutta ei tutkijan mielestä liikaa ja myös keskimääräinen työkokemus oli tutkijan mielestä riittävä. (ks. osallistujien taustatiedot s. 33). Hyvä muistaa, että ensihoitajien raportin laatuun ja päivystyspoliklinikan hoitajien raportin vastaanottamisen laatuun vaikuttaa koulutustausta, tietopohja ja kokemus (Mikkonen 2014, 11. Jensen ym. 2013; Owen ym 2009). Tästä voidaan tehdä päätelmä, että otos oli edustava.

Mittarin sisäisen johdonmukaisuutta, eli miten kunkin osamittarin muuttujat mittaavat samaa asiaa, voidaan tutkia Cronbachin alfa kertoimen avulla (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 194). Tässä tutkimuksessa Cronbachin alfa kerrointa on analysoitu ”Aineiston analysointi” (s. 27) kohdassa. Kuten huomataan Cronbachin alfa kertoimet joihin tyydyttiin summanmuuttujien kohdalla, 0,585 - 0,797, olivat hyvät perustellusti.

Avoimet kysymykset analysoitiin kvalitatiivisella, induktiivisella eli aineistolähtöisellä, sisällönanalyysi menetelmällä. Näin tehtiin, koska haluttiin antaa hoitajille mahdollisuus tuoda esille uutta tietoa, sillä asiaa ei ole tutkittu kovinkaan paljon juuri Suomessa. Jos tiedetään ettei asiasta ole vielä paljon tietoa tai aikaisempi tieto on hajanaista, on aiheellista käyttää induktiivista analyysia. Tarkoituksena on siis pyrkiä tutkimusaineistosta luomaan teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa analyysia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerin edellytyksenä, on että tutkimustulokset on tuotu ilmi niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty. Uskottavuuteen liittyy myöskin, miten hyvin tutkijan luokitukset tai kategoriat on muodostettu ja miten ne kattavat koko aineiston. Aineiston ja tulosten suhteen on tärkeää, että tutkija on kuvannut analyysinsä mahdollisimman tarkasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Sisällönanalyyseistä on muodostettu kuvat (Taulukko 10, 11 ja 12.), jotta lukija pystyy tuloksia lukiessaan tarkastelemaan samalla, miten itse tutkija on päätenyt hänen tuloksiinsa. Tulosten uskottavuuteen voi vaikuttaa, se että itse tutkijalla on kokemusta päivystyspoliikina toiminnasta vain noin kahden kuukauden ajalta.

Kvantitatiivisen tutkimuksen tulosten ulkoinen validiteetti, tarkoittaa miten hyvin tulokset ovat yleistettävissä. Kvalitatiivisen tutkimuksen siirrettävyydellä tarkoitetaan, sitä että missä määrin tutkimuksen tulokset voisivat olla siirrettävissä johonkin muuhun tutkimusympäristöön. Siirrettävyyden kriteeri vaatii tutkijan huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien valinnan ja taustojen kartoittamista sekä aineiston keruun ja analysoinnin tarkkaa kuvausta. (Kankkunen & Vehviläi-

nen-Julkunen 2013, 198.) Kun pohditaan tämän tutkimuksen luotettavuutta, mahdollista yleistettävyyttä ja siirrettävyyttä, voidaan pitää kohdeorganisaatioiden kohdalla tutkimuksen tuloksia hyvinkin suuntaa antavina. Suurimpana heikkoutena luotettavuudelle voidaan pitää otoksen kokoa, joka jäi pieneksi. On kuitenkin hyvä muistaa, että tutkimuksen tuloksissa oli paljon yhtäläisyyksiä (LIITE 3.) Mikkosen (2014) tekemään tutkimukseen, joka toisaalta vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta. Etenkin kun pohditaan tutkimuksen yleistettävyyttä ja siirrettävyyttä laajempaan tutkimusympäristöön, voidaan yhdessä Mikkosen tutkimuksen tulosten kanssa pitää hyvinkin suuntaa antavina.

6.3 Eettisyys

”Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin”. Tieteellistä toimintaa ohjaa erilaiset ohjeistukset sekä lainsäädäntö. (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 211.)

Tutkijan tulisi pohtia millaista hyötyä tutkimuksen tieto voisi antaa hoitotyön laadun kehittämiseen ja pohtia myös yhteiskunnallista merkitystä (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 218). Siksi tavoitteissa on selvästi todettu, tämän tutkimuksen tavoitteena on antavan hyödyllistä tietoa tarkastella potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron toteutumista tällä hetkellä hoitajien näkemyksenä ennen kaikkea kohdeorganisaatioissa, ja mahdollisesti sitten auttaa kehittämään ja parantamaan potilasturvallisuutta tältä osin. Jatkotutkimus osiossa (s. 64-66) on pohdittu vielä lisää organisaatiota tason ja laajemmin yhteiskunnallisella tasolla, miten tutkimuksen tietoa voitaisiin hyödyntää tulevaisuudessa jatkotutkimuksissa.

Tutkimusta toteutettaessa tulee tutkijan pohtia vaikutuksia, mahdollisia haittoja, tutkittavaan ryhmään. Haittoja voi olla esimerkiksi fyysisiä, emotionaalisia, sosiaalisia tai taloudellisia (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 218). Oli tärkeää mahdollistaa tutkittavan kertoa avoimesti mahdollisista negatiivistakin asioista koskien potilaan luovutusprosessin tiedonsiirtoa, siten että ei heidän työnantajansa tai johtavassa asemassa olevat henkilöstöt saa tietää heidän henkilöllisyyttään. Siksi tutkija varmisti, että kysely menee ainoastaan hänen kauttaan vastaajille ja niistä tulleet vastauksiin pääsee ainoastaan käsiksi itse tutkija. Lisäksi mahdollisten tie-

toturvariskien välttämiseksi tutkimuksen tekijän tietokone oli suojattu virustorjuntaohjelmalla, ja itse kyselylomake lähetettiin ja vastaanotettiin luotettavalla e-lomake ohjelmalla, jonka itse Vaasan ammattikorkeakoulu on hyväksynyt.

Tämä tarkoitti, ettei tutkimustietoja luovutettu kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle henkilölle tai taholle. Anonymiteetti onkin keskeinen asia tutkimustyössä (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 221).

Aineiston tulosten julkaisemisesta ja säilyttämisestä on tiedotettavia tutkittavia (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 221), ja siksi saatekirjeessä todettiin: ”Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja vastaukset jätetään nimettömänä. Yksittäisen henkilön vastauksia ei voida tunnistaa. Vastaukset tuhotaan tutkimuksen valmistuttua”

Eettisten ohjeiden mukaan tulee kunnioittaa tutkittavien itsemääräämisoikeutta, jolloin osallistuminen on vapaaehtoisuutta ja kieltäytymisen mahdollisuus tulee turvata (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 221). Siksi vastaamisen vapaaehtoisuus mainittiin selvästi saatekirjeessä.

Lisäksi tulee huomioida tutkimusta laadittaessa, että tutkittavilla on oltava mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietojaan sekä keskeyttää tutkimus. Tutkittavien on tiedettävä tutkimuksen luonne sekä oikeutensa kieltäytyä osallistumasta. (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 219). Tämän tutkimuksen saatekirjeessä ei selvästi kerrottu vastaajille kyselylomakkeessa, että kysymyksiä saa esittää, joka voidaan pitää mahdollisesti eettisesti huonona. Toki kyselylomakkeen saatekirjeessä oli selvästi laitettu esille kyselyn tekijän sähköpostiosoite, joka oli tarkoitettu juuri vastaajille kysymysten esittämistä varten. Saatekirjeessä kuvailtiin tutkimuksen luonne, eli kohde ja tavoite, osallistuville neutraalisti ja asiallisesti. Saatekirje tulee olla laadittu kieleltään neutraalisti ja asiallisesti, osallistumattomuus ei saa aiheuttaa uhkia (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 219).

Tutkittavien tulee olla tasa-arvoisessa asemassa, johon kuuluu myös tutkittavien kulttuuristen uskomusten, tapojen ja elämäntavan kunnioittaminen (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 221). Siksi saatekirjeessä huomioitiin myös äidinkieleltään

ruotsinkieliset vastaajat. Valitettavasti itse kyselylomaketta ei voitu kääntää ruotsin kielelle, mutta asiasta pahoiteltiin ja perusteltiin selvästi.

Avointen kysymysten vastausten kohdalla huomioitiin eettisyyttä, siten että alkuperäiset vastaukset pelkistettiin. Tutkimukseen osallistuvaa ei saa kyetä tunnistamaan esimerkiksi murreilmausten mukaan, ja siksi alkuperäislainaukset kuvataan yleiskielellä. (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 198.) Siksi alkuperäiset lainaukset kuvattiin pelkistetyssä muodossa yleiskielellä. Lisäksi kaikki vastaukset käännettiin suomen kielelle, jotta vastaajia ei voisi erottaa kielen perusteella.

Tutkimuskäytännöt ovat erilaiset eri organisaatioissa, mutta yleensä tutkimuksen tekemiseen tarvitaan lupa ylihoitajalta tai johtavalta lääkäriltä. Tutkija tulee perehtyä kohdeorganisaation lupamenettelyihin ja toimia ohjeiden mukaisesti (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 222-223.) Tästä tutkimusta tehdessä noudatettiin Vaasan keskussairaalan opinnäytetyön ohjeita, ja lupaa tutkimukselle haettiin ensin ylihoitajalta. Ensihoidon puolelta pyydettiin lupaa ensihoidon esimiehiltä. Tästä tutkimuksesta ei haettu eettisen toimikunnan lupaa, koska yleisesti sitä ei tarvita, jos tutkimuksen kohteena on hoitohenkilökunta (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 222). Kyselylomakkeen pohjana käytettiin Mikkosen (2014) tutkimuksen kyselylomaketta, jonka käyttämiseen ja muokkaamiseen pyydettiin lupa sähköpostitse. Muokkaukset on kuvattu tarkasti kyselylomakkeen laatiminen ja aineistonkeruu kohdassa. Lisäksi lainattuihin kuviin (Kuva 1. & Kuva 2.) kysyttiin tekijöiltä lupa sähköpostitse.

Lisäksi tutkimuksessa ei ole plagioitu, lähde merkinnät on tehty tarkasti, tutkimuksen vaiheet on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja tuloksia ei ole sepitetty tai vähätelty (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 224-225).

6.4 Jatkotutkimukset

Kuten aikaisemminkin on todettu, tutkimusaiheena potilaan luovutusprosessin sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle on todettu olevan monimutkainen (Mikkonen 2014, 13). Siksi yleisellä ja paikallisella tasolla tulisikin jatkossa tutkia tätä aihetta, tiedonsiirronkin osalta, juurikin ”prosessina”. Paikalli-

sella tasolla tämän tutkimuksen tuloksia voidaan pitää hyvinkin suuntaa antavina jatkotutkimuksia ajatellen, kun tutkitaan potilaan luovutusprosessin toteutumista sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta. Ja yhdessä Mikkosen (2014) tutkimuksen kanssa voidaan käyttää tätä tutkimusta suuntaa antavana hyödyksi jatkotutkimuksissa myös Suomen tasolla.

Paikallisella, kohde organisaatio tasolla, jatkossa voitaisiin tutkia potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron ja koko potilaan luovutusprosessiin liittyviä osa-alueita tarkemmin. Tässä tärkeää olisi myös tarkastella näiden osa-alueiden yhteyttä toisiinsa. Mahdollisesti tulevaisuudessa hyödyllistä olisi tutkia näitä osa-alueita esimerkiksi interventiotutkimuksilla. Terveydenhuollossa interventio tarkoittaa väliintuloa tai toimenpidettä, jolla yritetään vaikuttaa yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen (terveyskirjasto 2020). Lisäksi jatkossa olisi mahdollisesti hyvä tutkia asiaa myös kvalitatiivisen tutkimusten avulla, sillä tätä aihetta ei ole Suomessa kuitenkaan niin paljon tutkittu. Kvalitatiivisten tutkimusten avulla voidaan kuvata uusia tutkimus alueita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66).

Tulosten perusteella luovutusprosessin tiedonsiirron osa-alueista tarkemmin voitaisiin tutkia näiden organisaatioiden tasolla, etenkin suullista raportoinnin laatua ja häiriötekijöitä. Etenkin suullisen raportoinnin kehittämiseksi voisi tutkia strukturoidun raportointimallin käyttöön ottamista interventiotutkimuksen avulla. Sattunnaistettuja ja kontrolloituja interventio tutkimuksia pidetään luotettavimpana tapana mitata vaikuttavuutta (Rautava, Salanterä, Helenius & Tofferi 2009). Häiriötekijöiden syytä olisi hyvä tutkia esimerkiksi haastattelun avulla, esimerkiksi ryhmä- ja teemahaastattelun keinoin. Haastattelu on yksi kvalitatiivisen tutkimuksen aineistokeruumenetelmistä. Kvalitatiivista tutkimusta voidaan käyttää silloinkin, kun halutaan tutkia asiaa ymmärtämisen näkökulmasta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123, 66). Tulosten perusteella, jatkossa tulisi tutkia enemmän myös potilaiden luokittelun ja sisäänkirjaus menetelmän, ja ennakkoilmoituksen toteutumista organisaatio tasolla.

Lisäksi jatkossa olisi erittäin hyödyllistä tutkia asiaa, kuten organisaatio tasolla, laajemminkin Suomessa eri organisaatioihin keskittyen.

Näiden tutkimusten avulla voitaisiin, lisäksi luoda lisää mittareita tarkastelemaan potilaan luovutusprosessin tilaa tulevaisuudessa, mahdollisten toimien vaikutusta, kuten ISBAR-menetelmän laadukkaampaa käyttöönottamista. Kuten Sosiaali- ja terveysministeriön tekemä suositus (2014) “Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin”, lisäksi painottaa laatu- ja potilasturvallisuustyön toteutumisen edellyttävän systemaattista työtä Plan-Do-Check-Act-logiikan mukaisesti. Check eli tarkistamis-/arviointivaiheessa arvioidaan muutoksen suuntaa, usein erilaisten mittareiden avulla, saavutetaanko haluttu tulos.

Kuten tämän tutkimuksen ja Mikkosen (2014) tutkimuksen tulosten perusteella löydettiin useita samoja ongelmakohtia liittyen potilaan luovutusprosessin tiedonsiirrossa. Lisäksi merkittävien haittatapahtumiin vaikuttavat tekijät ovat tiedonkulun ongelmat (Kinnunen & Helevuo 2017), ja 70 prosenttia terveydenhuollon haittatapahtumiin myötävaikuttavat kommunikaatio ongelmat, kuten tiedonkulun katkeaminen ja väärinymmärrykset. Ja lisäksi tieto, että tämänlaiset olosuhteet potilaan luovutusraportoinnissa ensihoidon ja päivystyksen välillä voi johtaa hoidon keskeytymiseen, kliinisen käytännön vaihtelevuudenlisääntymiseen, menettelyjen eheyden vähentymiseen ja haittavaikutusten esiintymiseen, jopa 60-80% tapauksissa (Sanjuan-Quiles ym. 2019). Siten lopuksi voidaan todeta, että jatkotutkimukset potilaan luovutusprosessin ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välille olisi erityisen tärkeitä tulevaisuudessa, kun halutaan parantaa potilasturvallisuutta ja ylläpitää sitä. Kuten Vaasan sairaanhoitopiirin laatu- ja potilasturvallisuuspolitiikkaan (2018), tavoitteena onkin, ”toiminnan jatkuva kehittäminen ja toiminnan riskien säännöllinen arviointi, jotta estettävissä olevia, hoitoprosessin poikkeamista johtuvia haittoja ei tapahdu yhdelläkään potilaalle.”

LÄHTEET

17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 1.11.2018.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Budd, HR., Almond, LM. & Porter K. 2011. A survey of trauma alert criteria and handover practice in England and Wales. *Emergency Medicine Journal* 24, 302 – 304. Viitattu: 1.10.2019.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2658246/pdf/302.pdf>

Calleja, P., Aitken LM. & Cooke ML. 2011. Information transfer for multi-trauma patients on practice in England and Wales. *Emergency Medicine Journal* 24, 302-304. Viitattu 10.1.2019. https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43119156/Information_transfer_for_multi-trauma_pa20160226-21468-jm3mtm.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1548259359&Signature=A8C73SATqvk5flkeJnx77qxpoug%3D&response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DInformation_transfer_for_multi-trauma_pa.pdf

Dawson, S., King, L. & Grantham, H. 2013. Review article: Improving the hospital handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emergency Medicine Australasia*. 5. 393 - 405. Viitattu 23.2.2019.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24099367>

Dojmi Di Delupis, F., Pisanelli, P., Du Luccio, G., Kennedy, M., Tellini, S., Nenci, N., Guerrini, E., Pini, R. & Franco Gensini, G. 2014. Communication during handover in the pre-hospital/hospital interface in Italy: from evaluation to implementation of multidisciplinary training through high-fidelity simulation. *Internal and Emergency Medicine*. 9:575-582. Viitattu 15.10.2019:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24429589>

Ebben, RH., van Grunsven, PM., Moors, ML., Aldenhoven, P., de Vaan, J., van Hut, R., van Achterberg, T. & Vloet, LC. 2015. A tailored e-learning program to improve handover in the chain of emergency care: a pre test post-test study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 23:33. Viitattu 1.10.2019:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4422253/pdf/13049_2015_Article_113.pdf

Eisenmann, D., Stroben, F., Gerken, JD., Exadaktylos, AK., Machner, M. & Hautz WE. 2017. Interprofessional Emergency Training Leads to Changes in the Workplace. *Western Journal of Emergency Medicine*. 19.1. Viitattu 20.2.2019:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5785192/pdf/wjem-19-185.pdf>

Eronen, I., 2009. Ensihoitokertomuksen käytettävyys - päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajien näkökulma. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Viitattu

15.1.2019. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uf-20090081/urn_nbn_fi_uf-20090081.pdf

Fitzpatrick, D., Maxwell, D. & Craigie, A. 2018. The feasibility, acceptability and preliminary testing of novel, low-tech intervention to improve pre-hospital data recording for pre-alert and handover to the Emergency Department. *BMC Emergency Medicine*. 18:16. Viitattu: 25.3.2019. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6019792/pdf/12873_2018_Article_168.pdf

Fitzpatrick, D., McKenna, M., Duncan, EAS., Laird, C., Lyon R. & Corfield A. 2018. Critcomms: a national cross-sectional questionnaire based study to investigate prehospital handover practices between ambulance clinicians and specialist prehospital teams in Scotland. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 26:25. Viitattu 28.3.2019. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5984735/pdf/13049_2018_Article_512.pdf

Green, J. & Thorogood N. 2014. *Qualitative methods for health research*. UK. Ashford Colour Press Ltd. Sage Publications Ltd.

Gudrun, R., Norris, JM., Hayden, KA., Abraham, J., Yokom, K., Nowell, L., Lazarenko, GC. & Lang, ES. 2017. Transition in care from paramedics to emergency department nurses: a systematic review protocol. 2. Viitattu 20.2.2019 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5738052/pdf/13643_2017_Article_651.pdf

Heikkilä, T. 2014. *Muuttujien väliset riippuvuudet. Riippuvuudet. Tilastollinen tutkimus*. Edita Publishing. 14. Viitattu 20.5.2019: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/5.SPSS/Riippuvuudet.pdf>

Helevuo, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. *Potilasturvallisuus – Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti*. Helsinki. Fioca Oy.

Hovenkamp, GT., Olgers TJ., Wortel RR., Noltes ME., Dercksen B. & Maaten JC. 2018. The satisfaction regarding handover between ambulance and emergency department nurses: an observational study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*. 26:78. Viitattu 12.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6131795/>

Ieadema R., Ball, C., Daly, B., Young, J., Green, T., Middleton, PM., Foster-Curry, C., Jones, M-, Hoy, S. & Comeford, D. 2012. Design and trial of a new ambulance to emergency department handover protocol: "IMIST-AMBO". *BMJ Quality & Safety* 21, 627–633.

Jensen, SM., Lippert, A. & Ostergaard, D. 2013. Handover of patients: a topical review of ambulance crew to emergency department handover. *Acta Anaestheo-*

logica Scandinavica 57, 964–970 Viitattu 25.5.2019
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/aas.12125>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kemppainen, M. & Kapanen, S. 2017. Potilaan vastaanottaminen päivystyksessä. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kinnunen, M & Helevuo, A. 2017. Potilasturvallisuuden varmistaminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Sairaanhoidajan tietokanta. Terveysportti. Viitattu: 28.9.2018.
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.puv.fi/dtk/shk/koti>

Kinnunen, M. & Helevuo, A. 2017. Potilasturvallisuus. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Viitattu 24.11.2018.
<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.puv.fi/dtk/shk/koti>

Kupari, P- & Rantanen, T. 2012. ISBAR auttaa viestimään oleellisen. Systole (2), 21-22.

L 30.12.2010/1326. Terveydenhuoltolaki. Laatu ja potilasturvallisuus. Viitattu 23.10.2018.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuoltolaki#L1P8](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuoltolaki#L1P8)

Metsämuuronen J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä, opiskelijalaitos. Vaajakoski: International Methelp Ky.

Mikkonen, S. 2014. Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. Pro-gradu –tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto

Owen, C., Hemmings, L. & Brown, T. 2009. Lost in translation: Maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department Emergency Medicine Australasia 21, 102 -107. Viitattu 10.1.2019.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1742-6723.2009.01168.x>

Paakkonen H. 2008. The contemporary and future clinical skills of emergency department nurses : experts' perceptions using Delphi-technique. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, 161- 163. Viitattu 10.1.2019
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1073-7/urn_isbn_978-951-27-1073-7.pdf

Rautava, P., Salanterä, S., Helenius, H. & Tofferi, H. 2009. Vaikuttavuuden mittaaminen ja palvelujärjestelmätutkimus. Viitattu 20.2.2020.
http://www.turkucrc.fi/files/163/vaikuttavuus_20090810.pdf

Reunamo. 2019. Pikaohjeita SPSS:lle (Reunamo). Viitattu 21.2.2020: <https://www.mv.helsinki.fi/home/reunamo/opetus/spssohje.htm>

Riesenberg, LA., Leitzsch, J. & Little BW. 2009. Systematic review of handoff mnemonic literature. *Am J Med Qual.* 24; 196. Viitattu 20.10.2018. https://www.researchgate.net/publication/24185457_Systematic_Review_of_Handoff_Mnemonics_Literature

Sairaanhoitajat. 2014. Potilasturvallisuus. kliininen hoitotyö, asiantuntijatoiminta, potilasturvallisuus. ISBAR –menetelmä turvallisempaan tiedonkulkuun!. Viitattu 20.10.2018. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/>

Sanjuan-Quiles, A., Hernández-Ramon, M. del P., Juliá-Sanchis, R., Carcía-Aracil, N., Castejón-de la Encina, M.E. & Perpiñá-Galvañ, J. 2019. Handover of Patients From Prehospital Emergency Services to Emergency Departments, A Qualitative Analysis Based on Experiences of Nurses. *Journal of Nursing Care Quality.* 34:2. 169-174. Viitattu: 25.3.2019. https://journals.lww.com/jncqjournal/fulltext/2019/04000/Handover_of_Patients_From_Prehospital_Emergency.14.aspx#pdf-link

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja. 2014:23. Helsinki. Viitattu 25.4.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN_ISBN_978-952-00-3489-4.pdf

Sosiaali- ja Terveystieteiden ministeriö. 2017:9. Potilas- ja Asiakasturvallisuusstrategia. Valtioneuvoston periaatepäätös. Helsinki. 12. Viitattu 1.11.2018. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80352/09_2017_Potilas-%20ja%20asiakasturvallisuusstrategia%202017-2021_suomi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2019. Lainsäädäntö. Viitattu 10.1.2019 <https://stm.fi/sotepalvelut/lainsaadanto>

Stewart, K M. & Hand K A. 2017. ISBAR, communication and patient safety: An integrated literature review. Verkkootikkeli. *MEDSURG nursing* 26 (5). Viitattu: 11.9.2018 <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.puv.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=f354b84d-4d9f-4d1a-b277-18f968e50003%40sessionmgr104>

Talbot, R. & Bleetman, A. 2007. Retention of information by emergency department staff at ambulance handover: do standardised approaches work? *Emergency Medicine Journal* 24, 539–542. Viitattu 25.6.2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2660073/pdf/539.pdf>

Tamminen, J. & Metsävainio, K-M., 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. *Finnanest* 48 (4). 340. Viitattu 20.10.2018.

http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011, 6-7. Potilasturvallisuutta taidolla-ohjelma. Viitattu 24.11.2018.
https://thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_final_180811.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslaidansäädännön ja –strategian toimeenpanon tueksi. Viitattu 12.12.2018.
<https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Potilasturvallisuus. Viitattu 1.11.2018.
<https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

Terveyskirjasto. Interventio. Lääketieteen sanasto. Duedecim. Viitattu: 20.2.2020.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt01376

Thakore, S. & Morrison, W. 2001. A survey of the perceived quality of patient handover by ambulance staff in the resuscitation room. *Emergency Medicine Journal* 18, 293–296 Viitattu: 24.3.2019
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1725621/pdf/v018p00293.pdf>

Vaasan Keskussairaala. 2018. Vaasan Keskussairaalan laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnitelma. Toimintakäsikirja. Viitattu 12.12.2018.
<https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnontiedostot/potilasturvallisuus/laadunhallinnan-ja-potilasturvallisuuden-suunnitelma.pdf>

Valkeinen, H. Anttila, H. & Paltamaa, J. 2014. Opas toimintakyvyn mittarin arviointiin TOIMIA-verkostossa (1.0). 20. THL. Viitattu 20.5.2019:
[https://thl.fi/documents/974257/1449823/Mittariopas_VALMIS_090614+\(2\).pdf/b53595b9-15b8-4fa3-8765-23cd9221de8f](https://thl.fi/documents/974257/1449823/Mittariopas_VALMIS_090614+(2).pdf/b53595b9-15b8-4fa3-8765-23cd9221de8f)

Valli, J. & Vaula, E. 2018. Siirtokuljetus. Akuuttihoito-opas. Akuuttihoito. Terveysportti. Viitattu 21.1.2019: https://www-terveysportti-fi.ezproxy.puv.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01828&p_haku=iSBAR

WHO. 2007. Communication during patient handovers. Geneva: World Health Organization. Viitattu 20.10.2018.
<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>

WHO. 2017. Patient Safety: Making health care safer. Geneva: World Health Organization. 16. Viitattu 20.10.2018
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255507/WHO-HIS-SDS-2017.11-eng.pdf?sequence=1>

Winblad, I., Reponen, J. & Hämäläinen, P. 2007. Terveystuho ei hyödynnä ambulanssien informaatioteknologiaa. *Suomen Lääkärilehti – Finlands Läkartidning* 62, 2393-2395.

LIITE 1a. Saatekirje

SAATEKIRJE

Arvoisa vastaaja,

Olen viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä: ” *Hoitajien näkemys potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron toteutumisesta Pohjanmaan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelun ja Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikan välillä.* ” Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa kohdeorganisaatioille luovutusprosessin tiedonsiirron toteutumisesta ja potilasturvallisuuden kehittämistä varten.

Toivon sinun vastaavan oheiseen kyselylomakkeeseen, johon pääset ohessa olevan linkin kautta. Pahoittelen, kyselylomake on tehty vain suomenkielisenä, koska se on tehty osittain pro-gradu tason kyselylomakkeen pohjalta. Ja tästä syystä sitä ei voitu korkeakoulun puolesta kääntää ruotsin kielelle. Lomake sisältää pääosin monivalintakysymyksiä ja täyttäminen kestää noin 10 minuuttia. Avoinniin kysymyksiin voit vastata omalla äidinkielelläsi.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja vastaukset jätetään nimettömänä. Yksittäisen henkilön vastauksia ei voida tunnistaa. Vastaukset tuhoaan tutkimuksen valmistuttua.

Kyselylomakkeeseen:

Kiitos osallistumisesta!

Ystävällisin terveisin

Joonas Alén
sairanhoitajaopiskelija
e1500048@edu.vamk.fi

Marita Salmu
Ohjaavaopettaja
Marita.Salmu@vamk.fi

LIITE 1b. Följebrev**FÖLJEBREV**

Ärade svarare,

Jag är sjukskötarestudent som studerar det sista året vid Vasa yrkeshögskola. Jag skriver ett examensarbete om ” *Vårdarnas uppfattningar om förverkligandet av informationsöverföringen vid överlåtagandet av patienten mellan förstavårdsservicen vid Österbottens räddningsverk och jourpolikliniken i Vasa centralsjukhus.* ”. Syftet med examensarbetet är att producera information för målorganisationer om hur informationsöverföringen genomförs och för utvecklandet av patientsäkerheten.

Jag hoppas att du svarar på frågeformuläret som är tillgängligt via den bifogade länken. Jag beklagar att frågeformuläret bara finns på finska, eftersom det inte finns någon möjlighet till översättning inom ramen för examensarbetet. Frågeformuläret innehåller huvudsakligen flervalsfrågor och att svara på det tar ungefär 10 minuter. Du kan svara på öppna frågor på ditt eget modersmål.

Deltagandet i studien är frivilligt. All information behandlas konfidentiellt och frågeformuläret besvaras anonymt. Enskilda personers svar kan inte identifieras. Materialet förstörs efter examensarbetet har blivit färdigt.

Tack för ditt deltagande!

Med vänliga hälsningar

Joonas Alén
sjukskötarestudent
e1500048@edu.vamk.fi

Examensarbetet handleds av lektor:
Marita Salmu
Marita.Salmu@vamk.fi

LIITE 2a. Kyselylomake

Hyvä vastaaja. Monivalintakysymyksiin vastataan rastittamalla yksi parhaiten sopiva vaihtoehto ja avoimiin kysymyksiin vastataan omin sanoin tai numeroin. Tutkimuksen kannalta olisi tärkeää, että vastaisit kaikkiin kysymyksiin. Kiitos.

1. Ikä _____ vuotta

2. Sukupuoli

Nainen

Mies

3. Koulutustausta (Merkitse korkein tutkintosi)

Ensihoitaja AMK

Sairaanhoitaja

Lähihoitaja

Lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja

Pelastaja/palomies-sairaankuljettaja/palomies

Muu, mikä? _____

4. Työkokemus sairaalan ulkopuolisesta ensihoitotyöstä _____ vuotta, jos alle vuosi _____ kk

5. Työkokemus päivystyspoliklinikan hoitotyöstä _____ vuotta, jos alle vuosi _____ kk

6. Kummassa työskentelet tällä hetkellä päätoimisesti/eniten

Päivystyspoliklinikalla

Ensihoitopalvelussa/ambulanssissa

LIITE 2b. Kyselylomake

1 Häiriötekijät	Aina	Erittäin usein	Usein	Harvoin	Erittäin harvoin	Ei koskaan
Toimintaympäristön vallitseva melu haittaa ennakoilmoitusta	1	2	3	4	5	6
Toimintaympäristössä vallitseva melu haittaa potilaan luovutusraportointia päivystyspoliklinikalla	1	2	3	4	5	6
Keskeytykset haittaavat potilaan luovutusraportointia päivystyspoliklinikalla	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstölle luovutustilanteen aikana tullut uusi hälytystehtävä haittaa potilaan luovutusraportointia päivystyspoliklinikalla	1	2	3	4	5	6
Päivystyspoliklinikan hoitajien useat samanaikaiset tehtävät haittaavat ensihoitohenkilöstön raportin vastaanottamista päivystyspoliklinikalla	1	2	3	4	5	6
2 Suullinen raportointi						
	Aina	Erittäin usein	Usein	Harvoin	Erittäin harvoin	Ei koskaan
Ensihoitohenkilöstön antama suullinen luovutusraportti sisältää kaiken olennaisen tiedon	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstö antaa suullisen luovutusraportin potilaan äidinkielen perusteella	1	2	3	4	5	6
Päivystyspoliklinikan hoitajat kuuntelevat aktiivisesti ensihoitohenkilöstön suullisen luovutusraportin	1	2	3	4	5	6
Liian suuri osa ensihoitohenkilöstön tekemästä suullisesta luovutusraportoinnista tapahtuu muistin varassa	1	2	3	4	5	6
Liian suuri osa ensihoitohenkilöstön luovutusraportista jää päivystyspoliklinikan hoitajille muistin varaan	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstön luovutusraportointi on epäjohdonmukainen	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstön suullisen luovutusraportin laadussa on eroja riippuen raporttia antavasta ensihoitohenkilöstä	1	2	3	4	5	6
Päivystyspoliklinikalla ensihoitohenkilöstön suullisen luovutusraportin vastaanottokyvyssä on eroja riippuen päivystyspoliklinikan hoitajasta	1	2	3	4	5	6

Päivystyspoliklinikan hoitajat varmistavat selkeästi luovutusraportissa luovutetun tiedon, toistamalla sen tai esittämällä kysymyksiä tai pyytävät selvennystä tarpeen mukaan ensihoitohenkilöstöltä.	1	2	3	4	5	6
Päivystyspoliklinikalla on vaikeuksia ymmärtää ensihoitohenkilöstön luovutusraportoinnissaan käyttämiä termejä	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstön luovutusraportoinnin yhteydessä ilmenee yhteisymmärryksen puute ensihoitohenkilöstön ja päivystyspoliklinikan hoitajien välillä	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstön ja päivystyspoliklinikan hoitajan yhteisymmärryksen puute johtaa ristiriitaisiin	1	2	3	4	5	6
3 Toistuva raportointi						
	Aina	Erittäin usein	Usein	Harvoin	Erittäin harvoin	Ei koskaan
Ensihoitohenkilöstö joutuu toistamaan luovutusraportin ensihoituhuoneessa, koska lääkäri, joka potilasta lopulta hoitaa ei ollut läsnä ensimmäisellä raportointikerralla	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstö joutuu toistamaan raportin, koska hoitaja, joka potilasta hoitaa ei ollut läsnä ensimmäisellä raportointikerralla	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstö raportoi suullisesti päivystyspoliklinikalla samasta potilaasta useammin kuin kahdesti	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstö raportoi suullisesti potilaasta hoitajalle, joka sitten välittää raportin potilasta hoitavalle hoitajalle	1	2	3	4	5	6
1.4 Strukturoitu raportointiväline						
	Aina	Erittäin usein	Usein	Harvoin	Erittäin harvoin	Ei koskaan
Ensihoitohenkilöstö käyttää strukturoitua raportointiamallia potilaan luovutusraportoinnissa	1	2	3	4	5	6
Päivystyspoliklinikan hoitajat käyttävät samaa strukturoitua raportointimallia, jota ensihoitohenkilökunta käyttää potilaan luovutusraportoinnissa	1	2	3	4	5	6

Päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta jos ensihoitohenkilöstön luovutusraportointi sisältää paljon epäolennaista tietoa	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

1.5 Ensihoitokertomus	Aina	Erittäin usein	Usein	Harvoin	Erittäin harvoin	Ei koskaan
Päivystyspoliklinikalla ensihoitokertomusta käytetään osana potilaan hoitoa	1	2	3	4	5	6
Ensihoitokertomuksesta on hyötyä osana potilaan hoitoa päivystyspoliklinikalla	1	2	3	4	5	6
Ensihoitokertomukseen kirjatusta tekstistä saa selvää	1	2	3	4	5	6
Ensihoitokertomus on kirjattu potilaan äidinkielen perusteella	1	2	3	4	5	6
Päivystyspoliklinikalla kirjataan sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa annettu hoito sairaalan sisäisiin potilasasiakirjoihin	1	2	3	4	5	6
Ensihoitokertomuksiin on kirjattu riittävästi informaatiota	1	2	3	4	5	6
Ensihoitokertomukseen on kirjattu kaikki mitä potilaasta on tutkittu, myös "ei poikkeavat" löydökset	1	2	3	4	5	6
Ensihoitokertomuksen ja sairaalan sisäiseen kirjaamiseen eroavaisuudet vähentävät ensihoitokertomuksen käyttöä päivystyspoliklinikalla	1	2	3	4	5	6
Ensihoitokertomuksesta puuttuu potilaan aiempia tietoja (esim. allergioita, sairauksia, lääkityksiä)	1	2	3	4	5	6
Ensihoitokertomukseen on kirjattu asioita väärin (esim. kellonajat, lukumäärät, lääkemäärät, löydöksen oikea/vasen puoli)	1	2	3	4	5	6
Voiko ensihoitokertomus korvata suullisen raportoinnin kokonaan potilaanluovutusprosessissa?	1 Kyllä	2	3	4 Ei	5	6

1.6 Hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus	Aina	Erittäin usein	Usein	Harvoin	Erittäin harvoin	Ei koskaan
Potilasturvallisuus vaarantuu potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron aikana?	1	2	3	4	5	6
Hoidon jatkuvuus vaarantuu potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron aikana?	1	2	3	4	5	6
Tärkeää on, että potilaanluovutusprosessille laadittaisiin yhteiset toimintatavat?	1 Kyllä	2	3	4 Ei	5	6
Minkälaisia muita ongelmia olet havainnut potilaan luovutusprosessin tiedonsiirrossa ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välillä?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
Miten haluaisit kehittää potilaan luovutusprosessin tiedonsiirtoa ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välillä?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					

LIITE 3. Yhtäläisyydet Mikkosen (2014) tutkimuksen tulosten ja tämän tutkimuksen tulosten välillä

	Mikkosen tutkimuksen tulokset		Tämän tutkimuksen tulokset	
	Keskiarvo	p-arvo	Keskiarvo	p-arvo
Häiriötekijät		,024		,028
*Päivystyspoliklinikan hoitajien useat samanaikaiset tehtävät haittaavat ensihoitohenkilöstön raportin vastaanottamista	4,11		3,92	
*Toimintaympäristössä vallitseva melu haittaa potilaan luovutusraportointia päivystyspoliklinikalla	3,86		3,76	
Suullinen raportointi				
*Ensihoitohenkilöstön suullisen luovutusraportin laadussa on eroja riippuen raporttia antavasta henkilöstöstä	4,50		4,27	
*Päivystyspoliklinikalla ensihoitohenkilöstön suullisen luovutusraportin vastaanottokyvyssä on eroja riippuen päivystyspoliklinikan hoitajasta	4,39		4,04	
Toistuva raportointi				
*Ensihoitohenkilöstö joutuu toistamaan luovutusraportin ensihoitohuoneessa, koska lääkäri, joka potilasta lopulta hoitaa ei ollut läsnä ensimmäisellä raportointikerralla	3,43		3,27	
Hoitohenkilökunnan käytös				
*Päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta, jos ensihoitohenkilöstön luovutusraportointi sisältää paljon epäolennaista tietoa	3,68		3,38	
*Päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta vastaanottaa kiireetön potilas	3,44		3,31	
*Potilaan tilaa aliarvioidaan päivystyspoliklinikan hoitajien toimesta ensihoitohenkilöstön antaessa luovutusraporttia potilaasta	3,63		3,23	
*Päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta ensihoitohenkilöstön luovutusraportointia kohtaan, jos potilas tuodaan päivystyspoliklinikalle epäselvinperustein.	3,56		3,15	
Ensihoitokertomus		,003		,033
*Ensihoitokertomuksesta puuttuu potilaan aiempia tietoja (esim. allergioita, sairauksia, lääkityksiä)	3,70		3,85	
*Ensihoitokertomuksen ja sairaalan sisäisen kirjaamisen eroavaisuudet vähentävät ensihoitokertomuksen käyttöä päivystyspoliklinikalla	3,22		3,25	

*Merkityssisällöltään käänteinen kysymys
 $p < 0,05$ = tilastollinen merkitsevyys
 Keskiarvo 1 = ei ongelmia – 6 = paljon ongelmia

Liite 3.

LIITE 4. Osa-alueiden summanmuuttajat, Kolmogorov-Smirnov testi

Osa-alueiden summanmuuttajat, Kolmogorov-Smirnov testi				
	Päivystyspoliklinikka		Ensihoitopalvelu	
	p-arvo	p-arvo	p-arvo	p-arvo
Häiriötekijät	,080	,200	,200	,200
Suullinen raportointi	,008	,200	,200	,048
Toistuva raportti	,125	,163	,200	,200
Henkilökunnan käytös	,200	,006	,200	,075
Ensihoitokertomus	,042	,200	,200	,200
Potilasturvallisuus ja jatkuvuus	,200	,007		,002

p-arvo < 0,05 se ei ole normaalisti jakautunut

Ka (keskiarvo) 1= ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Kh (Keskihajonta)

Liite 4.