

**POTILAAN LUOVUTUSPROSESSI ENSIHOITOPALVELUN JA
PÄIVYSTYSPOLIKLINIKAN VÄLILLÄ**

Sami Mikkonen
Pro gradu -tutkielma
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Hoitotiede
Elokuu 2014

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

Hoitotiede

SAMI MIKKONEN: Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä

Pro gradu -tutkielma, 49 sivua, 3 liitettä (10 liitesivua)

Ohjaajat: TtM, Yliopisto-opettaja Mervi Roos; TtT, Dosentti Anja Rantanen ja THT, Professori Tarja Suominen

Elokuu 2014

Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä on tärkeä osa hoitoketjua hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden näkökulmasta. Potilaan luovutusprosessi alkaa ensihoitopalvelun ensikontaktista päivystyspoliklinikalle ja päättyy hoitovastuun siirtymiseen ensihoitopalvelulta päivystyspoliklinikalle.

Tämän kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata päivystyspoliklinikan hoitajien (n=33) ja ensihoitohenkilöstön (n=67) näkökulmasta potilaan luovutusprosessin toteutumista. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan yhteistyön sekä potilaan hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden kehittämistä varten. Tutkimuksen aineistokeruu toteutettiin kahden yliopistosairaalan päivystyspoliklinikan hoitajille sekä kolmen ensihoidon palveluntuottajan ensihoitohenkilöstölle. Aineisto kerättiin e-lomakkeella ja aineisto analysoitiin tilastollisen menetelmin.

Potilaan luovutusprosessin toteutumisessa havaittiin useita ongelmakohtia. Toiminnan organisoinnin osalta keskeisimpiä ongelmia olivat potilaan hoitaminen päivystyspoliklinikalla ensihoitohenkilöstön raportoinnin aikana, lääkärin odottaminen elvytyshuoneessa sekä hoitovastuun siirtymisen ajankohdan epäselvyydet. Tiedonsiirron osalta keskeisimpiä ongelmia olivat toimintaympäristössä olevat häiriötekijät, raportoinnissa ja sen vastaanottamisessa olevat laadulliset erot, hoitohenkilöstön asenteelliset ongelmat sekä päivystyspoliklinikan hoitajien ja ensihoitohenkilöstön näkemysten eroavaisuudet luovutusprosessin eri osa-alueilla. Tulokset osoittavat että hoitohenkilökunnalla on vaikeuksia tunnistaa hoidon jatkuvuuteen ja potilasturvallisuuteen yhteydessä olevia ongelmia.

Strukturoidun raportointimallin omaksuminen ja käyttäminen on suositeltavaa. Sen käyttö voi selkiyttää vastuujakoa ja parantaa raportoinnin laatua. Päivystyspalvelujen roolia potilaiden hoidossa on tarpeen selkiyttää. Lisäksi päivystyspalvelujen henkilöstön nykyistä parempi tukeminen ja ohjaus heidän varsin haastavassa ja kuormittavassa työssään on tärkeää. Tulevaisuudessa kansallisen standardin luominen potilaan luovutusprosessille on tarpeen.

Avainsanat: luovutusprosessi, ensihoitopalvelu, päivystyspoliklinikka

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Health Sciences

Nursing Science

SAMI MIKKONEN: Patient handover –process between the emergency medical services and the emergency department

Master's thesis, 49 pages, 3 appendices (10 pages)

Supervisors: MNSc, University teacher Mervi Roos; PhD, Adjunct Professor Anja Rantanen and PhD, Professor Tarja Suominen

August 2014

The patient handover -process between the emergency medical services and the emergency department is an important part in the chain of care from the perspective of continuity of care and patient safety. 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.

The purpose of this quantitative study was to describe the patient transfer process from the perspective of the emergency department nurses (n=33) and the emergency medical services personnel (n=67). The aim of this study was to provide information on the co-operation between emergency medical services and emergency department in order to improve patient's continuity of care and patient safety. The data was collected in two university hospital's emergency department nurses and in three emergency medical services provider's personnel. The data were collected with an e-form and analyzed with statistical methods.

The main findings revealed that there were several problems in the patient transfer -process. The main problems in organizing were treating the patient in the emergency department while the emergency medical personnel were reporting, the need to wait for a doctor to arrive in the resuscitation room and confusion in the exact time when the responsibility of care is transferred. The main problems in data transition were distractions in the operational environment, differences in quality when reporting or receiving the report, attitude problems of the healthcare personnel and emergency department nurses and emergency medical services personnel different views in several areas of the handover process. The findings suggested that health care personnel have difficulties in recognizing problems that are connected to the continuity of care and patient safety.

Adopting and using a structured form of reporting is recommendable in order to clarify the dividing of responsibility and to improve the quality of reporting and receiving reports. The role of emergency services in patient care needs clarification. Better support and guidance for the personnel in their challenging and straining profession is also important. In the future, creation of a national standard of the patient handover -process is needed.

Keywords: patient handover -process, emergency medical services, emergency department

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	5
2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	6
2.1 Tiedonhaun suunnittelu ja toteutus.....	6
2.2 Potilaan luovutusprosessin kuvaus	8
2.3 Potilaan luovutusprosessin toteutuminen	9
2.3.1 Potilaan luovutusprosessin toiminnan organisointi	9
2.3.2 Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirto	11
2.3.3 Hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus potilaan luovutusprosessissa.....	13
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	15
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	16
4.1 Kyselylomake	16
4.2 Aineiston keruu	17
4.3 Aineiston analyysi	17
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	20
5.1 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot	20
5.2 Potilaan luovutusprosessin toiminnan organisointi	21
5.2.1 Ennakoilmoitus.....	21
5.2.2 Toiminta elvytyshuoneessa	22
5.2.3 Triage	23
5.2.4 Kiireettömän potilaan huomioiminen.....	24
5.2.5 Epäselvät syyt päivystyshoitoon kuljettamiselle	25
5.2.6 Hoitovastuun siirtyminen	26
5.2.7 Potilaan luovutusprosessin toiminnan organisoinnin ja päätoimisen työpaikan yhteyksien tarkastelu	27
5.3 Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirto.....	28
5.3.1 Häiriötekijät.....	28
5.3.2 Suullinen raportointi.....	29
5.3.3 Toistuva raportointi	31
5.3.4 iSBAR –raportointimalli	31
5.3.5 Hoitohenkilökunnan käytös.....	33
5.3.6 Ensihoitokertomus.....	34
5.3.7 Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron ja päätoimisen työpaikan yhteyksien tarkastelu	35
5.4 Hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus potilaan luovutusprosessissa	36
6 POHDINTA.....	38
6.1 Tutkimuksen eettisyys	38
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	38
6.3 Tulosten tarkastelua.....	40
6.3.1 Potilaan luovutusprosessin toiminnan organisoinnin toteutuminen	40
6.3.2 Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron toteutuminen	42
6.3.3 Hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden toteutuminen potilaan luovutusprosessissa.....	43
6.4 Johtopäätökset.....	44
6.5 Jatkotutkimus	45
7. LÄHDELUETTELO	47

Liitteet

Liite 1: Keskeiset käsitteet ja lyhenteet

Liite 2: Saatekirje

Liite 3: Kyselylomake

1 JOHDANTO

Luovutusprosessi ensihoidosta päivystyspoliklinikalle on monimutkainen ja dynaaminen prosessi (Bruce & Suserud 2005; Jenkin ym. 2007; Iedema ym. 2014). Potilaan luovutusprosessi sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle on tärkeä potilaan hoidon saumattoman jatkumisen sekä potilasturvallisuuden näkökulmasta (Jenkin ym. 2007; Paakkonen 2008; Calleja ym. 2010). Merkityksellisiä ovat organisaatioiden ja hoitoryhmän sisäiset asiat, kuten tietotaito, asenne ja suorituskky sekä juridiset asiat. Myös potilastapauksen monimutkaisuus sekä epäselvyydet toinen toistensa rooleista ja toimintatavoista vaikuttavat luovutusprosessin toteutumiseen. (Paakkonen 2008; Bost ym. 2009; Calleja ym. 2010.) Paakkonen (2008) kokee ongelmaksi sen että päivystyspoliklinikalla ja sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa toisistaan eriävät lähestymistavat hoitotyöhön, toimintamallit sekä hoito-ohjeistus vaikeuttavat osaltaan ensihoitohenkilöstön ja päivystyspoliklinikan hoitajien yhteistyötä.

Luovutusprosessi ensihoidosta päivystyspoliklinikalle on ajanjakso potilaan hoitoketjussa ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan prosessien rajapinnalla. Luovutusprosessi alkaa ensihoitohenkilöstön ensikontaktista päivystyspoliklinikalle ja päättyy potilaan hoitovastuun siirtymiseen ensihoitohenkilöstöltä päivystyspoliklinikalle. Potilaan luovutusprosessin toteutuminen sisältää useita eri ongelmia, vaikka sen voisi kuvitella olevan lyhytkestoinen ja varsin yksinkertainen osa potilaan hoitoketjua. Luovutusprosessin toteutumisen tarkastelu kokonaisuutena on haastavaa, sillä luovutusprosessin eri osa-alueissa vaikuttaa olevan lukuisia ongelmakohtia, jotka ovat vahvasti toisiinsa liittyviä luovutusprosessin kaikilla osa-alueilla. (Bruce & Suserud 2005; Bost ym. 2010.)

Tiedon koonti ja tuottaminen luovutusprosessin osalta nimenomaan sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle on tärkeää, sillä aihealue erityispiirteineen on toistaiseksi niukasti tutkittu (Bruce & Suserud 2005; Jensen ym. 2013). Lisäksi maa- ja aluekohtaiset erot sekä epäselvyydet akuutti- ja ensihoitoon liittyvien käsitteiden tulkinnassa hankaloittavat osaltaan aiemman tutkimustiedon käyttöä. Aiempaa suomalaista tutkimustietoa sairaalan ulkopuolisen ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välisen luovutusprosessin kokonaisuudesta ei ole saatavilla. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ensihoitohenkilöstön ja päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien näkökulmasta potilaan luovutusprosessin toteutumista ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä.

2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Tiedonhaun suunnittelu ja toteutus

Tutkimuksen teoriatausta on rakennettu kahdessa eri vaiheessa tehdyn kirjallisuushaun pohjalta. Kirjallisuuskatsaukseen sisällytettiin tutkimuskysymyksiin vastauksia antavia potilaan luovutusprosessia sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle käsitteleviä kirjallisuuskatsauksia, tutkimuksia tai tutkimusartikkeleita vuosilta 2000-2013. Vuosirajauksen tarkoituksena oli sisällyttää kirjallisuuskatsaukseen mahdollisimman tuoretta tutkimustietoa.

Tiedonhaku toteutettiin käyttäen kuutta eri tietokantaa, jotka olivat: Arto, Cinahl, Cochrane, Medic, Medline (Ovid) ja Sciencedirect (Elsevier). Hakutermien etsimisessä käytettiin MOT -sanakirjaa sekä YSA, Termix ja MeSH -sanastoja. Akuutti- ja ensihoitoon liittyvä termistö sekä käsitteistö ovat Suomen oloissa moniselitteisiä, vakiintumattomia ja jopa sekavia toistaiseksi. Tästä syystä akuutti- ja ensihoitoon liittyviä sekä potilaan luovutustapahtumaa tai -prosessia kuvaavia asiasanoja ja hakutermejä oli kaiken kaikkiaan haasteellista kartoittaa.

Haussa tietokannoista ei käytetty asiasanoja, sillä eri tietokantojen asiasanastoista ei löytynyt keskeisiä hakutermejä handover, hand over tai handoff, hand off. Kyseiset hakutermit löytyivät aiheeseen liittyvistä tutkimuksista, joista havaittiin niiden olevan yleisesti käytössä asiayhteydessään ja tarkoittavan potilaan luovutusta. Myöhemmistä hauista rajattiin pois termit handoff ja hand off, sillä niitä käytetään koskien lähinnä potilaan luovutusta sairaalan sisäisessä toiminnassa. Englanninkielistä Transfer -hakutermiä käytettäessä haku tuotti suuren määrän epärelevantteja tuloksia. Transfer -termi tarkoittaa enemmänkin siirtoa kuin potilaan luovutusta. Lisäksi hakutermin emergency ympärille rakentui suuri määrä asiasanoja, joita ei koettu mielekkääksi erotella yksitellen hakulausekkeessa. (Taulukko 1.)

Haussa yhdistettiin kaikki emergency -sanan sisältävät käsitteet ja termit, hakien pelkästään hakutermillä emergency (Taulukko 1). Hakutermeinä käytettiin myös sanoja prehospital, ambulance ja paramedic, jotka ovat keskeisiä termejä ensihoidon osalta (Taulukko 1). Lopulliseksi hakulausekkeeksi vapaasanahakuna muodostui: (handover or hand over*) and (ambulance* or emergency or paramedic* or prehospital). Haku Arto ja Cochrane - tietokannoista oli tulokseton, sillä haku eri hakusanayhdistelmillä ei tuottanut yhtään

tutkimuskysymysten kannalta relevanttia hakutulosta. Suomalaisesta Medic -tietokannasta suoritettiin hakuja taulukossa 1 mainituilla suomenkielisillä hakusanoilla sekä niiden yhdistelmillä. Lopulliseksi hakulausekkeeksi muodostui (ensihoi* or sairaankulj*) and päivyst*. Lisäksi haku rajittiin alkuperäistutkimuksiin, väitöskirjoihin ja pro gradu -tutkielmiin, koska muilla vaihtoehdoilla ei löytynyt relevantteja hakutuloksia.

Taulukko 1. Hakutermit

Englanninkieliset keskeiset hakutermit	Suomenkieliset vastikkeet
Ambulance	ambulanssi
Emergency	hätätilanne, hätätapaus, kiireellinen tapaus, ensiapuasema, päivystyspoliklinikka
Emergency centre	häätäkeskus, hälytyskeskus
Emergency care, treatment	akuuttihoito, ensihoito
Emergency department	ensiapuasema, päivystyspoliklinikka
Emergency medicine	akuuttilääketiede, ensihoitolääketiede
Emergency medical technicians	akuuttihoitohenkilökunta, ensihoitaja, sairaankuljettaja
Emergency room	ensiapuasema, päivystyspoliklinikka, elvytyshuone, ensihoituhuone
Emergency services, Emergency medical services	häätäpalvelut, hälytyspalvelut, akuuttihoitopalvelut, ensihoitopalvelut, sairaankuljetuspalvelut, sairaankuljetus
Emergency vehicle, Emergency mobile unit	hälytysajoneuvo
Handover, hand over, handoff, hand off	potilaan luovutus, siirto
Paramedic	ensihoitaja
Prehospital	sairaalan ulkopuolinen, ennen sairaalaa tapahtuva
Prehospital emergency care, treatment	sairaalan ulkopuolinen ensihoito
Transfer	siirto

Kielirajaus tehtiin englannin- ja suomenkieleen tutkijan kielitaidon rajoissa. Yksittäisen hakutuloksen poissulkukriteereinä käytettiin kahta kysymystä: Käsitteleekö kyseinen hakutulos potilaan luovutusprosessia sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle ja löytyykö kyseisestä hakutuloksesta vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tietokannoista tehdyssä haussa käytettiin näitä kysymyksiä poissuljettaessa yksittäisiä hakutuloksia otsikon, abstraktin tai artikkelin perusteella. Jos yksittäisen hakutuloksen sopivuus otsikon ja abstraktin perusteella jäi epäselväksi tai vaikutti vastaavan tutkimuskysymyksiin, artikkeli luettiin. Myös hakutuloksina löydettyjen

tutkimusten lähdeluetteloita tarkasteltiin, joista ei kuitenkaan löytynyt merkittävää lisäarvoa tietokannoista löytyneisiin hakutuloksiin peilaten. Hakua tehdessä havaittiin että kirjallisuuskatsauksen tarkastelukohde on maailmanlaajuisesti varsin niukasti tutkittu aihe. Tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsaus sisältää kaiken kaikkiaan 26 lähdettä, jotka on merkitty tämän tutkimuksen lähdeluetteloon * -merkkiä käyttäen.

2.2 Potilaan luovutusprosessin kuvaus

Luovutusprosessi ensihoidosta päivystyspoliklinikalle on ajanjakso potilaan hoitoketjussa, joka alkaa ensihoitohenkilöstön ensikontaktista päivystyspoliklinikalle ja päättyy hoitovastuun siirryttyä ensihoitohenkilöstöltä päivystyspoliklinikalle (Bruce & Suserud 2005; Bost ym. 2010). Tässä tutkimuksessa potilaat on jaettu kahteen ryhmään, kriittisiin ja kiireettömiin. Tutkimuksen keskeiset käsitteet on määritelty liitteessä 1. Kriittisten potilaiden osalta luovutusprosessin voidaan katsoa alkaneen ensihoitohenkilöstön päivystyspoliklinikalle puhelimitse tai radiolla tehdystä ennakoilmoituksesta ja kiireettömien potilaiden osalta ensihoitohenkilöstön saapuessa potilaan kanssa päivystyspoliklinikalle (Bruce & Suserud 2005).

Ensihoitohenkilöstön tehtävänä sairaalan ulkopuolella on tehdä hoidon tarpeen arvio, aloittaa tarvittava hoito sekä tuottaa ja välittää ymmärrettävää informaatiota sairaalassa tapahtuvan diagnoosin tueksi (Suserud & Bruce 2003). Ensihoitohenkilöstö tekee ennakoilmoituksen päivystyspoliklinikalle, kun kyseessä on kriittinen potilas (Bruce & Suserud 2005; Bost ym. 2010; Evans ym. 2010a; Evans ym. 2010b). Ennakoilmoituksen saatuaan ennakoilmoituksen vastaanottaneen hoitajan, tavallisimmin triagehoitajan, tehtävänä on aloittaa päivystyspoliklinikalla toimenpiteet kriittisen potilaan vastaanottamiseksi. Näiden toimenpiteiden tarkoituksena on minimoida viiveitä kokoamalla riittävät resurssit potilaan tutkimusten ja hoidon jatkamiseen mahdollisimman saumattomasti päivystyspoliklinikalla. (Suserud & Bruce 2003; Bruce & Suserud 2005.) Triagehoitajan tulisi olla tehtävänsä perehdytetty, kokenut sairaanhoitaja (Bruce & Suserud 2005).

Kriittisimmät potilaat voidaan sijoittaa välittömästi ambulanssin saavuttua tavallisimmin elvytyshuoneeksi kutsuttuun erityiseen hoitotilaan, johon on ensihoitohenkilöstön ennakoilmoituksen perusteella potilaan hoidon tarpeen mukaan koottu hoitoryhmä. Ensihoitohenkilöstö raportoi tällöin suullisesti suoraan hoitoryhmälle (Bruce & Suserud 2005; Bost ym. 2012; Murray ym. 2012). Osa kriittisistä potilaista voidaan tapahtumatietojen ja

oirekuvan perusteella siirtää myös suoraan tutkimuksiin tai hoitoon muuhun tarkoituksenmukaiseen paikkaan sairaalassa (Suserud & Bruce 2003). Tällaisia tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä ovat muun muassa erilaiset kuvantamistutkimukset sekä kirurgiset toimenpiteet (Bruce & Suserud 2005).

Niin sanottujen kiirettömäksi luokiteltujen potilaiden kohdalla menettely on toisenlainen. Potilaan luovutus, ensihoitohenkilöstön siirtyessä potilas mukanaan päivystyspoliklinikalle, alkaa perusinformaation siirrolla triagehoitajalle (Bruce & Suserud 2005). Triagehoitajan tehtävänä on suorittaa tämän informaation perusteella triage eli potilasluokittelu, joka tarkoittaa potilaan kiireellisyyden määrittelyä sekä potilaan paikkasijoittelua päivystyspoliklinikalle (Bruce & Suserud 2005; Bost ym. 2012). Triagehoitaja päättää ensin potilaan paikkasijoittelusta, jonka jälkeen ensihoitohenkilöstö siirtää potilaan triagehoitajan osoittamaan paikkaan päivystyspoliklinikalla. Tämän jälkeen ensihoitohenkilöstö tavallisesti raportoi potilasta uudestaan varsinaiselle potilasta hoitavalle henkilökunnalle tai joissain tapauksissa tiedon välittäminen jää triagehoitajalle. (Bruce & Suserud 2005.)

Potilaan luovutusprosessissa suullinen raportointi korostuu, sillä ensihoitokertomus ei ole aina välittömästi saatavilla potilaan luovutusprosessin yhteydessä. Ensihoitohenkilöstö tekee potilaasta kirjallisen raportin, joko ensihoitotehtävän aikana tai vasta päivystyspoliklinikalla, mikä lopulta luovutetaan potilasta hoitavalle hoitohenkilökunnalle sen valmistuttua. (Yong ym. 2008.) Luovutusprosessi päättyy hoitovastuun siirtymiseen (Bruce & Suserud 2005, 203; Bost ym. 2010).

2.3 Potilaan luovutusprosessin toteutuminen

2.3.1 Potilaan luovutusprosessin toiminnan organisointi

Päivystyspoliklinikan prioriteetiltaan korkeimpana tehtävänä voidaan pitää kriittisten potilaiden hoitoa. Kriittiset potilaat tuodaan päivystyspoliklinikalle pääsääntöisesti ambulanssilla (Bruce & Suserud 2005, 208.) Kriittisten potilaiden osalta ongelmana on että ensihoitohenkilöstön tekemä ennakkoilmoitus ei aina aiheuta odotettuja toimenpiteitä päivystyspoliklinikalla (Budd ym. 2007). Syynä tähän saattaa olla liian myöhäisessä vaiheessa tai puutteellisesti tehty ennakkoilmoitus tai epäselvyydet ja viiveiden muodostuminen päivystyspoliklinikalla. Ensihoitajien luovuttaessa potilasta päivystyspoliklinikalla esille nousee paine potilaan ja tiedon vastaanottamisen välillä, toisin sanoen tekemisen ja

kuuntelemisen välillä. Tämä johtaa siihen että ensihoitohenkilöstön raporttia ei aina aktiivisesti kuunnella (Thakore & Morrison 2001; Jenkin ym. 2007; Talbot & Bleetman 2007; Owen ym. 2009; Bost ym. 2010; Bost ym. 2012; Dawson ym. 2013; Jensen 2013.)

Monimutkaisissa ja kriittisissä tilanteissa virheitä ja huonoa hoitoa esiintyy säännöllisesti. Hoidon koordinointi päivystyspoliklinikalla on päivystyspoliklinikan hoitajien näkemyksen mukaan usein puutteellista. (Calleja ym. 2010.) Kriittisten potilaiden luovutusprosessissa ensihoitohenkilöstö kokee päivystyspoliklinikan henkilöstön toiminnan joskus hitaaksi, näyttäen jopa siltä että heillä ei ollut mitään käsitystä mitä tehdä, kun ensihoitohenkilöstö itse taas koki tehneensä parhaansa ja todella ponnistalleensa potilaan hoitamiseksi. Ensihoitohenkilöstö kokee elvytyshuoneessa potilasta vastaanottavan hoitotiimin kokoonpanon olevan vaihteleva ja perustuvan usein puhtaaseen sattumaan. (Suserud & Bruce 2003.)

Rosqvist & Lauritsalo (2013) toteavat lisäksi että kriittisten potilaiden määrä Suomen oloissa on arvioitu riittämättömäksi hoitoryhmän suorituskyvyn, tietämyksen ja toimintavarmuuden ylläpitämiseksi ilman erillistä harjoittelua. Lisäksi päivystyspoliklinikan hoitajien ei tulisi antaa vastuuta ensihoitohenkilöstölle potilaan prioriteetin ja sijoituspaikan päättämisestä (Suserud & Bruce. 2003; Bruce & Suserud 2005). Ensihoitohenkilöstön mahdollisesti epäluotettava tai virheellinenkin arvio voi muutoin seurata potilasta pitkään ennen kuin uusi arvio tehdään päivystyspoliklinikalla (Suserud & Bruce. 2003; Yong ym. 2008; Zimmer ym. 2010).

Kiireettömät potilaat muodostavat valtaosan niin ensihoitopalvelun kuin päivystyspoliklinikoidenkin potilasvirrasta (Yong ym. 2008; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010). Epäsuotuisana nähdään että ensihoitohenkilöstö sekä päivystyspoliklinikan henkilöstö osoittavat ajoittaista kiinnostuksen puutetta, joka liittyy potilaan tarpeisiin tai potilaasta raportoimiseen eritoten kiireettömien, sosiaalisten ongelmien tai kliinisesti epäselvien potilastapausten yhteydessä (Suserud & Bruce. 2003; Bruce & Suserud 2005; Bost ym. 2010; Dawson ym. 2013). Potilaan tarpeisiin, sosiaaliseen taustaan ja kotioloihin liittyvän informaation on todettu jäävän vähäiselle huomiolle mahdollisen lääketieteellisen ongelman ohella (Bruce & Suserud 2005; Yong ym. 2008). Lisäksi yksityiskohtaista raportointia ei useinkaan koeta tarpeelliseksi hoito- ja vanhainkodeista ambulanssilla tuotujen kiireettömien potilaiden osalta (Belfrage ym. 2009). Ongelmana taustalla saattaa olla päivystyspoliklinikan

kuormittuneisuus myös sellaisista potilaista, joilla päivystyshoidon tarve on kyseenalainen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010).

Hoitovastuun siirtyminen tarkoittaa käytännössä sitä ajankohtaa, jolloin ensihoitohenkilöstö ei enää puutu potilaan hoitoon. Muun muassa Bost ym. (2010) ovat todenneet että hoitovastuu siirtymisestä ei erikseen selkeästi esimerkiksi kommunikoiden sovita. Se ikään kuin vain tapahtuu hetkellä, jonka kaikkien toimijoiden oletetaan tietävän. Potilaan symbolisen luovutuksen ja potilaan hoitovastuun siirtymisen katsotaan usein ajoittuvan potilaan siirtämiseen ensihoitohenkilöstön paareilta sairaalasänkyyn (Bruce & Suserud 2005; Bost ym. 2010; Jensen 2013). Potilaan hoitovastuun tarkasta ajankohdasta on tosin muitakin käsityksiä ja hoitovastuun siirtyminen käsitteenä on luovutusprosessin osalta monimerkityksinen (Bost ym. 2010; Bost ym. 2012; Jensen 2013). Potilaan tilassa voi tapahtua äkillisiä muutoksia ja muun muassa tästä syystä on oltava selkeää, milloin hoitovastuu on siirtynyt ensihoitohenkilöstöltä päivystyspoliklinikalle (Bost ym. 2010).

2.3.2 Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirto

Päivystyspoliklinikan kuormitus ja resurssien puute hankaloittavat luovutusprosessissa tapahtuvaa tiedonsiirtoa (Suserud & Bruce 2003; Bruce & Suserud 2005). Luovutusprosessi tapahtuu lyhyessä ajassa ja usein stressaavassa, kiireisessä ympäristössä (Bruce & Suserud 2005). Päivystyspoliklinikan resurssien vähäisyys ja korkea kuormitus johtaa viiveisiin potilaiden siirtymisessä päivystyspoliklinikalta osastoille, joka osaltaan vaikuttaa päivystyspoliklinikalla uusien potilaiden vastaanottokykyyn (Suserud & Bruce 2003; Bruce & Suserud 2005). Huomionarvoista on että sairaalan henkilökunnalla on useita samanaikaisia tehtäviä, kun taas ensihoitohenkilöstöllä pääsääntöisesti vain yksi, joka on potilaan luovutusraportointi (Owen ym. 2009; Bost ym. 2010). Tosin on huomioitava että ensihoitohenkilöstöllä saattaa olla uusi hälytystehtävä jo tullut potilasta luovutettaessa (Bruce & Suserud 2005). Myös monilla muilla toimintaympäristötekijöillä, kuten melulla on haitallinen vaikutus (Calleja ym. 2010; Evans ym. 2010b; Bost ym. 2012; Dawson ym. 2013).

Päivystyspoliklinikan hoitajat ovat havainneet raportoinnin laadussa suuria eroja raporttia antavasta ensihoitohenkilöstöstä riippuen, mihin vaikuttaa koulutustausta, tietopohja ja kokemus (Thakore & Morrison 2001; Bost ym. 2010; Bost ym. 2012; Jensen ym. 2013). Toisaalta päivystyspoliklinikan henkilöstön koulutustausta, tietopohja sekä kokemus vaikuttavat tiedon vastaanottokykyyn (Owen ym. 2009; Bost ym. 2010). Kommunikaation

epäonnistumisen on todettu olevan tyypillisin virheellisen toiminnan lähde (Calleja ym. 2010; Evans ym. 2010b; Jensen ym. 2013; Iedema ym. 2014). Informaatiota saattaa hävitä jos sitä ei ole asianmukaisesti kerätty, se häviää välikäsien kautta tai keskeytetyssä tai puutteellisessa raportoinnissa (Budd ym. 2007; Bost ym. 2010). Aikapaineessa luovutustilanne voi olla lyhyt ja informaatiota voi jäädä välittymättä (Jenkin ym. 2007).

Ensihoitohenkilöstö antoi saman raportin kahdesti, jopa kolmesti samasta potilaasta (Yong ym. 2008; Dean 2012; Dawson ym. 2013; Jensen ym. 2013). Kriittisten potilaiden raportin toistamisen tarpeen yleisin syy on, että lääkäri ei ollut vielä paikalla ensimmäisellä raportointikerralla. Raportoinnin toistaminen voi olla perusteltua silloin kun vastaanottava hoitohenkilökunta haluaa varmistaa tai tarkentaa raportoinnissa välitettyä tietoa. (Jenkin ym. 2007; Bost ym. 2012; Dawson ym. 2013; Jensen ym. 2013.) Ongelmana toistuvissa raporteissa tai niiden kulkiessa usean toimijan kautta on tiedon muuttumisen todennäköisyys (Owen ym. 2009; Carter ym. 2009; Jensen ym. 2013).

Ensihoitohenkilöstö kokee turhautumista, koska he kokevat ettei raporttia aina arvosteta (Thakore & Morrison 2001; Jenkin ym. 2007; Owen ym. 2009; Jensen ym. 2013). Päivystyspoliklinikan henkilöstö myös ajoittain kyseenalaisti ensihoitajien löydöksiä tai aliarvioi potilaan tilaa ensihoitohenkilöstön raportoidessa, mikä vaikeuttaa tilannetta entisestään (Suserud & Bruce 2003; Jenkin ym. 2007; Dawson ym. 2013). Päivystyspoliklinikan henkilöstön kiinnostuksen puute potilaan raporttia kohtaan ilmeni eritoten jos ensihoitohenkilöstön perusteet tuoda potilas päivystyspoliklinikalle olivat epäselvät tai jos ensihoitohenkilöstön raportti sisälsi päivystyspoliklinikan näkökulmasta paljon epäolennaista tietoa. (Suserud & Bruce 2003; Bruce & Suserud 2005; Bost ym. 2010; Jensen ym. 2013).

Myös potilasdokumentaatiossa on todettu olevan poikkeamia (Evans ym. 2010a; Dean 2012; Murray ym. 2012; Jensen ym. 2013). Huonolla kirjallisella dokumentaatiolla voi olla juridisia ja hoidon laatuun sekä jatkuvuuteen vaikuttavia seurauksia. Ongelmana on että tietoa ei löydy dokumentaatiosta tai tieto on sirpaloitunutta tai epätäydellistä (Calleja ym. 2010; Evans ym. 2010b; Dawson ym. 2013.) Tiedon vääristymää tai puuttumista ensihoitohenkilöstön dokumentaatiosta olivat muun muassa kellonajat, tapahtumatiedoissa sairaalan ulkopuolella, lukumäärät, annetut lääkkeet, vasemman ja oikean puolen sekoittuminen sekä sairaus, lääkitys ja allergiahistoria (Murray ym. 2012). Vääristymät suullisen raportoinnin ja kirjaamisen välillä voivat johtua siitä että tietoja ei aikapaineisessa tilanteessa kirjata heti tai ei lainkaan ja

niitä on vaikea muistaa myöhemmin (Jensen ym. 2013). Kirjaamisessa olevat puutteet selittyvät osaksi sillä että niin sanottuja ”ei poikkeavia” löydöksiä ei aina koeta tarpeelliseksi kirjata (Evans ym. 2010a.) 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. Sähköisesti välitetyt potilastiedot edellyttäisivät tietojärjestelmien käyttöönottoa ja yhteensopivuutta. Suurin osa Suomen ensihoidon palveluntuottajista tallettaa potilastiedot tehtävän aikana ainoastaan paperille (Winblad ym. 2007.)

Päivystyspoliklinikalla toimivalla henkilöstöllä on liian vähäiset analyttiset taidot sekä puutteellinen tuki hallinnoida asianmukaista dokumentaatiota hoitoympäristössään (Calleja ym. 2010). Vain puolet päivystyspoliklinikan henkilöstöstä kertoi käyttävänsä ensihoitokertomusta osana potilaan hoitoa. On mahdollista että osa päivystyspoliklinikan henkilöstöstä ei pidä ensihoitokertomusta relevanttina akuuttipotilaan hoidossa. Lisäksi sairaalan oma potilastietojärjestelmä on elektroninen, joka vähentää paperiversioiden käyttöä, joihin ensihoitokertomus lukeutuu (Winblad ym. 2007; Yong ym. 2008; Dawson ym. 2013.) Lisäksi ensihoitokertomuksen käytettävyyttä voivat heikentää sen eroavaisuudet sairaalan sisäiseen kirjaamiseen nähden (Eronen 2009). Tästä huolimatta vain osa ensihoitohenkilöstön raportoimista asioista kirjataan päivystyspoliklinikan omiin potilasasiakirjoihin. Tämän on arvioitu johtuvan kirjattujen asioiden arvioidusta olennaisuudesta potilaan hoidossa. Tietoja joita ei ole kirjattu on kuitenkin vaikea muistaa ja niihin tarvittaessa jälkeinpäin palaaminen on vaikeaa. (Evans ym. 2010a.)

2.3.3 Hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus potilaan luovutusprosessissa

Potilaan luovutusprosessi sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle on monimutkainen kokonaisuus (Bruce & Suserud 2005). Se on kriittinen ajanjakso potilaan hoitoketjussa hoidon jatkuvuuden ja siihen kiinteästi yhteydessä olevan potilasturvallisuuden näkökulmasta. Luovutusprosessin toteutumista tarkasteltaessa on huomioitava hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden toteutuminen (Jenkin ym. 2007; Paakkonen 2008; Calleja ym. 2010.)

Luovutusprosessissa organisaatioiden ja hoitoryhmän toiminnan organisointi ovat merkityksellisiä hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tiedolliset ja

taidolliset valmiudet, asennoituminen ja suorituskyky sekä juridisten asioiden huomioiminen ovat keskeisessä asemassa potilaan luovutusprosessissa. Lisäksi potilaiden hoidon kokonaisuus voi olla monimutkainen. Epäselvyydet eri organisaatioiden ja niiden toimijoiden toimintatavoista vaikuttavat luovutusprosessin toteutumiseen. Teknisten asioiden ohella inhimillisten tekijöiden yhteys luovutusprosessin toteutumiseen on merkittävä. (Paakkonen 2008; Bost ym. 2009; Calleja ym. 2010.) Tiedonsiirron onnistuminen luovutusprosessin aikana on keskeistä potilaan hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden näkökulmasta. Kommunikointien epäonnistumisen on todettu olevan yhteydessä virheellisen toiminnan esiintymiseen. (Calleja ym. 2010; Evans ym. 2010b; Jensen ym. 2013; Iedema ym. 2014.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien sekä ensihoitohenkilöstön näkökulmasta potilaan luovutusprosessin toteutumista ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan yhteistyön sekä potilaan hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden kehittämistä varten.

Tutkimustehtävät olivat:

1. Miten potilaan luovutusprosessi ensihoidosta päivystyspoliklinikalle toteutuu toiminnan organisoinnin osalta päivystyspoliklinikan hoitajien ja ensihoitohenkilöstön näkökulmasta?
2. Miten potilaan luovutusprosessi ensihoidosta päivystyspoliklinikalle toteutuu tiedonsiirron osalta päivystyspoliklinikan hoitajien ja ensihoitohenkilöstön näkökulmasta?
3. Miten potilaan luovutusprosessi toteutuu hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden osalta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle päivystyspoliklinikan hoitajien ja ensihoitohenkilöstön näkökulmasta?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kyselylomake

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta (Liite 3), jossa mittari on muodostettu tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsaukseen sisällytettyjen tutkimusten tulosten pohjalta induktiivisen analyysillä. Kyselylomakkeen rakenne on tarkasteltavissa tämän tutkimussuunnitelman liitteessä 3. Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa kysyttiin tutkimukseen osallistujien taustatietoja: ikä, sukupuoli, koulutustausta, työkokemus sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta ja päivystyspoliklinikan hoitotyöstä sekä työskenteleekö vastaaja tällä hetkellä päätoimisesti sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa vai päivystyspoliklinikalla (Liite 3).

Kyselylomakkeessa on seuraavana toiminnan organisointia ja tiedonsiirtoa mittaavat kysymyssarjat. Hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta mitattiin kumpaakin yhdellä strukturoidulla kysymyksellä. Toiminnan organisointia ja tiedonsiirtoa mittaavat kysymykset on jaettu yhteensä kahteentoista (12) osa-alueeseen, jotka sisältävät yhteensä 73 strukturoitua kysymystä. Strukturoidut kysymysten vastausvaihtoehdot iSBAR –raportointimallin tuntemista mittaavassa kysymyksessä olivat: 1. kyllä tai 2. ei ja kaikissa muissa kysymyksissä kuusi portaisella likert –asteikolla muodotettuja: 1. aina, 2. erittäin usein, 3. usein, 4. harvoin, 5. erittäin harvoin ja 6. ei koskaan. Vastausvaihtoehdoista on jätetty pois vaihtoehto ”en osaa sanoa”, koska tutkimukseen osallistujat ovat terveydenhuollon ammattilaisia ja heidän tulisi kyetä ottamaan kantaa kyselylomakkeen kysymyksiin. Lisäksi kyselylomakkeessa on kaksi (2) avointa kysymystä. (Liite 3.)

Kyselylomake esitestattiin. Esitestauksen kyselylomakkeita ei käytetty varsinaisessa tutkimuksessa aineistona. Esitestauksessa kyselylomakkeen täytti viisi (5) ensihoitohenkilöstöön kuuluvaa sekä viisi (5) päivystyspoliklinikan henkilöstöön kuuluvaa vapaaehtoista, joista kukaan ei työskennellyt organisaatioissa, joista varsinainen aineisto kerättiin. Tämän jälkeen tutkimuskysymyksiä tarkennettiin lähinnä sanamuotojen osalta. Mittarin kehittämistä ovat arvioineet tutkimuksen ohjaajat ja opponenttina toiminut terveystieteiden maisteriopiskelija.

4.2 Aineiston keruu

Tutkimuksen aineiston keruu tapahtui tammi-huhtikuussa 2013 e-lomakkeella. Tätä ennen kohdeorganisaatioista oli haettu tutkimuslupa. Tutkimukseen suunnitellulle henkilöstölle lähetetty sähköposti sisälsi liitteessä 2 olevan saatekirjeen, jonka tarkoituksena oli kuvata lyhyesti tutkimuksen taustatiedot, aihe, tavoite sekä tutkimukseen osallistujien oikeudet. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista.

Saatekirje, jonka ohessa oli linkki e-lomakkeeseen, lähetettiin sähköpostitse kahden yliopistollisten sairaalan päivystyspoliklinikoiden koko hoitohenkilöstölle (N=275), sekä kolmen näiden yliopistosairaaloiden alueella toimivien ensihoidon palveluntuottajien ensihoitohenkilöstölle (N=394). Kaiken kaikkiaan aineistonkeruuta varten tehty sähköposti lähetettiin 669:lle henkilölle tutkimuksen kohdeorganisaatioissa. Organisaatioiden valinta perustui päivystyspoliklinikoiden osalta siihen että ne ovat alueensa yhteispäivystyksiä ja ensihoitopalveluorganisaatioiden osalta siihen että ne ovat alueensa suurimpia ja siten myös keskeisimpiä palveluntuottajia. Lääkärit rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle, joka perustuu siihen että lääkärit eivät osallistu valtaosaan sairaalan ulkopuolisen ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välisestä luovutusprosessista (Yong ym. 2008; Dawson ym. 2013).

Muistutussähköposti lähetettiin kahden viikon kuluttua ensimmäisestä sähköpostista. Tällä pyrittiin lisäämään tutkimukseen osallistujien määrää. Muistutussähköposti ei koskenut tutkimukseen jo osallistuneita, joka mainittiin muistutussähköpostissa. Tutkimukseen osallistui yhteensä 100 henkilöä, päivystyspoliklinikoiden osalta 33 ja ensihoitopalveluiden osalta yhteensä 67 henkilöä. Osallistumisprosentiksi muodostui 14,9%.

4.3 Aineiston analyysi

Strukturoidut kysymykset analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS 20 – ohjelmistolla. Tuloksissa esitetyt keskiarvot ja keskihajonnat on laskettu SPSS 20 – ohjelmistolla kyselylomakkeen (Liite 3) kuusiportaisesta likert-asteikosta. Ennen keskiarvojen ja keskihajonnan laskemista kysymysten vastausvaihtoehdot käännettiin merkityssisältönsä suhteen samansuuntaisiksi, jotta keskiarvot olisivat vertailtavissa. Keskiarvoja tarkasteltaessa pienin mahdollinen luku on yksi (1) ja suurin mahdollinen luku on kuusi (6). Kaikkien väittämien vastausvaihtoehdot yhdistettiin numeroarvoihin: 1=aina, 2=erittäin usein, 3=usein, 4=harvoin, 5=erittäin harvoin ja 6= ei koskaan. Tämän jälkeen merkityssisällöltään

negatiivisten väittämien osalta vastausvaihtoehtojen numeroarvot käännettiin samansuuntaiseksi merkityssisällöltään positiivisten väittämien kanssa: 1=ei koskaan, 2=erittäin harvoin, 3=harvoin, 4=usein, 5=erittäin usein ja 6=aina. Merkityssisällöltään ennen keskiarvojen laskemista käännettyjen kysymysten kohdalla, on tähtimerkki (*) taulukoissa 3–8, 11–13, 16–17 ja 19–20. Mitä suurempi kunkin väittämän tai summamuuttujan keskiarvo on, sitä enemmän kyseisen väittämän tai summamuuttujan mittaamassa asiassa on ongelmia vastausten perusteella (Ka: 1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia).

Kyselylomakkeessa (Liite 3) käytetty kuusiportainen likert – asteikko on taulukoissa 3–8, 11–14, 16–17 ja 19–20 luokiteltu neliportaisiksi tulosten tarkastelun helpottamiseksi siten, että vastausvaihtoehdot usein ja erittäin usein sekä harvoin ja erittäin harvoin on yhdistetty. Luokittelemalla muuttujien arvoja tulosten esitys saadaan mielekkäämmäksi ja luettavammaksi, mutta alkuperäistä informaatiota menetetään jonkin verran (Holopainen ym. 2004). iSBAR raportointimallin tuntemista mittaavan kysymyksen vastaukset ristiintaulukoitiin päätoimisen työpaikan suhteen (Taulukko 15). Tilastollisesti merkitseviä eroja iSBAR -raportointimallin tuntemisessa osallistujaryhmien välillä selvitettiin Khiin neliötestiä käyttäen (Taulukko 15).

Usein tutkimustilanteissa on mielekästä luoda samaa asiakokonaisuutta tai teemaa mittaavista yksittäisistä mittarin osista summamuuttujia (Metsämuuronen 2007). Summamuuttujien avulla useista samaa asiaa mittaavista muuttujista voidaan muodostaa tulkittavampi aineisto, vaikkakin muuttujia on usein syytä tarkastella tästä huolimatta myös omina yksikköinään (Nummenmaa 2004). Taulukoissa 10 ja 18 on raportoitu päätoimisen työpaikan ja luovutusprosessin kaikista kahdestatoista (12) osa-alueesta muodostettujen summamuuttujien yhteyksien analyysi. Summamuuttujien sisäistä johdonmukaisuutta testattiin Cronbachin alfan avulla, joka on eräs käytetyimmistä menetelmistä tähän tarkoitukseen (Metsämuuronen 2007). Cronbachin alfan alimmaksi arvoksi hyväksytään Metsämuuronen (2007) ja Holopaisen ym. (2004) mukaan 0,6. Tässä tutkimuksessa raportoitiin kuitenkin yksi tätä matalampi Cronbachin alfan arvo ”Ennakoilmoitus” -osa-alueessa (Taulukko 10). Päätoimisen työpaikan yhteyttä kustakin osa-alueesta muodostettuun summamuuttujaan analysoitiin T-testillä (Taulukot 10 ja 18).

Viimeisenä kuvattiin vastausten jakautuminen sekä keskiarvot ja keskihajonnat hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden toteutumista mittaavissa kysymyksissä (Taulukot 19–

20). Lisäksi päätoimisen työpaikan yhteyttä näkemyksiin hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden toteutumisesta analysoitiin Mann Whitney U – testillä (Taulukot 19–20). Kyselylomakkeessa (Liite 3) oleva ensimmäinen avoin kysymys: ”Mikä on oman näkemyksesi mukaan se hetki, jolloin hoitovastuu on siirtynyt ensihoitohenkilöstöltä päivystyspoliklinikalle?” on raportoitu taulukossa 9, kooten vastausten yksittäisiä ilmaisuja teemoiksi. Kyselylomakkeessa (Liite 3) oleva toinen avoin kysymys raportoidaan muussa yhteydessä. Valmis tutkimusraportti julkaistiin Tampereen yliopiston opinnäytekokouksessa. Lisäksi tutkimusraportti luovutettiin kullekin kohdeorganisaatioille.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui yhteensä 100 henkilöä. Päätoimisesti päivystyspoliklinikalla työskentelevistä hoitajista tutkimukseen osallistui kaikkiaan 33 henkilöä ja päätoimisesti ensihoitopalvelussa työskentelevistä kaikkiaan 67 henkilöä. Kyselyyn vastasi 46 naista ja 53 miestä. Osallistujaryhmissä päivystyspoliklinikan hoitajista (n=33) noin neljä viidesosaa (75,8%) oli naisia ja ensihoitohenkilöstöstä (n=67) runsas kaksi kolmasosaa (68,7%) olivat miehiä. Päivystyspoliklinikan hoitajat olivat iältään 25-58 vuotiaita (Ka=37) ja ensihoitohenkilöstö 22-57 vuotiaita (Ka=33). (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Tutkimukseen osallistujien taustatiedot

	Päivystyspoliklinikka (n=33)					Ensihoitopalvelu (n=67)				
	n	%	Vaihte- luväli	Ka	Kh	n	%	Vaihte- luväli	Ka	Kh
Sukupuoli										
Nainen	25	75,8				21	31,3			
Mies	8	24,2				46	68,7			
Ikä										
Ikä			25-58	37	10.91			22-57	33	7.39
Koulutustausta										
EH AMK	5	15,2				14	20,9			
SH AMK	13	39,4				18	26,9			
SH (opistoaste)	13	39,4				5	7,7			
LH	1	3,0				18	26,9			
LVM	0	0,0				2	3,0			
PM	0	0,0				8	11,9			
Muu tutkinto tai puuttuu	1	3,0				2	3,0			
Työkokemus										
Työkokemus PPKL			<1-30	10	8.25			0-20	<1	3.56
Työkokemus EH			0-5	<1	1.80			<1-36	7	6.27

EH AMK=ensihoitaja AMK, SH AMK=sairaanhoitaja AMK, SH (opistoaste)=sairaanhoitaja opistoaste, LH=lähihoitaja, LVM=lääkintävashtimestari-sairaankuljettaja, PM=pelastaja/palomies

Päivystyspoliklinikan hoitajilla oli neljä (4) eri tutkintotaustaa ja ensihoitohenkilöstöllä kuusi (6) eri tutkintotaustasta. Tutkimukseen osallistuneista päivystyspoliklinikan hoitajista (n=33) yhtä (3,0%) lukuun ottamatta kaikilla oli ammattikorkeakoulu- tai opistoasteen tutkinto. Ensihoitohenkilöstössä (n=67) toisen asteen tutkinnon tai siihen rinnastettavan tutkinnon suorittaneita oli vajaa puolet (41,8%). Työkokemusta päivystyspoliklinikan hoitajilla oli

omasta päätoimisesta työstään keskimäärin 10 vuotta ja ensihoitohenkilöstöllä päätoimisesta työstään keskimäärin 7 vuotta. Toinen toistensa työstä sekä päivystyspoliklinikan hoitajilla että ensihoitohenkilöstöllä on kokemusta keskimäärin alle vuosi. (Taulukko 2.)

5.2 Potilaan luovutusprosessin toiminnan organisointi

5.2.1 Ennakoilmoitus

Taulukossa 3 on kuvattu ennakoilmoitus -osa-alueen vastausten jakautuminen. Lisäksi taulukossa kuvataan vastausten keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. Kaikkien kysymysten keskiarvot ovat alle kolmen (1=ei ongelmia – 6= paljon ongelmia).

Taulukko 3. Ennakoilmoitus

Kysymys	aina		usein tai erittäin usein		harvoin tai erittäin harvoin		ei koskaan		Ka	Kh
	n	%	n	%	n	%	n	%		
*Ei ennakkoa, vaikka tarpeen	1	1.0	12	12.1	81	81.8	5	5.1	2.74	0.84
*Tarpeeton ennakko	0	0.0	9	9.0	87	87.0	4	4.0	2.70	0.77
Ennakko riittävän ajoissa	4	4.0	89	89.0	7	7.0	0	0.0	2.69	0.69
Ennakon käynnistämät toimenpiteet tarpeen	8	8.1	89	89.9	2	2.0	0	0.0	2.47	0.68
Ennakko käynnistää tarvittavat toimenpiteet	14	14.0	83	83.0	3	3.0	0	0.0	2.27	0.79
Elvytysh. hoitoryhmä valmiina vastaanottamassa	25	25.5	69	70.4	4	4.1	0	0.0	2.08	0.82
Traumatiimi tarpeen kriteerien täytyessä	31	31.6	64	65.3	3	3.1	0	0.0	1.98	0.83
Traumatiimi hälytetään kriteerien täytyessä	39	39.4	57	57.6	2	2.0	0	0.0	1.83	0.80

*: Merkityssisällöltään käänteinen kysymys

Ka: 1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Ennakoilmoitus on jätetty tekemättä runsaan kymmenesosan (13,1%) mukaan usein, erittäin usein tai aina, vaikka potilaan tila sitä edellyttäisi. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 2,74. Ennakoilmoituksen tehdään vajaan kymmenesosan (9,0%) mukaan usein tai erittäin usein vaikka potilaan tila ei sitä edellyttäisi. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 2,70. Lähes kaikkien mukaan (98,0%) traumatiimi hälytetään usein, erittäin usein tai aina

ennalta ohjeistettujen kriteerien täytyessä ennakoilmoituksen perusteella. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 1,83. Lähes kaikkien mukaan (96,9%) traumatiimi on tarpeen potilaan hoidossa usein, erittäin usein tai aina kun se hälytetään ohjeistettujen kriteerien täytyessä. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 1,83. (Taulukko 3.)

5.2.2 Toiminta elvytyshuoneessa

Taulukossa 4 on kuvattu toiminta elvytyshuoneessa -osa-alueen kunkin kysymyksen vastausten jakautuminen. Lisäksi taulukossa kuvataan vastausten keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. Kuudessa kysymyksessä kymmenestä keskiarvo on yli kolmen (1=ei ongelmia – 6= paljon ongelmia). (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Toiminta elvytyshuoneessa

Kysymys	aina		usein tai erittäin usein		harvoin tai erittäin harvoin		ei koskaan		Ka	Kh
	n	%	n	%	n	%	n	%		
*Elvytysh. hoitoryhmä hoitaa potilasta raportoinnin aikana	14	14.3	63	64.3	20	20.4	1	1.0	4.44	1.08
Elvytysh. hoitoryhmä valittu erikoisalalan mukaan	6	6.3	51	53.1	31	32.3	8	8.3	3.35	1.31
*Elvytysh. ensihoitohenkilöstön tekemien asioiden toistaminen	2	2.1	25	26.0	67	69.8	2	2.1	3.16	0.99
Elvytysh. selkeää kenelle raportti annetaan	5	5.2	62	63.9	29	29.9	1	1.0	3.10	0.96
*Elvytysh. hoitoryhmä tekee asioita, jotka eivät välttämättömiä	1	1.0	22	23.0	72	75.0	1	1.0	3.07	0.84
*Elvytysh. joudutaan odottamaan lääkäriä paikalle	0	0.0	26	26.8	69	71.2	2	2.1	3.05	0.86
*Elvytysh. hoitotoimenpiteiden järjestys epätarkoituksenmukainen	0	0.0	21	21.9	74	77.1	1	1.0	3.00	0.77
Elvytysh. hoitoryhmällä selkeä johtaja	5	5.1	65	66.4	28	28.6	0	0.0	2.93	0.93
*Elvytysh. viiveitä hoitajien tietotaidon puutteiden vuoksi	0	0.0	6	6.3	85	89.5	4	4.2	2.66	0.72
Elvytysh. hoitoryhmän ryhmätyö on toimivaa	2	2.0	89	90.8	7	7.1	0	0.0	2.53	0.69

*: Merkityssisällöltään käänteinen kysymys

Ka: 1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Vajaan neljän viidesosan (78,6%) mukaan elvytyshuoneessa hoitoryhmä hoitaa potilasta raportoinnin aikana usein, erittäin usein tai aina. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 4,44. Lääkärin paikalle tuleminen vastaanottamaan kriittistä potilasta on erityisen merkityksellistä. Runsaan neljäsosan (26,8%) mukaan elvytyshuoneessa aiheutuu viiveitä, koska joudutaan odottamaan lääkäriä paikalle usein tai erittäin usein. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,05. Runsaan yhdeksän kymmenestä (93,7%) mukaan elvytyshuoneessa aiheutuu viiveitä potilaan hoidossa hoitajien tietotaidon puutteiden vuoksi harvoin, erittäin harvoin tai ei koskaan. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 2,66. Runsaan yhdeksän kymmenestä (92,8%) mukaan elvytyshuoneessa hoitoryhmän ryhmätyö on toimivaa usein, erittäin usein tai aina. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 2,53. (Taulukko 4.)

5.2.3 Triage

Taulukossa 5 on kuvattu toiminta Triage -osa-alueen vastausten jakautuminen. Lisäksi taulukossa kuvataan vastausten keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. Kolmessa kysymyksessä kuudesta keskiarvo on yli kolmen (1=ei ongelmia – 6= paljon ongelmia). (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Triage

Kysymys	aina		usein tai erittäin usein		harvoin tai erittäin harvoin		ei koskaan		Ka	Kh
	n	%	n	%	n	%	n	%		
*Kiireettömän pot. triageessa paikkasijoittelu on tärkeämpi kuin pot. ongelma	2	2.0	40	40.8	54	55.1	2	2.0	3.41	0.97
*Triagehoitaja vaati EH työdiagnoosia	3	3.1	36	36.7	55	56.1	4	4.1	3.35	1.14
*EH arvio ohjaa liikaa triagen tekemistä	0	0.0	16	16.5	81	83.5	0	0.0	3.01	0.67
*PPKL pot. tilasta tehdään uusi arvio vasta lääkärin toimesta	0	0.0	22	23.4	65	69.2	7	7.4	2.87	1.00
PPKL tehdään mahd. pian uusi arvio potilaasta	18	18.6	70	72.2	9	9.2	0	0.0	2.41	0.94
Triagen tekee kokenut sairaanhoitaja	22	22.4	76	77.6	0	0.0	0	0.0	2.10	0.74

*: Merkityssisällöltään käänteinen kysymys

Ka: 1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Runsas kolmasosa (42,8%) on vastannut että kiirettömän potilaan triagessa paikkasijoittelu on tärkeämpi kuin potilaan ongelma usein, erittäin usein tai aina. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,41. Runsaan kolmasosan (39,8%) mukaan triagehoitaja vaatii ensihoitohenkilöstöltä työdiagnoosia usein, erittäin usein tai aina. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,35. Kaikkien mukaan (100%) triagen tekee usein erittäin usein tai aina kokenut sairaanhoitaja. Kaikkien vastausten keskiarvo on 2,10. Runsaan yhdeksän kymmenestä (90,8%) mukaan päivystyspoliklinikalla tehdään mahdollisimman pian uusi arvio potilaan tilasta usein, erittäin usein tai aina. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 2,41. (Taulukko 5.)

5.2.4 Kiirettömän potilaan huomioiminen

Taulukossa 6 on kuvattu kiirettömän potilaan huomioiminen -osa-alueen vastausten jakautuminen. Lisäksi taulukossa kuvataan vastausten keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. Kolmessa kysymyksessä viidestä keskiarvo on yli kolmen (1=ei ongelmia – 6= paljon ongelmia). (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Kiirettömän potilaan huomioiminen

Kysymys	aina		usein tai erittäin usein		harvoin tai erittäin harvoin		ei koskaan		Ka	Kh
	n	%	n	%	n	%	n	%		
*PPKL kuormittuneisuus haittaa kiirettömän pot. tarpeiden huomioimista	1	1.0	67	68.4	30	30.6	0	0.0	3.91	0.89
Kiirettömän pot. fyysinen ympäristö huomioidaan luovutustilanteessa	5	5.1	63	64.3	29	29.6	1	1.0	3.14	1.00
Kiirettömän pot. sosiaalinen tausta huomioidaan luovutustilanteessa	6	6.1	68	69.4	23	23.5	1	1.0	3.04	0.94
Hoito- ja vanhainkodeista tuoduista kiirettömistä pot. raportoidaan yhtä hyvin kuin muistakin	10	10.3	54	55.7	33	34.0	0	0.0	2.99	1.11
Kiirettömän pot. toimintakyky huomioidaan luovutustilanteessa	6	6.1	70	71.5	22	22.5	0	0.0	2.86	0.93

*: Merkityssisällöltään käänteinen kysymys
Ka: 1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Runsas kolmasosa (69,4%) on vastannut että päivystyspoliklinikan kuormittuneisuus haittaa kiireettömän potilaan tarpeiden huomioimista usein, erittäin usein tai aina ja kaikkien vastausten keskiarvo on 3,91. Runsaan kolmasosan (34,0%) mukaan hoito- ja vanhainkodeista ambulanssilla päivystyspoliklinikalle tuoduista kiireettömistä potilaista raportoidaan vain harvoin tai erittäin harvoin yhtä hyvin kuin muista ambulanssilla tuoduista potilaista ja kaikkien vastausten keskiarvo on 2,99. (Taulukko 6.)

5.2.5 Epäselvät syyt päivystyshoitoon kuljettamiselle

Taulukossa 7 on kuvattu epäselvät syyt päivystyshoitoon kuljettamiselle -osa-alueen vastausten jakautuminen. Lisäksi taulukossa kuvataan vastausten keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. Kahdessa kysymyksessä kolmesta keskiarvo on yli kolmen (1=ei ongelmia – 6= paljon ongelmia). (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Epäselvät syyt päivystyshoitoon kuljettamiselle

Kysymys	aina		usein tai erittäin usein		harvoin tai erittäin harvoin		ei koskaan		Ka	Kh
	n	%	n	%	n	%	n	%		
PPKL kuljetettu kiireetön pot. tarvitsee ambulanssikulj.	1	1.0	66	66.7	32	32.4	0	0.0	3.16	0.88
PPKL kuljetettu kiireetön pot. tarvitsee päivystyshoitoa	2	2.0	73	73.7	24	24.3	0	0.0	3.06	0.82
*Perusteet tuoda kiireetön pot. PPKL ovat epäselvät	0	0.0	21	21.2	77	77.8	1	1.0	2.94	0.89

*: Merkityssisällöltään käänteinen kysymys
Ka: 1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Tutkimukseen osallistujista vajaan kolmasosan (32,4%) mukaan päivystyspoliklinikalle kuljetettu kiireetön potilas tarvitsee harvoin tai erittäin harvoin ambulanssikuljetuksen. ambulanssikuljetuksen. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,16. Tutkimukseen osallistujista vajaan neljäsosan (24,3%) mukaan päivystyspoliklinikalle ambulanssilla kuljetettu potilas tarvitsee harvoin tai erittäin harvoin päivystyshoitoa. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,06. (Taulukko 7.)

5.2.6 Hoitovastuun siirtyminen

Taulukossa 8 on kuvattu hoitovastuun siirtyminen -osa-alueen vastausten jakautuminen. Lisäksi taulukossa kuvataan vastausten keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. Yhdessä kysymyksessä kolmesta keskiarvo on yli kolmen (1=ei ongelmia – 6= paljon ongelmia). (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Hoitovastuun siirtyminen

Kysymys	aina		usein tai erittäin usein		harvoin tai erittäin harvoin		ei koskaan		Ka	Kh
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hoitovastuun siirtyminen sovitaan ääneen sanoen	1	1.0	5	5.0	53	53.6	40	40.4	5.00	1.04
Kaikille toimijoille on itsestään selvää milloin hoitovastuu on siirtynyt	26	26.3	53	53.6	20	20.2	0	0.0	2.49	1.23
Hoitovastuun siirtymisen tarkka ajankohta on selkeä	27	27.3	60	60.6	12	12.1	0	0.0	2.36	1.17

Ka: 1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Runsaan yhdeksän kymmenestä mukaan (94,0%) hoitovastuun siirtyminen sovitaan harvoin, erittäin harvoin tai ei koskaan ääneen sanoen. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 5,00. (Taulukko 8.) Vajaan yhdeksän kymmenestä (87,9%) mukaan hoitovastuun siirtymisen tarkka ajankohta on usein, erittäin usein tai aina selkeä. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 2,36. (Taulukko 8.)

Taulukossa 9, oikealla puolella on kuvattu yksittäiset ilmaisut, jolloin hoitovastuu on tutkimukseen osallistujien vastausten mukaan siirtynyt potilaan luovutusprosessissa. Taulukossa oikealla listatut asiat ilmenivät vastauksissa yksittäisinä sekä kahden tai useamman ilmaisun yhdistelminä. Hoitovastuun siirtymisen ajankohtia ilmaisuista muodostettuina teemoina ovat: potilaasta raportoinnin jälkeen, kirjaamisen jälkeen, potilaspaikan osoittamisen jälkeen, vastaanottavan hoitajan potilaskontaktin jälkeen sekä epäselvät hoitovastuun siirtymisen ajankohdat. Teemat ovat taulukossa 9 vasemmalla. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Tutkimukseen osallistujan näkemys hetkestä, jolloin hoitovastuu on siirtynyt

Hoitovastuun siirtymisen teemat	Hoitovastuun siirtymisen hetki
Raportoinnin jälkeen (n=57)	Kun potilaasta on raportoitu
	Epäsuora suullinen ilmaus, kuten kiittäminen, hyvästely, kysyminen voidaanko poistua, kysyminen onko lisäkysymyksiä raportista
Kirjaamisen jälkeen (n=30)	Kun triagehoitaja on kirjannut potilaan
	Kun vastaanottava hoitaja on kirjannut potilaan
	Kun ensihoitokertomus on allekirjoitettu
	Kun potilaan luovutusaika on kirjattu ensihoitokertomukseen
	Kun potilaspaperit on luovutettu hoitajalle
Potilaspaikan osoittamisen jälkeen (n=30)	Kun potilaalle on osoitettu vuodepaikka
	Kun potilas on siirretty sairaalan sängylle
Vastaanottavan hoitajan potilaskontaktin jälkeen (n=1)	Kun vastaanottaja hoitaja on nähnyt potilaan
Epäselvä hoitovastuun siirtymisen ajankohta (n=10)	Kun potilas on luovutettu
	Kun ensihoitohenkilöstö poistuu
	Selvää käsitystä ei liene kenelläkään

n=ilmaisujen määrä vastauksissa

5.2.7 Potilaan luovutusprosessin toiminnan organisoinnin ja päätoimisen työpaikan yhteyksien tarkastelu

Taulukossa 10 on kuvattu potilaan luovutusprosessin toiminnan organisoinnin osa-alueiden yhteys päätoimiseen työpaikkaan. Taulukossa 10 on kuvattu päivystyspoliklinikan sekä ensihoitopalvelun keskiarvot, keskihajonnat ja n-luku. Lisäksi taulukossa on kuvattu kustakin osa-alueesta muodostetun summamuuttujan Cronbachin alfa –arvo sekä p-arvo, jonka avulla tarkastellaan tilastollista merkitsevyyttä. Toiminnan organisoinnissa kahdessa osa-alueessa kuudesta on tilastollisesti merkitsevä ero osa-alueen ja päätoimisen työpaikan välistä yhteyttä tarkasteltaessa. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Toiminnan organisoinnin yhteys päätoimiseen työpaikkaan

Osa-alue	Päivystyspoliklinikka			Ensihoitopalvelu			α	p
	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n		
Ennakoilmoitus	2,59	0,32	31	2,73	0,47	62	0,43	0,095
Toiminta elvytysuoneessa	3.13	0.45	32	3.14	0.57	59	0.75	0.914
Triage	2.48	0.54	32	2.91	0.54	59	0.65	<0.001
Kiireettömän potilaan huomioiminen	3.26	0.64	32	3.14	0.66	65	0.69	0.393
Epäselvät syyt päivystyshoittoon kuljettamiselle	3.15	0.58	33	3.01	0.73	66	0.70	0.316
Hoitovastuun siirtyminen	2.85	0.60	33	3.51	0.91	66	0.64	<0.001

α =Cronbachin alfa

Ka: 1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Triagella on tilastollisesti merkitsevä ero päivystyspoliklinikalla ja ensihoitopalvelussa päätoimisesti työskentelevien välillä ($p<.001$). Ensihoitohenkilöstön ($n=59$, $ka=2.91$, $kh=0.52$) mukaan triagessa on useammin ongelmia kuin päivystyspoliklinikan hoitajien mukaan ($n=32$, $ka=2.48$, $kh=0.54$). Hoitovastuun siirtymisellä on tilastollisesti merkitsevä ero päivystyspoliklinikalla ja ensihoitopalvelussa päätoimisesti työskentelevien välillä ($p<.001$). Ensihoitohenkilöstön ($n=66$, $ka=3.51$, $kh=0.91$) mukaan hoitovastuun siirtymisessä on useammin ongelmia kuin päivystyspoliklinikan hoitajien mukaan ($n=33$, $ka=2.85$, $kh=0.60$). (Taulukko 10.)

5.3 Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirto

5.3.1 Häiriötekijät

Taulukossa 11 on kuvattu häiriötekijät –osa-alueen vastausten jakautuminen. Lisäksi taulukossa kuvataan vastausten keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. Neljässä kysymyksessä viidestä keskiarvo on yli kolmen (1=ei ongelmia – 6= paljon ongelmia). (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Häiriötekijät

Kysymys	aina		usein tai erittäin usein		harvoin tai erittäin harvoin		ei koskaan		Ka	Kh
	n	%	n	%	n	%	n	%		
*PPKL useat tehtävät haittaavat EH raportin vastaanottamista	3	3.0	72	72.7	24	24.2	0	0.0	4.11	0.90
*Melu haittaa ennakkoa	5	5.1	58	58.6	35	35.4	1	1.0	3.86	1.05
*Keskeytykset haittaavat raportointia PPKL	3	3.0	55	55.6	41	41.5	0	0.0	3.77	0.92
*Melu haittaa raportointia PPKL	4	4.0	39	39.4	56	56.5	0	0.0	3.47	0.99
*EH uusi hälytystehtävä haittaa raportointia PPKL	0	0.0	12	12.3	80	81.7	6	6.1	2.66	0.87

*: Merkityssisällöltään käänteinen kysymys

Ka: 1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Runsaan kolmen neljäsosan (75,7%) mukaan päivystyspoliklinikan hoitajien useat tehtävät taas haittaavat ensihoitohenkilöstön raportin vastaanottamista usein, erittäin usein tai aina. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 4,11. Vajaan kahden kolmasosan (63,7%) mukaan melu haittaa ennakoilmoituksen tekemistä tai vastaanottamista usein, erittäin usein tai aina. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,86. Vajaan yhdeksän kymmenesosan mukaan (86,8%) ensihoitohenkilöstölle luovutustilanteen aikana tullut uusi hälytystehtävä haittaa harvoin, erittäin harvoin tai ei koskaan raportointia päivystyspoliklinikalla. (Taulukko 11.)

5.3.2 Suullinen raportointi

Taulukossa 12 on kuvattu suullinen raportointi -osa-alueen vastausten jakautuminen. Lisäksi taulukossa kuvataan vastausten keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. Neljässä kysymyksessä kymmenestä keskiarvo on yli kolmen (1=ei ongelmia – 6= paljon ongelmia). (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Suullinen raportointi

Kysymys	aina		usein tai erittäin usein		harvoin tai erittäin harvoin		ei koskaan		Ka	Kh
	n	%	n	%	n	%	n	%		
*EH suullisen raportin laadussa on eroja	16	16.3	71	72.5	11	11.2	0	0.0	4.50	0.90
*EH suullisen raportin vastaanottokyvyssä on eroja PPKL	16	16.3	66	67.4	16	16.3	0	0.0	4.39	0.97
*Liian suuri osa EH raportista jää PPKL muistin varaan	1	1.0	46	46.9	50	51	1	1.0	3.50	0.91
PPKL kuuntelevat aktiivisesti EH suullisen raportin	2	2.0	74	75.5	22	22.4	0	0.0	3.07	0.82
*Liian suuri osa EH suullisesta raportoinnista muistin varassa	0	0.0	20	20.4	77	78.5	1	1.0	2.97	0.68
*EH raportointi on epäjohton mukainen	0	0.0	12	12.4	85	87.6	0	0.0	2.88	0.67
EH suullinen raportti sisältää kaiken olennaisen tiedon	2	2.0	86	87.8	10	10.2	0	0.0	2.71	0.76
*EH raportoidessa yhteisymmärryksen puute EH ja PPKL välillä	0	0.0	10	10.2	88	89.8	0	0.0	2.70	0.65
*PPKL vaikeuksia ymmärtää EH raportoinnin termejä	0	0.0	6	6.1	85	86.7	7	7.1	2.57	0.75
*EH ja PPKL yhteisymmärryksen puute johtaa ristiriitatilanteisiin	0	0.0	2	2.0	94	95.9	2	2.0	2.54	0.58

*: Merkityssisällöltään käänteinen kysymys

Ka: 1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Hieman vajaan yhdeksän kymmenestä (88,8%) mukaan ensihoitohenkilöstön suullisen raportoinnin laadussa on eroja usein, erittäin usein tai aina. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 4,50. Runsas neljä viidesosaa (83,7%) mukaan päivystyspoliklinikalla ensihoitajien suullisen raportoinnin vastaanottokyvyssä on eroja usein, erittäin usein tai aina. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 4,39. Lähes kaikkien mukaan (97,9%) päivystyspoliklinikalla on harvoin, erittäin harvoin tai ei koskaan vaikeuksia ymmärtää ensihoitohenkilöstön luovutusraportoinnissaan käyttämiä termejä. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 2,54. Runsaan yhdeksän kymmenestä (93,8%) mukaan

ensihoitohenkilöstön ja päivystyspoliklinikan hoitajan yhteisymmärryksen puute johtaa ristiriitatilanteisiin harvoin, erittäin harvoin tai ei koskaan. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 2,57. (Taulukko 12.)

5.3.3 Toistuva raportointi

Taulukossa 13 on kuvattu toistuva raportointi -osa-alueen vastausten jakautuminen. Lisäksi taulukossa kuvataan vastausten keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. Kolmessa kysymyksessä neljästä keskiarvo on yli kolmen (1=ei ongelmia – 6= paljon ongelmia). (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Toistuva raportointi

Kysymys	aina		usein tai erittäin usein		harvoin tai erittäin harvoin		ei koskaan		Ka	Kh
	n	%	n	%	n	%	n	%		
*EH joutuu toistamaan raportin elvytyshuoneessa, koska lääkäri ei läsnä	1	1.0	48	49.0	45	45.9	4	4.1	3.43	1.08
*EH raportoi suullisesti samasta potilaasta useammin kuin kahdesti	7	7.1	20	20.4	68	68.8	3	3.1	3.12	1.22
*EH joutuu toistamaan raportin elvytyshuoneessa koska hoitaja ei ollut läsnä	5	5.1	22	22.2	65	65.7	8	8.1	3.02	1.28
*EH raportoi hoitajalle, joka sitten välittää raportin	0	0.0	29	29.9	61	62.9	7	7.1	2.94	1.01

*: Merkityssisällöltään käänteinen kysymys

Ka: 1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Puolen (50,0%) mukaan ensihoitohenkilöstö joutuu toistamaan luovutusraportin elvytyshuoneessa usein, erittäin usein tai aina, koska lääkäri joka potilasta lopulta hoitaa, ei ollut läsnä ensimmäisellä raportointikerralla. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,43. Runsas neljäsosa (27,5%) on vastannut että ensihoitohenkilöstö raportoi päivystyspoliklinikalla samasta potilaasta useammin kuin kahdesti usein, erittäin usein tai aina. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,12. (Taulukko 13.)

5.3.4 iSBAR –raportointimalli

Taulukossa 14 on kuvattu iSBAR -raportointimalli -osa-alueen vastausten jakautuminen. Lisäksi taulukossa kuvataan vastausten keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. iSBAR -

raportointimallin tuntevia kaikista tutkimukseen osallistujista oli 30 (n=30). ISBAR raportointimallin tuntevista 73,3% mukaan ensihoitohenkilöstö ja päivystyspoliklinikan hoitajat käyttävät iSBAR -raportointimallia harvoin, erittäin harvoin tai ei koskaan. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. iSBAR –raportointimallin käyttö, mallin tunnevan henkilöstön arvioimana

Kysymys	aina		usein tai erittäin usein		harvoin tai erittäin harvoin		ei koskaan		Ka	Kh
	n	%	n	%	n	%	n	%		
EH käyttää iSBAR raportoinnissa	2	6.7	6	20	19	63.3	3	10	4.07	1.29
PPKL käyttää iSBAR vastaanottaessaan EH raporttia	0	0.0	7	23.3	20	66.7	3	10	4.23	0.94

Ka: 1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Taulukossa 15 on kuvattu iSBAR -raportointimallin tuntemista mittaavien kysymysten vastausten jakautuminen. Päivystyspoliklinikan hoitajista 54,5% ja ensihoitohenkilöstöstä 18,5% tuntee iSBAR -raportointimallin. iSBAR -raportointimallin tuntemisella on tilastollisesti merkitsevä yhteys päivystyspoliklinikan hoitajien ja ensihoitohenkilöstön välillä ($p<.001$). (Taulukko 15.)

Taulukko 15. iSBAR –raportointimallin tunteminen

Päätoiminen työpaikka	Tunnen iSBAR –raportointimallin					
	Kyllä		En		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Päivystyspoliklinikka	18	54.5%	15	45.5%	33	33.7%
Ensihoitopalvelu	12	18.5%	53	81.5%	65	66.3%
Yhteensä	30	30.6%	68	69.4%	98	100.0%

$X^2=13.4$, $df=1$, $p<.001$

5.3.5 Hoitohenkilökunnan käytös

Taulukossa 16 on kuvattu hoitohenkilökunnan käytös -osa-alueen vastausten jakautuminen. Lisäksi taulukossa kuvataan vastausten keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. Viidessä kysymyksessä kahdeksasta keskiarvo on yli kolmen (1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia). (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Hoitohenkilökunnan käytös

Kysymys	aina		usein tai erittäin usein		harvoin tai erittäin harvoin		ei koskaan		Ka	Kh
	n	%	n	%	n	%	n	%		
*PPKL kiinnostuksen puutetta jos EH raportointi sisältää epäolennaista	3	3.1	50	52.1	42	43.7	1	1.0	3.68	0.95
*Pot. tilaa aliarvioidaan PPKL toimesta EH raportoidessa	2	2.0	52	53.1	43	43.9	1	1.0	3.63	0.96
*PPKL kiinnostuksen puutetta EH raportointiin jos pot. tuodaan epäselvin perustein	0	0.0	50	51.5	46	47.4	1	1.0	3.56	0.88
*PPKL kiinnostuksen puutetta vastaanottaa kiireetön potilas	0	0.0	46	47.4	50	51.5	1	1.0	3.44	0.87
*EH tuo liian vahvasti esille oman näkemyksensä PPKL	0	0.0	22	22.6	74	76.3	1	1.0	3.05	0.68
PPKL EH raporttia arvostetaan	7	7.1	66	67.3	25	25.5	0	0.0	2.95	0.96
*EH aliarvioi potilaan tilaa raportoidessaan	0	0.0	15	15.3	80	81.6	3	3.1	2.90	0.74
*EH ja PPKL välillä vastakkainasettelua pot. luovutustilanteissa	0	0.0	11	11.6	79	83.2	5	5.3	2.67	0.75

*: Merkityssisällöltään käänteinen kysymys

Ka: Kaikissa 1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Runsaa puolen (55,2%) mukaan päivystyspoliklinikalla ilmenee kiinnostuksen puutetta ensihoitohenkilöstön raportointia kohtaan usein, erittäin usein tai aina jos ensihoitohenkilöstön raportointi sisältää epäolennaista tietoa. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,68. Runsaa puolen (55,1%) tutkimukseen osallistujista mukaan potilaan tilaa aliarvioidaan päivystyspoliklinikan hoitajien toimesta ensihoitohenkilöstön raportoidessa usein, erittäin usein tai aina. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,63. Hieman vajaan yhdeksän kymmenesosan (88,5%) mukaan ensihoitohenkilöstön ja

päivystyspoliklinikan hoitajien välillä esiintyy vastakkainasettelua harvoin, erittäin harvoin tai ei koskaan potilaan luovutustilanteissa. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 2,67. (Taulukko 16.)

5.3.6 Ensihoitokertomus

Taulukossa 17 on kuvattu ensihoitokertomus -osa-alueen vastausten jakautuminen. Lisäksi taulukossa kuvataan vastausten keskiarvot ja keskihajonnat kysymyksittäin. Kolmessa kysymyksessä kymmenestä keskiarvo on yli kolmen (1=ei ongelmia – 6= paljon ongelmia). (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Ensihoitokertomus

Kysymys	aina		usein tai erittäin usein		harvoin tai erittäin harvoin		ei koskaan		Ka	Kh
	n	%	n	%	n	%	n	%		
*Ensihoitokertomuksesta puuttuu pot. aiempia tietoja	0	0.0	55	59.2	37	39.8	1	1.1	3.70	0.87
EH annettu hoito kirjataan PPKL potilasasiakirjoihin	2	2.4	42	49.4	39	45.9	2	2.4	3.47	1.11
*Kirjaamisen erot vähentävät ensihoitokertomuksen käyttöä PPKL	0	0.0	33	35.5	56	60.2	4	4.3	3.22	1.01
*PPKL sähköinen kirjaamisjärjestelmä vähentää ensihoitokertomuksen käyttöä PPKL	2	2.2	27	29.7	47	51.7	15	16.5	2.91	1.24
Ensihoitokertomukseen on kirjattu kaikki mitä pot. on tutkittu	2	2.2	71	77.2	19	20.7	0	0.0	2.85	0.79
PPKL ensihoitokertomusta käytetään osana pot. hoitoa	11	11.6	64	67.4	20	21.0	0	0.0	2.78	1.04
Ensihoitokertomukseen on kirjattu riittävästi informaatiota	1	1.1	81	89.0	9	9.9	0	0.0	2.73	0.65
Ensihoitokertomuksen tekstistä saa selvää	2	2.2	83	89.3	8	8.6	0	0.0	2.71	0.75
*Ensihoitokertomukseen on kirjattu asioita väärin	0	0.0	3	3.3	85	91.3	5	5.4	2.47	0.69
Ensihoitokertomuksesta on hyötyä osana pot. hoitoa	14	14.9	69	73.4	11	11.7	0	0.0	2.38	0.88

*: Merkityssisällöltään käänteinen kysymys
Ka: 1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Runsaa puolen (59,2%) mukaan ensihoitokertomuksesta puuttuu potilaan aiempia tietoja usein tai erittäin usein. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,70. Hieman vajaan puolen (48,3%) mukaan sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa annettu hoito kirjataan päivystyspoliklinikalla sairaalan sisäisiin potilasasiakirjoihin harvoin, erittäin harvoin tai ei koskaan. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 3,47. Hieman vajaan yhdeksän kymmenesosan (88,3) mukaan ensihoitokertomuksesta on hyötyä osana potilaan hoitoa usein, erittäin usein tai aina. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 2,38. Lähes kaikkien (96,7%) mukaan ensihoitokertomukseen on harvoin, erittäin harvoin tai ei koskaan kirjattu asioita väärin. Kysymyksen kaikkien vastausten keskiarvo on 2,47. (Taulukko 17.)

5.3.7 Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron ja päätoimisen työpaikan yhteyksien tarkastelu

Taulukossa 18 on kuvattu päivystyspoliklinikan sekä ensihoitopalvelun keskiarvot, keskihajonnat ja n-luku. Lisäksi taulukossa on kuvattu kustakin osa-alueesta muodostetun summamuuttujan Cronbachin alfa -arvo sekä p-arvo, jonka avulla tarkastellaan tilastollista merkitsevyyttä. Tiedonsiirrossa kahdessa osa-alueessa kuudesta oli tilastollisesti merkitsevä ero osa-alueen ja päätoimisen työpaikan välistä yhteyttä tarkasteltaessa.

Taulukko 18. Tiedonsiirron yhteys päätoimiseen työpaikkaan

Osa-alue	Päivystyspoliklinikka			Ensihoitopalvelu			α	p
	Ka	Kh	n	Ka	Kh	n		
Häiriötekijät	3.80	0.70	33	3.46	0.69	65	0.80	0.024
Suullinen raportointi	3.22	0.37	33	3.17	0.44	64	0.73	0.573
Toistuva raportointi	3.01	0.81	32	3.22	0.76	64	0.61	0.205
Hoitohenkilökunnan käytös	3.21	0.48	29	3.24	0.53	62	0.75	0.805
Ensihoitokertomus	2.74	0.45	33	3.04	0.42	48	0.66	0.003

α =Cronbachin alfa

Ka: 1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Häiriötekijöillä oli tilastollisesti merkitsevä ero päivystyspoliklinikan ja ensihoitopalvelussa päätoimisesti työskentelevien välillä ($p=0.024$). Päivystyspoliklinikan henkilöstön ($n=33$, $ka=3.80$, $kh=0.70$) mukaan häiriötekijöistä on useammin haittaa kuin ensihoitohenkilöstön

(n=65, ka=3.46, kh 0.69) mukaan. ensihoitokertomuksella oli tilastollisesti merkitsevä ero päivystyspoliklinikan ja ensihoitopalvelussa päätoimisesti työskentelevien välillä (p=.003). Ensihoitohenkilöstön (n=48, ka=3.04, kh 0.42) mukaan ensihoitokertomukseen liittyviä ongelmia ilmenee useammin kuin päivystyspoliklinikan henkilöstön (n=33, ka=2.74, kh=0.45) mukaan. (Taulukko 18.)

5.4 Hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus potilaan luovutusprosessissa

Taulukossa 19 on kuvattu hoidon jatkuvuuden toteutumista mittaavan kysymyksen vastausten jakautuminen, mediaani sekä 1. ja 3. kvartiili. Päivystyspoliklinikan hoitajista 3,0%:n mukaan hoidon jatkuvuus ei vaarannu koskaan luovutusprosessin aikana ja 91,0%:n mukaan hoidon jatkuvuus vaarantuu vain harvoin tai erittäin harvoin. Ensihoitohenkilöstöstä 3,2%:n mukaan hoidon jatkuvuus ei vaarannu koskaan luovutusprosessin aikana ja 81,0%:n mukaan hoidon jatkuvuus vaarantuu vain harvoin tai erittäin harvoin. Hoidon jatkuvuudella ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa päivystyspoliklinikan hoitajien (n=33, md=3.00, Q₁=2.00, Q₃=3.00) ja ensihoitohenkilöstön (n=63, md=3.00, Q₁=2.00, Q₃=3.00) vastauksissa (Mann Whitney U=918, p=.311). (Taulukko 19.)

Taulukko 19. Hoidon jatkuvuus

Kysymys	aina		usein tai erittäin usein		harvoin tai erittäin harvoin		ei koskaan		Md	Q ₁	Q ₃
	n	%	n	%	n	%	n	%			
*Hoidon jatkuvuus vaarantuu luovutusprosessin aikana											
Päivystyspoliklinikka	0	0.0	2	6.1	30	91.0	1	3.0	3.00	2.00	3.00
Ensihoitopalvelu	0	0.0	10	15.9	51	81.0	2	3.2	3.00	2.00	3.00
Yhteensä	0	0.0	12	12.5	81	84.4	3	3.1	3.00	2.00	3.00

Mann Whitney U=918, p=.31

*: Merkityssisällöltään käänteinen kysymys

Ka: 1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

Taulukossa 20 on kuvattu potilasturvallisuuden toteutumista mittaavan kysymyksen vastausten jakautuminen, mediaani sekä 1. ja 3. kvartiili. Päivystyspoliklinikan hoitajista 6,1%:n mukaan potilasturvallisuus ei vaarannu koskaan luovutusprosessin aikana ja 90,9%:n mukaan potilasturvallisuus vaarantuu luovutusprosessin aikana vain harvoin tai erittäin harvoin. Ensihoitohenkilöstöstä 6,3%:n mukaan potilasturvallisuus ei vaarannu koskaan

luovutusprosessin aikana ja 89,1%:n mukaan potilasturvallisuus vaarantuu luovutusprosessin aikana vain harvoin tai erittäin harvoin. Potilasturvallisuudella ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa päivystyspoliklinikan hoitajien (n=33, md=2.00, Q₁=2.00, Q₃=3.00) ja ensihoitohenkilöstön (n=64, md=2.00, Q₁=2.00, Q₃=3.00) vastauksissa (Mann Whitney U=1030, p=.825). (Taulukko 20.)

Taulukko 20. Potilasturvallisuus

Kysymys	aina		usein tai erittäin usein		harvoin tai erittäin harvoin		ei koskaan		Md	Q ₁	Q ₃
	n	%	n	%	n	%	n	%			
*Potilasturvallisuus vaarantuu luovutusprosessin aikana											
Päivystyspoliklinikka	0	0.0	1	3.0	30	90.9	2	6.1	2.00	2.00	3.00
Ensihoitopalvelu	0	0.0	3	4.7	57	89.1	4	6.3	2.00	2.00	3.00
Yhteensä	0	0.0	4	4.1	87	89.7	6	6.2	2.00	2.00	3.00

Mann Whitney U=1030, p=.825

*: Merkityssisällöltään käänteinen kysymys

Ka: 1=ei ongelmia – 6=paljon ongelmia

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen noudattaminen ja muiden tutkijoiden saavutusten huomioiminen sekä arvostus. Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden perusedellytyksenä on että tutkija pyrkii tutkimuksen kaikissa vaiheissa olemaan objektiivinen, tarkka, rehellinen ja avoin raportoidessaan tutkimuksen tuloksia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; WMA 2013.) Tutkimuksen osalta on huomioitava että tutkijan omat taustat ovat ensihoitopalvelussa, jolla voi olla vaikutusta tutkimuksen eettisyyteen ja luotettavuuteen. Tutkija kuitenkin pyrki huomioimaan tutkimuksen jokaisessa vaiheessa oman taustansa mahdollisen vaikutuksen. Tutkimuksen aineistokeruuseen käytettävä kyselylomake on luotu aiemman kirjallisuuden pohjalta induktiivisella analyysillä ja kaikki kysymykset perustuvat aiempien tutkimusten tuloksiin vuosilta 2000-2013.

Tutkimusraporttia laadittaessa varmistettiin, että tutkimukseen osallistujia ei voida tunnistaa eikä heitä koskevia tietoja voida käyttää väärin (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; WMA 2013). Tutkimuksessa ei kerätty henkilö- tai potilastietoja, eikä tutkimusraportista voida tunnistaa tutkimukseen osallistujia, potilaita tai heidän omaisiaan. Tutkimukseen oli anottu kultakin organisaatiolta tutkimuslupa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; WMA 2013). Tutkimuksen eettisyyttä tarkasteltiin myös säännöllisesti Tampereen yliopiston ohjaajien kanssa. Sähköisesti kerätty aineisto oli aineiston keruun jälkeen pelkästään tutkijan hallussa ja tutkija itse analysoi aineiston. Tutkimusaineisto hävitettiin tutkimusraportin valmistuttua tutkijan toimesta poistamalla aineistoa sisältävät tiedostot tutkijan tietokoneelta.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen kokonaisluotettavuus muodostuu validiteetista ja reliabiliteetista. Validiteetilla tarkoitetaan, että tutkimuksessa käytössä olevalla mittarilla saadaan mitattua niitä asioita, joita on tarkoitus mitata. Reliabiliteetilla tarkoitetaan, että tulokset ovat tarkkoja, tutkimuksessa ei saada sattumanvaraisia tuloksia ja mittaustulokset pystytään toistamaan. (Heikkilä 2008.) Tutkimuksen kirjallisuuskatsaus ja sen pohjalta tehty kyselylomake pohjautuu pääasiassa ulkomaisiin tutkimuksiin. Eri maissa toteutettujen tutkimusten tulokset ovat heikosti yleistettävissä niiden tulosten ollessa riippuvia alueellisista

eroista, vaikkakin luovutusprosessin ongelmakohdissa on havaittavissa useita samankaltaisuuksia.

Mittarin sisältövaliditeetti on koko tutkimuksen luotettavuuden perusta. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä että onko aiemmasta teoriataustasta lähtöisin olevat asiat kyetty muodostamaan onnistuneiksi kysymyksiksi (muuttujiksi) ja saadaanko niiden avulla vastaukset tutkimusongelmiin. (Heikkilä 2008.) Tutkimuksen sisäistä validiteettia tarkasteltaessa tulee huomioida että tutkimusta varten luotua mittaria käytetään ensimmäistä kertaa. Kyseessä oli siis uuden mittarin testaaminen (Heikkilä 2008).

Tutkimuksessa tilastollisesti merkitsevien erojen tarkastelu oli perusteltua tutkimustehtävän, mutta myös osallistujaryhmissä olleiden erojen vuoksi. Ensihoitohenkilöstön (n=67) ja päivystyspoliklinikan hoitajien (n=33) osallistujamäärä erosi olennaisesti toisistaan ja lisäksi ryhmät olivat heterogeenisiä sukupuolen, koulutustaustan ja työkokemuksen osalta. Tämä saattaa osaltaan vaikuttaa vastausten eroihin osallistujaryhmien välillä (Taulukko 2). On myös huomioitava, että mitattavat asiat ovat vahvasti toisiinsa liittyviä, joka muodostaa haasteen luovutusprosessin sisällön mittaamisen validiteetille ja reliabiliteetille.

Tutkimuksen mittari koostui pääosin likert-asteikollisista vastausvaihtoehdoista, jotka ovat tyypillisesti välimatka-asteikollisia tai järjestysasteikollisia muuttujia, riippuen väittämien sisällöstä sekä likert-asteikossa annetuista vastausvaihtoehdoista (Metsämuuronen 2007). Keskiarvoja tarkasteltaessa tulee huomioida, että kuusiportaisessa likert -asteikossa, josta keskiarvot on laskettu, eri vastausvaihtoehtojen välinen ero ei ole samansuuruinen. Tämä vaikeuttaa luotettavien keskiarvojen muodostamista ja niiden tulkintaa. Tästä syystä keskiarvoja voidaan pitää lähinnä yksittäisten kysymysten ja niistä muodostettujen summamuuttujien osalta suuntaa antavina ja tulosten tarkastelua sekä vertailua osaltaan helpottavina.

Tutkimuksessa muodostettujen summamuuttujien sisäistä johdonmukaisuutta testattiin Cronbachin alfa -kertoimen avulla, jonka raja-arvoksi tässä tutkimuksessa käytetyssä menetelmäkirjallisuudessa on asetettu 0,6 (Holopainen ym. 2004; Metsämuuronen 2007). Analyysissa muodostettujen kahdentoista summamuuttujan Cronbachin alfa -kertoimien vaihteluväli oli 0,43-0,80 (Taulukot 10 ja 18).

Kysymysten ymmärrettävyyttä pyrittiin parantamaan kyselylomakkeen esitestauksessa saadun palautteen perusteella. Mittaria esitestanneita henkilöitä oli yhteensä kymmenen, joista viisi oli päivystyspoliklinikan hoitajia ja viisi ensihoitohenkilöstöä. Kyselytutkimuksissa on kuitenkin aina olemassa riski että tutkimukseen osallistujat eivät ymmärrä kysymyksiä tai vastausvaihtoehtoja tutkijan tarkoittamalla tavalla (Valli 2010). Tutkimuksessa osallistujat vastasivat kyselylomakkeen kysymyksiin oman subjektiivisuutensa mukaan, mikä oli tutkimuksen kannalta tarkoituksenmukaista, koska tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita tutkimukseen osallistujien näkökulmasta.

Alhainen vastausprosentti ja vastaajien valikoituminen laskevat tutkimuksen luotettavuutta. Vastaamatta jättäneet voivat olla joiltain ominaisuuksiltaan erilaisia kuin tutkimukseen osallistuneet. (Heikkilä 2008.) Tutkimuksen aineistonkeruuseen käytetty e-lomake lähetettiin tutkimuksen kohdeorganisaatioissa sähköpostilla kokonaisotannalla päivystyspoliklinikoiden hoitajille ja ensihoitopalveluiden ensihoitohenkilöstölle. Tutkimuksen osallistuneista 33 % työskentelee päätoimisesti päivystyspoliklinikalla ja 67 % ensihoitopalvelussa ja vastausprosentti on 14,9 % (Taulukko 2). Tutkimukseen osallistujien voidaan arvioida valikoituneen osin kiinnostuksen mukaan. Tutkimuksessa ei ollut mahdollisuutta suorittaa tarkempaa katoanalyysia.

6.3 Tulosten tarkastelua

6.3.1 Potilaan luovutusprosessin toiminnan organisoinnin toteutuminen

Potilaan luovutusprosessin toiminnan organisoinnin toteutumisessa ilmenee useita ongelmia. Elvytyshuoneessa potilasta hoidetaan hoitoryhmän toimesta ensihoitohenkilöstön raportin aikana. On kyseenalaista voidaanko hoitovastuun katsoa siirtyneen päivystyspoliklinikalle ennen kuin potilaasta on raportoitu. Vaikka ongelma on ensisijaisesti toiminnan organisoinnissa, aiheuttaa se ongelmia myös tiedonsiirrossa, koska raportoinnissa välitetty informaatio ei mitä todennäköisimmin siirry luotettavasti. Selkeintä kriittisen potilaan luovutustilanteessa olisi ensin raportoida potilaasta ja sopia hoitovastuun siirtymisestä ennen kuin potilasta ryhdytään hoitamaan päivystyspoliklinikalla

Kriittistä potilasta vastaanottamisessa päivystyspoliklinikalla ilmenee viiveitä. Ensihoitohenkilöstö joutuu usein toistamaan raportin kriittisestä potilaasta elvytyshuoneessa koska lääkäri, joka potilasta lopulta hoitaa ei ollut läsnä ensimmäisellä raportointikerralla.

Jenkin ym. (2007), Bost ym. (2012), Dawson ym. (2013) ja Jensen ym. (2013) ovat raportoineet lääkärin paikalle odottamisen olevan yleisin raportin toistamisen syy. Aiempien tutkimusten mukaan lääkärin paikalle odottaminen aiheuttaa ongelmia tiedonsiirrolle toistuvana raportoinnin tarpeena, mutta se voi olla jopa suurempi ongelma toiminnan organisoinnille aiheuttaen viiveitä potilaan hoidossa. Viiveiden muodostuminen voi vaikuttaa kriittisen potilaan ennusteeseen. Päivystyspoliklinikalla muodostuvat viiveet vähentävät myös hätäkeskuksen ja ensihoitopalvelun nopean toiminnan sekä ennakoilmoituksen merkitystä kriittisissä tilanteissa. Lisäksi on kyseenalaista voidaanko hoitovastuu siirtää ennen kuin päivystyspoliklinikalla on riittävät edellytykset potilaan vastaanottamiseksi ja hoidon jatkamiseksi. Päivystyspoliklinikan hoitajilla on hyvin rajoitetusti mahdollisuuksia hoitaa kriittistä, ambulanssilla tuotua potilasta itsenäisesti alkutilanteessa. Päivystyspoliklinikan kuormittuneisuus kiireettömistä potilaista sekä hoitohenkilöstön mahdollisuudet irtautua muista tehtävistään vastaanottamaan kriittiseksi priorisoitua potilasta tulisi ottaa tarkasteltavaksi.

Toiminnan organisoinnissa eniten epäselvyyksiä on hoitovastuun siirtymisessä. Hoitovastuun siirtymisellä tarkoitetaan käytännössä sitä ajankohtaa, jonka jälkeen ensihoitohenkilöstö ei puutu potilaan hoitoon (Bruce & Suserud 2005; Bost ym. 2010). Tutkimukseen osallistujista valtaosan mukaan hoitovastuu siirtymisen tarkka ajankohta on usein selkeä, mutta hoitovastuun siirtymisestä ei kuitenkaan sovita ääneen sanoen. Hoitovastuun siirtymisen ajankohtaan liittyvän avoimen kysymyksen vastausten perusteella esille nousi neljä erilaista teemaa, jotka liittyivät potilaasta raportointiin, kirjaamiseen, vuodenpaikan osoittamiseen, vastaanottavan hoitajan potilaskontaktiin sekä epäselviin hoitovastuun siirtymisen ajankohtiin. Epäselvin luovutusajankohdaksi useasti mainittu oli: ”Kun potilas on luovutettu”. Aikaisin hoitovastuun siirtymisestä esitetty käsitys sijoittuu hetkeen jolloin triagehoitaja kirjaa potilaan päivystyspoliklinikalle ja myöhäisin ajankohtaan jolloin ensihoitohenkilöstö poistuu päivystyspoliklinikalta. Yksi tutkimukseen osallistuja oli todennut että: ”Selvää käsitystä ei liene kenelläkään”. Näkemyksellä hoitovastuun siirtymisestä oli tilastollisesti merkitsevä ero ensihoitopalvelussa ja päivystyspoliklinikalla päätoimisesti työskentelevien välillä. Ensihoitohenkilöstön mukaan hoitovastuun siirtymisessä oli useammin ongelmia kuin päivystyspoliklinikan hoitajien mukaan.

Tulosten perusteella hoitovastuun siirtymisen ajankohta ei ole kaikille toimijoille yhdenmukainen ja selkeä. Hoitovastuun siirtymisen selkeään ajankohtaan luovutusprosessissa ei ilmeisesti ole osattu kiinnittää suurtakaan huomiota vaan vaikuttaa siltä että niin

ensihoidohenkilöstön kuin päivystyspoliklinikan henkilöstönkin vain oletetaan tietävän milloin se tapahtuu. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa. Bost ym. (2010 ja 2012) ja Jensen (2013) ovat raportoineet hoitovastuun siirtymisen ajankohdasta olevan vaihtelevia käsityksiä ja sen olevan käsitteenä monimerkityksinen. Potilaan tila voi vaihtua nopeasti ja ensihoidohenkilöstön tulee tietää milloin hoitovastuu on siirtynyt päivystyspoliklinikalle. (Bost ym. 2010.)

Hoitovastuun siirtäminen tulisi selkiyttää. Hoitovastuun siirtäminen edellyttää sitä että päivystyspoliklinikalla on luotu edellytykset potilaan vastaanottamiselle, siten että paikalla on riittävä hoitohenkilökunta ja ensihoidohenkilöstön tiedonsiirto päivystyspoliklinikan henkilöstölle on suoritettu. Yksinkertaisin ja selkein tapa siirtää hoitovastuu, on sopia siitä ääneen sanoen, käyttäen suoraa ilmaisutapaa, jonka esimerkiksi voisi lisätä strukturoituun raportointimalliin, sen lopussa tapahtuvaksi. Tämä edellyttäisi Suomessa käyttöön otetun iSBAR –raportointimallin käyttöä kaikissa potilaan luovutustilanteissa sekä strukturoituun malliin viimeiseksi lisättyä selkeää kommunikoiden sovittua hoitovastuun siirtymistä.

6.3.2 Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron toteutuminen

Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron toteutumisessa ilmenee useita ongelmia. Erilaiset häiriötekijät, kuten kiire, melu ja keskeytykset haittaavat merkittävästi luovutusraportointia. Toimintaympäristössä olevien häiriötekijöiden merkitys on tämän tutkimuksen vastausten perusteella yllättävän suuri, sillä vain osassa aiempia luovutusprosessia käsitteleviä tutkimuksia toimintaympäristössä olevia konkreettisia häiriötekijöitä nostetaan erityisesti esille luovutusprosessin toteutumiseen vaikuttavina tekijöinä (Calleja ym. 2010; Evans ym. 2010b; Bost ym. 2012; Dawson ym. 2013). Raportointitilanteiden rauhoittamiseen tähtäävät toimenpiteet olisi tarpeen ottaa tarkastelun kohteeksi.

Ensihoidohenkilöstön suullisen raportoinnin laadussa ja päivystyspoliklinikalla suullisen raportin vastaanottokyvyssä on laadullisia eroja. Lisäksi tutkimukseen osallistuneista päivystyspoliklinikan hoitajista ja ensihoidohenkilöstöstä vain murto-osa tuntee nykyisin Suomessa käyttöön otetun iSBAR –raportointimallin. Lisäksi iSBAR- raportointimallin tuntevien mukaan raportointimallia käytetään varsin harvoin. Kommunikaation epäonnistumisen on todettu olevan tyypillisin virheellisen toiminnan lähde (Calleja ym. 2010; Evans ym. 2010b; Jensen ym. 2013; Iedema ym. 2014). Strukturoidun raportointimallin laajempi omaksuminen olisi perusteltua tiedonsiirron laadun parantamiseksi ja se on

keskeinen kehitysehdotus myös useissa aiemmissä tutkimuksissa. (Budd ym. 2007; Bruce & Suserud. 2005; Dawson ym. 2013; Eronen. 2009; Evans ym. 2010a; Iedema ym. 2014; Jensen ym. 2013; Jenkin ym. 2007; Talbot & Bleetman. 2007; Thakore & Morrison. 2001; Owen ym. 2009, 106; Zimmer ym. 2010).

Hoitohenkilökunnan asenteissa havaitut ongelmat voivat haitata potilaan luovutusprosessia. Potilaan tilaa aliarvioidaan päivystyspoliklinikan hoitajien toimesta ensihoitohenkilöstön raportoidessa. Lisäksi päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee ajoittain kiinnostuksen puutetta vastaanottaa ambulanssilla päivystyspoliklinikalle tuotu kiireetön potilas. Hoitohenkilökunnan negatiivisen asennoitumisen syitä olisi tarpeen selvittää tarkemmin. Suserud & Bruce (2003) ovat raportoineet että lääketieteellisen priorisoinnin korostuminen yhdessä päivystyspoliklinikan kuormittuneisuuden kanssa voi aiheuttaa hoitohenkilökunnassa asenteellisia ongelmia luovutusprosessissa.

Päivystyspoliklinikan hoitajien ja ensihoitohenkilöstön käsityksissä potilaan luovutusprosessin toteutumisesta on eroja. Päätoimisen työpaikan ja luovutusprosessin eri osa-alueiden välisiä yhteyksiä tarkasteltaessa neljässä osa-alueessa kymmenestä on tilastollisesti merkitsevä ero päivystyspoliklinikan hoitajien ja ensihoitohenkilöstön vastauksissa. Yhteisen kognitiivisen kuvan muodostaminen on tärkeää tiedonsiirron kannalta. Suserudin & Brucen (2003) mukaan hoitohenkilökunnan negatiivinen asennoituminen voi johtua myös yhteisen kognitiivisen kuvan puutteesta luovutusprosessin aikana.

6.3.3 Hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden toteutuminen potilaan luovutusprosessissa

Tutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa on havaittavissa että lähes kaikissa luovutusprosessin osa-alueissa on keskeisiä ongelmakohtia. Valtaosa tutkimukseen osallistujista oli kuitenkin vastannut että hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus vaarantuvat vain harvoin luovutusprosessin aikana. Osa oli jopa vastannut että näin ei tapahdu koskaan. Tutkimuksen tulosten perusteella niin ensihoitopalvelun kuin päivystyspoliklinikankin henkilöstöllä vaikuttaa olevan vaikeuksia tunnistaa erilaisten ongelmien yhteyttä toisiinsa sekä hoidon jatkuvuuteen ja potilasturvallisuuteen. On mahdollista että ongelmat ovat olleet tunnistamatta, ratkaisematta tai samankaltaisia liian pitkään ja ne ovat tästä syystä muodostuneet osaksi niin sanottua normaalia toimintaa. On myös mahdollista että hoidon jatkuvuudesta ja potilasturvallisuudesta käsitteinä ei omata yhtenäistä käsitystä.

Potilasturvallisuuteen ja hoidon jatkuvuuteen vaikuttavien ongelmien tunnistamista tulisi kehittää, jotta niihin voitaisiin mahdollisesti puuttua jo ennen läheltäpiti tilanteita tai varsinaisia haittatapahtumia. Lisäksi keskeistä on pyrkimys siihen että ongelmia ei päästetä muodostumaan osaksi normaalia toimintaa, jolloin niihin ei enää kiinnitetä huomiota tai niihin ei pyritä vaikuttamaan. Osassa aiempia tutkimuksia huomiot luovutusprosessin laadusta ovat pääosin positiivisia (Thakore & Morrison 2001). Calleja ym. (2010) huomauttavat että vaikka luovutusprosessia on kuvattu hoitajien näkemyksissä myös positiivisesti, voi näkemys muuttua epätoivotun tapahtuman tai läheltäpiti tilanteen sattuessa. Hoitajien välistä luovutusprosessia on hoitajien itsensä toimesta kuitenkin usein kuvattu aiemmissa tutkimuksissa myös kriittisesti (Calleja ym. 2010)

6.4 Johtopäätökset

Tarkasteltaessa luovutusprosessin toteutumista tämän tutkimuksen tulosten perusteella, voidaan havaita useita ongelmakohtia. Potilaan luovutusprosessin toiminnan organisoinnissa havaittiin ongelmia elvytyshuoneessa kriittistä potilasta vastaanotettaessa. Potilasta hoidetaan hoitoryhmän toimesta ensihoitohenkilöstön raportin aikana. Selkeintä potilaan luovutustilanteessa olisi ensin raportoida potilaasta ja sopia hoitovastuun siirtymisestä ennen kuin potilasta ryhdytään hoitamaan päivystyspoliklinikalla. Ensihoitohenkilöstö joutuu usein toistamaan raportin kriittisestä potilaasta elvytyshuoneessa koska lääkäri, joka potilasta lopulta hoitaa ei ollut läsnä ensimmäisellä raportointikerralla. Kriittisen potilaan hoitovastuun siirtyminen ja hoidon saumaton jatkuminen edellyttää ensihoitohenkilöstön riittävän ajoissa tekemää ennakoilmoitusta sekä nopeasti saatavilla olevaa, potilaan hoidon kannalta riittävää hoitohenkilökuntaa päivystyspoliklinikalla. Tulosten perusteella hoitovastuun siirtymisen ajankohta ei ole kaikille toimijoille yhdenmukainen ja selkeä. Selkeintä hoitovastuun siirtymisestä olisi sopia ääneen sanoen. Hoitovastuun siirtymisestä sopiminen olisi tarpeen sijoittaa Suomessa käyttöön otetun strukturoidun iSBAR -raportointimallin lopussa tapahtuvaksi.

Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron toteutumisesta haittaavat erilaiset häiriötekijät, kuten kiire, melu ja keskeytykset. Raportointitilanteiden rauhoittamiseen tähtäävät toimenpiteet tulisi ottaa tarkastelun kohteeksi. Ensihoitohenkilöstön suullisen raportoinnin laadussa ja päivystyspoliklinikalla suullisen raportin vastaanottokyvyssä on laadullisia eroja, jotka hankaloittavat tiedonsiirtoa. Lisäksi tutkimukseen osallistuneista vain murto-osa tuntee Suomessa käyttöön otetun iSBAR -raportointimallin. ISBAR -raportointimallin omaksuminen

on tarpeen, sillä se voi parantaa raportoinnin laatua ja helpottaa sen vastaanottamista. Potilaan tilaa aliarvioidaan päivystyspoliklinikan hoitajien toimesta ensihoitohenkilöstön raportoidessa. Lisäksi päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta vastaanottaa ambulanssilla päivystyspoliklinikalle tuotu kiireetön potilas. Hoitohenkilökunnan negatiiviseen asennoitumiseen liittyviä syitä olisi tarpeen selvittää tarkemmin. Lisäksi päivystyspoliklinikan hoitajien ja ensihoitohenkilöstön käsityksissä potilaan luovutusprosessin toteutumisesta on eroja. Yhteisten käsitysten muodostamista edesauttaisivat esimerkiksi yhteiset koulutustilaisuudet ja sekä nykyistä paremmat mahdollisuudet potilaan hoitoketjun eri vaiheissa toimivien henkilöstöjen väliseen ammatilliseen vuoropuheluun.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella hoitohenkilökunnalla vaikuttaa olevan vaikeuksia tunnistaa hoidon jatkuvuuteen ja potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Päivystyspalvelujen roolia potilaiden hoidossa tulisi selkiyttää ja niiden henkilöstöä tulisi nykyistä paremmin tukea ja ohjata varsin haastavassa ja kuormittavassa työssään, lääketieteellisen ohjauksen ohella myös hoitotyön ohjauksen keinoin. Tulevaisuudessa kansallisen standardin luominen potilaan luovutusprosessille on tarpeen, kaikille toimijoille yhteisten, potilaslähtöisten käsitysten ja toimintamallien muodostamiseksi.

6.5 Jatkotutkimus

Potilaan luovutusprosessin osalta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle ei ole aiemmin tehty suomalaistutkimusta ja ulkomaisen tutkimustiedon määrä sekä näyttö ovat toistaiseksi vähäisiä. Aiemmissä tutkimuksissa käsitellään potilaan luovutusta englanninkielisen käsitteellä ”handover”, joka viittaa potilaan luovuttamiseen tai antamiseen toiselle taholle. Käsite ei kuitenkaan viittaa siihen että kyseessä olisi prosessi. Potilaan luovutusta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle käsittelevissä ulkomaisissa tutkimusartikkeleissa ei myös useinkaan ilmene että luovutustapahtuman eri osa-alueita olisi selkeästi pohdittu jäsennehtynä prosessina. Luovutusprosessin tarkastelussa voisikin tulevaisuudessa olla hyötyä käsitteiden selkeästä määrittelystä sekä luovutustapahtuman kuvaamisesta ja ymmärtämisestä prosessina, jotta siihen liittyviä asioita ja niiden yhteyksiä toisiinsa olisi helpompi tarkastella.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina jatkotutkimuksen- ja kehitystyön kannalta Suomessa, tarkasteltaessa luovutusprosessia sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Jatkossa tätä tutkimusta voitaisiin jatkaa kattamaan laajempi alue.

Myös tutkimustyö, jossa pyritään laajemmin selvittämään ongelma-kohtia ja kehitystarpeita luovutusprosessin osalta Suomen oloissa on tarpeellinen. Luovutusprosessin kokonaisuuden pienempiin osa-alueisiin keskittyvä tutkimus sekä näiden osa-alueiden yhteyttä tarkasteleva tutkimus olisi myös tärkeää. Lisäksi erilaisten taustamuuttujien vaikutusta sekä alueellisia tai organisaatiokohtaisia eroja olisi mielekästä tarkastella laajemmin.

Potilaslähtöinen luovutusprosessin hallinta todennäköisesti hyötyisi erilaisista, aiempiin tutkimuksiin perustuvista alueellisista tai organisaatioiden sisällä toteutetuista, näyttöön perustuvista interventiotutkimuksista toiminnan kehittämiseksi. Myös erilaisten mittareiden kehittämisestä tarkasteltaessa tiettyä osa-alueita voisi olla hyötyä. Erilaisten mittareiden kehittäminen ja käyttö voisi edistää tutkimustulosten yleistettävyyttä ja vertailtavuutta. Näyttöön perustuva organisaation sisällä toteutettu tutkimus voisi myös osaltaan muokata asenteita sekä aiheuttaa kehitystä organisaatiokulttuureissa.

Erilaisia teknisiä apuvälineitä tulisi tutkia ja kehittää edelleen, muun muassa niiden soveltuvuuden ja käytettävyyden osalta. Jatkotutkimukset eivät kuitenkaan saisi painottua liikaa toiminnan tekniseen tarkasteluun ja kehittämiseen. Inhimillisten tekijöiden huomioimisen tarve muun muassa potilasturvallisuuden edistämiseksi on ilmeinen, toiminnan teknisten asioiden ohella. Tutkimustieto voi tulevaisuudessa tarjota oman merkittävän kontribuutionsa kehitystyöhön. Kaiken kaikkiaan tutkimustiedon tarve tulevaisuudessa luovutusprosessista, lääketieteen tutkimusten ohella, muun muassa hoitotieteen saralla on ilmeinen.

7. LÄHDELUETTELO

Kirjallisuuskatsauksen lähteet merkitty *

*Belfrage MK, Chiminello C, Cooper D & Douglas S. 2009. Pushing the envelope: clinical handover from the aged-care home to the emergency department. *Medical Journal of Australia* 190, 117–120.

*Bost N, Crilly J, Wallis M, Patterson E & Chaboyer W. 2012. Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department – A qualitative study. *International Emergency Nursing* 20, 133–141.

*Bost N, Crilly J, Wallis M, Patterson E & Chaboyer W. 2010. Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department – A literature review. *International Emergency Nursing* 18, 210–220.

*Bruce K & Suserud B. 2005. The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing in Critical Care* 10, 201–209.

*Budd HR, Almond LM & Porter K. 2007. A survey of trauma alert criteria and handover practice in England and Wales. *Emergency Medicine Journal* 24, 302–304.

*Calleja P, Aitken LM & Cooke ML. 2011. Information transfer for multi-trauma patients on discharge from the emergency department: mixed-method narrative review. *Journal of Advanced Nursing* 67, 4–18.

*Carter A, Davis KA, Evans LV & Cone DC. 2009. Information loss in emergency medical services handover of trauma patients. *Prehospital Emergency Care* 13, 280–285.

*Dawson S, King L & Grantham H. 2013. Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emergency Medicine Australasia* 25, 393–405.

*Dean E. 2012. Maintaining eye contact: how to communicate at handover. *Emergency Nurse* 19(10), 6–7.

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

*Evans SM, Murray A, Patrick I, Fitzgerald M, Smith S, Andrianopoulos N, et al. 2010a. Assessing clinical handover between paramedics and the trauma team. *Injury* 41, 460–464.

*Evans SM, Murray A, Patrick I, Fitzgerald M, Smith S & Cameron P. 2010b. Clinical handover in the trauma setting: a qualitative study of paramedics and trauma team members. *Quality & Safety in Health Care* 19, 1–6.

Heikkilä T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy, 30, 43, 185-186.

Holopainen M, Tenhunen L & Vuorinen P. 2004. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Hamina: Yrityssanoma Oy, 46, 130.

*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 Anaesthesiologica Scandinavica* 57, 964–970.

*Jenkin A, Abelson-Mitchell N & Cooper S. 2007. Patient handover: time for a change? *Accident & Emergency Nursing* 15, 141–147.

Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 2012. JHS 152 Prosessien kuvaaminen. <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.html>. Viitattu 23.5.2013.

Metsämuuronen J. 2007. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä, opiskelijalaitos. Vaajakoski: International Methelp Ky, 60-61, 493, 489, 497.

*Murray SL, Crouch R & Ainsworth-Smith M. 2012. Quality of the handover of patient care: A comparison of Pre-Hospital and Emergency Department notes. *International Emergency Nursing* 20, 24–27.

Nummenmaa L. 2004. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 151-152.

*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.

*Paakkonen H. 2008. The contemporary and future clinical skills of emergency department nurses : experts' perceptions using Delphi-technique. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, 161-163.

*Rosqvist E & Lauritsalo S. 2013. Traumatiimin simulaatiokokemuksesta myönteisiä kokemuksia. *Suomen lääkärilehti* 68(6), 414–418.

Sairaanhoitajaliitto. 2014. Hoitotyön kehittäminen. Potilasturvallisuus. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyon/hoitotyon_kehittaminen/potilasturvallisuus/. Viitattu 11.5.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Yhtenäiset päivistystyöryhmien perusteet -työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4, 16. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf. Viitattu 9.4.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Terveyspalvelut. Ensihoito. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/ensihoito. Viitattu 11.5.2014.

*Stevens A, Turner J, Cooper D & Soultz M. 2013. Program Innovations Abstract A Novel Simulation Program to train Paramedic Students in Safe EMS Patient Handoff. *The Journal of The Society for Simulation in Healthcare* 8(6), 496.

*Suserud B & Bruce K. 2003. Ambulance nursing: part three. *Emergency Nurse* 11, 16–21.

*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.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Mitä on potilasturvallisuus? http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus. Viitattu 11.5.2014.

*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.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Viitattu 11.5.2014.

Valli R. 2010. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola J & Valli R (toim). Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva: WS Bookwell Oy, 103-104.

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

WMA 2013. Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. http://www.ub.edu/recerca/Bioetica/doc/Declaracio_Helsinki_2013.pdf. Viitattu 10.6.2014.

*Yong G, Dent AW & Weiland TJ. 2008. Handover from paramedics: observations and emergency department clinician perceptions. *Emergency Medicine Australasia* 20, 149–155.

*Zimmer M, Wassmer R, Latasch L, Oberndörfer D, Wilken V, Ackermann H, et al. 2010. Initiation of risk management: Incidence of failures in simulated emergency medical service scenarios. *Resuscitation* 81, 882–886.

Liite 1: Keskeiset käsitteet ja lyhenteet

Keskeiset käsitteet

Hoitoketju	Hoitoketjulla tarkoitetaan potilaalle apua antavista ja potilasta hoitavista tahoista koostuvaa kokonaisuutta, josta potilas saa kulloinkin tarvitsemaansa apua tai hoitoa.
Ensihoito	Ensihoidolla tarkoitetaan pääsääntöisesti sairaalan ulkopuolella tapahtuvaa äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan tutkimista ja hoitoa, ohjausta sekä tarvittaessa potilaan kuljettamista päivystyspoliklinikalle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013).
Ensihoitopalvelu	Ensihoitopalvelulla tarkoitetaan sairaalan ulkopuolista ympärivuorokautista terveydenhuollon päivystyspalvelua, jota suoritetaan potilaan ensihoitoon kykenevien yksiköiden toimesta, joista tavallisin on ambulanssi. Ensihoitoyksiköt saavat tehtävänsä hätäkeskuksen välittämänä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)
Päivystyshoito	Päivystyshoidolla tarkoitetaan pääsääntöisesti alle 24 tunnin kuluessa päivystyspoliklinikalla tapahtuvia tutkimuksia, hoitoa ja ohjausta. Päivystyshoidolle on ominaista, että sitä ei voida siirtää ilman oireiden tai vamman pahenemista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 19-20.)
Päivystyspoliklinikka	Päivystyspoliklinikka, jota kutsutaan usein myös ensiavuksi, on sairaalan yhteydessä oleva ympärivuorokautinen terveydenhuollon päivystyspalvelu, jonka tehtävänä on hoitaa päivystyshoidon tarpeessa olevia potilaita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 24.)
Kriittinen potilas	Kriittisellä potilaalla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan ensihoidon jälkeen ambulanssilla päivystyspoliklinikalle kuljetettua potilasta, jolla on välitön päivystyshoidon tarve. Potilaalla on vakava peruselintoimintojen häiriö tai uhka vakavasta peruselintoimintojen häiriöstä.
Kiireetön potilas	Kiireettömällä potilaalla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan potilasta, jolla on ensihoidon jälkeen päivystyshoidon tarve tai muu syy, jonka vuoksi hänet on kuljetettu ambulanssilla päivystyspoliklinikalle. Potilaalla ei ole vakavaa peruselintoimintojen häiriötä tai uhkaa vakavasta peruselintoimintojen häiriöstä.
Prosessi	Prosessi on joukko toisiinsa liittyviä toimintoja, joiden avulla pyritään tiettyyn lopputulokseen. Toiminnoiksi kutsutaan prosessiin sisältyviä tehtäviä. Tehtävät ovat yleensä yksilön tai ryhmän suorittamia käytännön toimenpiteitä. Prosessin sisältämien toimintojen toteutuminen vaikuttaa prosessin lopputulokseen. (Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2012.)
Luovutusprosessi	Luovutusprosessi ensihoidosta päivystyspoliklinikalle on potilaan hoidon tarpeesta riippuvia toimintoja sisältävä ajanjakso potilaan hoitoketjussa ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan prosessien rajapinnalla, joka alkaa ensihoitohenkilöstön ensikontaktista päivystyspoliklinikalle ja päättyy potilaan hoitovastuun siirtymiseen ensihoitohenkilöstöltä päivystyspoliklinikalle.
Ennakoilmoitus	Ennakoilmoitus on puhelimitse tai joissain tapauksissa radiolla ensihoitohenkilöstön päivystyspoliklinikalle tekemä raportti potilaasta, joka suoritetaan ennen sairaalaan saapumista, tavallisimmin kun kyseessä on kriittinen potilas. Ennakoilmoituksen tarkoituksena on antaa päivystyspoliklinikalle aikaa varata tarvittavat resurssit kriittisen potilaan vastaanottamiseksi ennen ambulanssin saapumista sairaalaan potilas mukanaan. (Bruce & Suserud 2005, 203.)

Triage	Triagella tarkoitetaan potilaan hoidon kiireellisyyden määrittelyä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 19.) Hoidon kiireellisyyttä määritellään jo sairaalan ulkopuolella ensihoitopalvelun toimesta, mutta se tehdään tarkemmin päivystyspoliklinikalla triagehoitajan toimesta. Triagehoitaja tekee kiireellisyyden määrittelyn ensihoitohenkilöstön antaman raportin, triagehoitajan oman arvion sekä päivystyspoliklinikalla olevien triageohjeiden perusteella (Bruce & Suserud 2005, 203).
Elvytyshuone	Elvytyshuone on päivystyspoliklinikalla sijaitseva erillinen hoitotila, joka on tarkoitettu pääasiassa kriittisten potilaiden vastaanottamiseen ja hoitamiseen.
iSBAR –raportointimalli	iSBAR -raportointimalli on Suomessa käyttöön otettu strukturoitu raportointimalli, jolla pyritään vakioimaan tiedonsiirtoa raportoinnissa. iSBAR- raportointimalli ohjaa raportoinnissa välitettyjen asioiden rakennetta ja sisältöä, jolloin sen välittäminen ja vastaanottaminen on helpompaa ja täsmällisempää. iSBAR –mallin käytön on todettu parantavan tiedonsiirtoa ja potilasturvallisuutta. (Sairaanhoitajaliitto 2014.)
Hoidon jatkuvuus	Hoidon jatkuvuudella ensihoidosta päivystyspoliklinikalle tarkoitetaan tiedonsiirron onnistumista ja potilaan hoidon saumatonta jatkumista päivystyspoliklinikalla sekä hoitoketjun muissa vaiheissa hoitovastuun siirryttyä ensihoitohenkilöstöltä päivystyspoliklinikalle. Erityisesti kriittisten potilaiden osalta hoidon jatkuvuuteen ensihoidosta päivystyspoliklinikalle liittyy myös viiveiden minimoiminen. Hoidon jatkuvuus on kiinteästi yhteydessä potilasturvallisuuteen (Jenkin ym. 2007, 142, 145; Paakkonen 2008, 160; Calleja ym. 2010, 11–12).
Potilasturvallisuus	Potilasturvallisuus tarkoittaa terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaation periaatteita ja toimintoja, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta potilasturvallisuus on sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan ja oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Keskeiset lyhenteet

AMK	Ammattikorkeakoulu/Ammattikorkeakoulututkinto
PPKL	Päivystyspoliklinikka/Päivystyspoliklinikan hoitajat
EH	Ensihoitaja /Ensihoitohenkilöstö / Ensihoitopalvelu
SH	Sairaanhoitaja
LH	Lähihoitaja
LVM	Lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja
PM	Pelastaja / Palomies / palomies-sairaankuljettaja

Liite 2: Saatekirje ja muistutuskirje

Sähköpostin otsikko: Luovutusprosessin haasteet ensihoidosta päivystyspoliklinikalle

Hyvä vastaaja

Sinulla on mahdollisuus osallistua tutkimukseen, jossa tarkastellaan potilaan luovutustilanteissa ilmeneviä haasteita sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan yhteistyön kehittämistä varten. Tutkimusta varten aineistoa kerätään kyselylomakkeen avulla, johon pääset ohessa olevan linkin kautta. Lomake sisältää pääosin monivalintakysymyksiä ja sen täyttäminen kestää noin 20 minuuttia.

Tutkimuksen vastaukset kerätään nimettömänä, eikä tutkimukseen osallistujien henkilöllisyyttä voida missään vaiheessa tunnistaa. Tutkijalle ei myöskään välity tieto, miltä tietokoneelta tutkimukseen osallistuja on tutkimukseen osallistunut.

Kyselylomakkeeseen: <https://elomake3.uta.fi/lomakkeet/8922/lomake.html>

Tutkimus on hoitotieteen pro gradu -tutkielma Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikössä. Tutkimuksen ohjaajina toimivat Tampereen yliopistosta professori Tarja Suominen ja yliopisto-opettaja Mervi Roos.

Annan mielelläni lisätietoja tutkimuksesta:

Sami Mikkonen
Ensihoitaja AMK, Terveystieteiden kandidaatti, Terveystieteiden maisteriopiskelija
Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede
XXXXXXXXXX, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(Muistutussähköposti/Muistutuskirje) Hyvä vastaaja

Sinulla on mahdollisuus osallistua tutkimukseen, jossa tarkastellaan potilaan luovutustilanteissa ilmeneviä haasteita sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Jos kuitenkin olet jo aiemmin osallistunut tutkimukseen, kiitän vastauksistasi ja voit jättää tämän sähköpostin huomiotta.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan yhteistyön kehittämistä varten. Tutkimusta varten aineistoa kerätään kyselylomakkeen avulla, johon pääset tämän sähköpostin lopussa olevan linkin kautta. Lomakkeen täyttäminen kestää noin 20 minuuttia.

Tutkimuksen vastaukset kerätään nimettömänä, eikä tutkimukseen osallistujien henkilöllisyyttä voida missään vaiheessa tunnistaa. Tutkijalle ei myöskään välity tieto siitä miltä tietokoneelta tutkimukseen osallistuja on tutkimukseen osallistunut.

Kyselylomakkeeseen: <https://elomake3.uta.fi/lomakkeet/8922/lomake.html>

Tutkimus on hoitotieteen pro gradu -tutkielma Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikössä. Tutkimuksen ohjaajina toimivat Tampereen yliopistosta professori Tarja Suominen ja yliopisto-opettaja Mervi Roos.

Annan mielelläni lisätietoja tutkimuksesta:

Sami Mikkonen
Ensihoitaja AMK, Terveystieteiden kandidaatti, Terveystieteiden maisteriopiskelija
Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede
XXXXXXXXXX, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Liite 3: Kyselylomake

Luovutusprosessin haasteet ensihoidosta päivystyspoliklinikalle

Hyvä Vastaaja. Merkitse omaan taustaasi sopivat vastausvaihtoehdot tai kirjoita omin sanoin tai numeroin vastauksesi sille varattuun tilaan. Tutkimuksen kannalta olisi tärkeää, että vastaisit kaikkiin kysymyksiin.

1. Ikä ____ vuotta

2. Sukupuoli

1. Nainen
2. Mies

3. Koulutustausta (Merkitse korkein tutkintosi)

1. Ensihoitaja AMK
2. Sairaanhoitaja
3. Lähihoitaja
4. Lääkintavahtimestari-sairaankuljettaja
5. Pelastaja/palomies-sairaankuljettaja/palomies
6. Muu, mikä? _____

4. Kokemus sairaalan ulkopuolisesta ensihoitotyöstä ____ vuotta, jos alle vuosi ____ kk

5. Kokemus päivystyspoliklinikan hoitotyöstä ____ vuotta, jos alle vuosi ____ kk

6. Kummassa työskentelet tällä hetkellä päätoimisesti/eniten

1. Päivystyspoliklinikalla
2. Ensihoitopalvelussa/ambulanssissa

Arvioi seuraavissa kysymyksissä, kuinka mielestäsi seuraavat asiat toteutuvat potilaan luovutustilanteessa sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Tutkimuksen kannalta olisi tärkeää että vastaisit kaikkiin kysymyksiin. (1. aina, 2. erittäin usein, 3. usein, 4. harvoin, 5. erittäin harvoin, 6. ei koskaan)

1. TOIMINNAN ORGANISOINTI

1.1 Ennakoilmoitus	Aina	Erittäin usein	Usein	Harvoin	Erittäin harvoin	Ei koskaan
Ensihoitohenkilöstön tekee ennakoilmoituksen riittävän ajoissa ennen päivystyspoliklinikalle saapumista	1	2	3	4	5	6
Ennakoilmoitus käynnistää kaikki tarvittavat toimenpiteet päivystyspoliklinikalla	1	2	3	4	5	6
Kaikki ennakoilmoituksen perusteella päivystyspoliklinikalla aloitetut toimenpiteet ovat tarpeen potilaan hoidossa	1	2	3	4	5	6
Ennakoilmoituksen jälkeen ambulanssin saapuessa päivystyspoliklinikalle elvytyshuoneessa on hoitoryhmä valmiina potilasta vastaanottamassa	1	2	3	4	5	6
Traumatiimi hälytetään ennalta ohjeistettujen kriteerien täytyessä ennakoilmoituksen perusteella	1	2	3	4	5	6
Traumatiimi on tarpeen potilaan hoidossa kun se hälytetään ohjeistettujen kriteerien täytyessä	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstö on tehnyt ennakoilmoituksen, vaikka potilaan tila ei sitä edellyttäisi	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstö ei ole tehnyt ennakoilmoitusta, vaikka potilaan tila sitä edellyttäisi	1	2	3	4	5	6

1.2 Toiminta elvytyshuoneessa	Aina	Erittäin usein	Usein	Harvoin	Erittäin harvoin	Ei koskaan
Elvytyshuoneessa potilasta vastaanottava hoitoryhmän ryhmätyö on toimivaa	1	2	3	4	5	6
Elvytyshuoneessa potilasta vastaanottava hoitoryhmä koostuu potilastapauksen erikoisalalan mukaan valituista hoitajista	1	2	3	4	5	6
Elvytyshuoneessa potilasta vastaanottavalla hoitoryhmällä on selkeä johtaja	1	2	3	4	5	6
Elvytyshuoneessa ensihoitohenkilöstölle on selkeää kenelle potilaan luovutusraportti tulisi antaa	1	2	3	4	5	6
Elvytyshuoneessa päivystyspoliklinikan hoitoryhmä hoitaa potilasta samaan aikaan kun ensihoitohenkilöstön antaa luovutusraporttia	1	2	3	4	5	6
Elvytyshuoneessa potilaiden hoidon jatkumisessa ilmenee viiveitä, koska hoitotoimenpiteiden järjestys on epätarkoituksenmukainen	1	2	3	4	5	6

Elvytyshuoneessa potilaiden hoidon jatkumista viivästyttää ensihoitohenkilöstön jo tekemien asioiden epätarkoituksenmukainen toistaminen	1	2	3	4	5	6
Elvytyshuoneessa potilaiden hoidon jatkumisessa aiheutuu viiveitä hoitoryhmän tehdessä asioita, jotka eivät ole sillä hetkellä välttämättömiä	1	2	3	4	5	6
Elvytyshuoneessa potilaiden hoidon jatkumisessa aiheutuu viiveitä päivystyspoliklinikan hoitajien tietotaidon puutteiden vuoksi	1	2	3	4	5	6
Elvytyshuoneessa potilaiden hoidon jatkumisessa aiheutuu viiveitä koska joudutaan odottamaan lääkäriä paikalle	1	2	3	4	5	6

1.3 Triage	Aina	Erittäin usein	Usein	Harvoin	Erittäin harvoin	Ei koskaan
Ambulanssilla tuodun potilaan triagen tekee kokenut sairaanhoitaja	1	2	3	4	5	6
Päivystyspoliklinikalla tehdään mahdollisimman pian uusi arvio potilaan tilasta	1	2	3	4	5	6
Triagehoitaja vaatii ensihoitohenkilöstöltä työdiagnoosia potilaan tilasta	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstön arvio potilaan tilasta ohjaa liikaa triagen tekemistä päivystyspoliklinikalla	1	2	3	4	5	6
Päivystyspoliklinikalle ambulanssilla tuodun potilaan tilasta tehdään uusi arvio vasta lääkärin toimesta	1	2	3	4	5	6
Ambulanssilla päivystyspoliklinikalle tuodun kiireettömän potilaan triagessa potilaan paikkasijoittelu on tärkeämpi kuin potilaan ongelma	1	2	3	4	5	6

1.4 Kiireettömän potilaan huomioiminen	Aina	Erittäin usein	Usein	Harvoin	Erittäin harvoin	Ei koskaan
Hoito- ja vanhainkodeista ambulanssilla päivystyspoliklinikalle tuoduista kiireettömistä potilaista raportoidaan yhtä yksityiskohtaisesti kuin muista potilaista	1	2	3	4	5	6
Kiireettömän potilaan toimintakyky huomioidaan potilaan luovutustilanteissa	1	2	3	4	5	6
Kiireettömän potilaan sosiaalinen tausta huomioidaan potilaan luovutustilanteessa (Esim. sosiaaliset ongelmat, omaiset)	1	2	3	4	5	6
Kiireettömän potilaan fyysinen ympäristö huomioidaan potilaan luovutustilanteessa (Esim. kotiolot, kotona pärjääminen, kotiapu)	1	2	3	4	5	6

Päivystyspoliklinikan kuormitus haittaa ambulanssilla tuotujen kiireettömien potilaiden tarpeiden huomioimista potilaan luovutustilanteessa	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

1.5 Epäselvät syyt päivystyshoitoon kuljettamiselle	Aina	Erittäin usein	Usein	Harvoin	Erittäin harvoin	Ei koskaan
Ambulanssilla päivystyspoliklinikalle kuljetettu kiireetön potilas tarvitsee päivystyshoitoa	1	2	3	4	5	6
Ambulanssilla päivystyspoliklinikalle kuljetettu kiireetön potilas tarvitsee ambulanssikuljetuksen	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstön perusteet tuoda kiireetön potilas päivystyspoliklinikalle ovat epäselvät	1	2	3	4	5	6

1.6 Hoitovastuun siirtyminen	Aina	Erittäin usein	Usein	Harvoin	Erittäin harvoin	Ei koskaan
Hoitovastuun siirtymisen tarkka ajankohta ensihoitohenkilöstöltä päivystyspoliklinikalle potilaan luovutustilanteessa on selkeä	1	2	3	4	5	6
Hoitovastuun siirtyminen ensihoitohenkilöstöltä päivystyspoliklinikalle sovitaan potilaan luovutustilanteessa ääneen sanoen	1	2	3	4	5	6
Kaikille potilaan luovutustilanteessa toimijoille on itsestäänselvää milloin hoitovastuu on siirtynyt ensihoitohenkilöstöltä päivystyspoliklinikalle	1	2	3	4	5	6
Mikä on oman näkemyksesi mukaan se hetki, jolloin hoitovastuu on siirtynyt ensihoitohenkilöstöltä päivystyspoliklinikalle	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					

2. TIEDONSIIRTO

2.1 Häiriötekijät	Aina	Erittäin usein	Usein	Harvoin	Erittäin harvoin	Ei koskaan
Toimintaympäristössä 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

2.2 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
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 epä johdonmukainen	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstön suullisen luovutusraportin laadussa on eroja riippuen raporttia antavasta ensihoitohenkilöstöstä	1	2	3	4	5	6
Päivystyspoliklinikalla ensihoitohenkilöstön suullisen luovutusraportin vastaanottokyvyssä on eroja riippuen päivystyspoliklinikan hoitajasta	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 hoitajan välillä	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstön ja päivystyspoliklinikan hoitajan yhteisymmärryksen puute johtaa ristiriitaisiin tilanteisiin	1	2	3	4	5	6

2.3 Toistuva raportointi	Aina	Erittäin usein	Usein	Harvoin	Erittäin harvoin	Ei koskaan
Ensihoitohenkilöstö joutuu toistamaan luovutusraportin elvytyshuoneessa, 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 lopulta 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

2.4 iSBAR -raportointimalli	Aina	Erittäin usein	Usein	Harvoin	Erittäin harvoin	Ei koskaan
Tunnen iSBAR -raportointimallin	Kyllä			En		
Mikäli et tunne iSBAR -raportointimallia, voit jättää vastaamatta kahteen seuraavaan kysymyksen.						
Ensihoitohenkilöstö käyttää iSBAR -raportointimallia potilaan luovutusraportoinnissa	1	2	3	4	5	6
Päivystyspoliklinikan hoitajat käyttävät iSBAR -raportointimallia vastaanottaessaan potilaan luovutusraportointia	1	2	3	4	5	6

2.5 Hoitohenkilökunnan käytös	Aina	Erittäin usein	Usein	Harvoin	Erittäin harvoin	Ei koskaan
Päivystyspoliklinikalla ensihoitohenkilöstön luovutusraportointia arvostetaan	1	2	3	4	5	6
Potilaan tilaa aliarvioidaan päivystyspoliklinikan hoitajien toimesta ensihoitohenkilöstön antaessa luovutusraporttia potilaasta	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstö aliarvioi potilaan tilaa raportoidessaan	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstö tuo liian vahvasti esille oman näkemyksensä potilaan luovutustilanteissa päivystyspoliklinikalla	1	2	3	4	5	6
Ensihoitohenkilöstön ja päivystyspoliklinikan hoitajien välillä esiintyy vastakkainasettelua potilaan luovutustilanteissa	1	2	3	4	5	6
Päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta vastaanottaa kiireetön potilas	1	2	3	4	5	6
Päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta ensihoitohenkilöstön luovutusraportointia kohtaan jos potilas tuodaan ambulanssilla päivystyspoliklinikalle epäselvin perustein	1	2	3	4	5	6
Päivystyspoliklinikan hoitajilla ilmenee kiinnostuksen puutetta jos ensihoitohenkilöstön luovutusraportointi sisältää paljon epäolennaista tietoa	1	2	3	4	5	6

2.6 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
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
Päivystyspoliklinikan sähköinen kirjaamisjärjestelmä vähentää ensihoitokertomuksen paperiversion käyttöä	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

3. HOIDON JATKUVUUS JA POTILASTURVALLISUUS

3.1 Hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus	Aina	Erittäin usein	Usein	Harvoin	Erittäin harvoin	Ei koskaan
Potilasturvallisuus vaarantuu luovutusprosessin aikana ensihoidosta päivystyspoliklinikalle	1	2	3	4	5	6
Hoidon jatkuvuus vaarantuu luovutusprosessin aikana ensihoidosta päivystyspoliklinikalle	1	2	3	4	5	6
Minkälaisia muita ongelmia olet havainnut potilaan luovutustilanteissa sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta päivystyspoliklinikalle	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					