

Tiia Kitusuo

ENSIHOIDOSTA
PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLE:
RAPORTOINNIN VAIKUTUS
POTILASTURVALLISUUTEEN
Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoitaja AMK


Marraskuu 2016




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

	Opinnäytetyön päivämäärä 29.11.2016
Tekijä(t) Tiia Kitusuo	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma Sairaanhoidtaja AMK
Nimeke Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle: raportoinnin vaikutus potilasturvallisuuteen. Kirjallisuuskatsaus	
Tiivistelmä Terveysthuollossa kommunikaatio-ongelmien on todettu vaikuttavan jopa 65 prosenttiin haittatapahtumien synnystä ja Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä vuonna 2015 noin neljäsosa HaiPro-ilmoituksista koski tiedonkulkua tai -hallintaa. Potilaasta raportointi on vuorovaikutustilanne, jossa tieto siirtyy vähintään kahden osapuolen välillä. Ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä tapahtuva raportointi on merkittävä tekijä potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden kannalta, ja turvalliseen raportointiin tulee kiinnittää huomiota. Opinnäytetyö keskittyy tutkimaan raportoinnin merkitystä potilasturvallisuuden kannalta. Opinnäytetyön toteutettiin kirjallisuuskatsauksena ja aineistoon valittiin 10 tutkimusta, jotka analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön tarkoituksena on tarjota tietoa ja ajatuksia potilasturvallisuuden kehittämiseen. Tutkimuskysymyksiä ovat 1) Mitä potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä raportointiin liittyy? 2) Mitä hyötyä on yhtenäistetystä ja strukturoidusta raportointimallista? 3) Miten potilasturvallisuutta voidaan parantaa raportoinnissa? Raportointiin liittyvät, potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät ovat raportin sisällöstä, hoitohenkilökunnasta tai ympäristöstä johtuvia. Yhtenäisen ja strukturoidun raportointimallin hyödyt raportoinnissa osoitetaan potilasturvallisuuden paranemisenä. Potilasturvallisuutta raportoinnissa voidaan ensisijaisesti parantaa parantamalla itse raportointia ja sekundaarisesti hoitohenkilökunnan koulutusta lisäämällä, simulaatio-oppimisella ja valmiuksilla tunnistaa riskejä potilasturvallisuudessa ja hoidon jatkuvuudessa. Kotimaisia tutkimuksia aiheeseen liittyen löytyi vähän, mikä osoittaa lisätutkimusten tarpeen raportointia koskien. Jatkossa päivystyspoliklinikalla tapahtuvia raportointitilanteita voisi tutkia havainnoimalla. Jatkokehittämiskohteena nousi myös yhteispäivystyksen ennakoilmoituslomakkeen sovittaminen ISBAR-mallin mukaiseksi, sekä se että ennakoilmoitukseen voisi kehittää yhteisen tarkistuslistan ensihoidon ja päivystyspoliklinikan ennakoilmoituksen antamisen työkaluksi.	
Asiasanat (avainsanat) potilasturvallisuus, ensihoito, päivystyshoito, raportointi, vuorovaikutus, kirjallisuuskatsaus	
Sivumäärä 34 s. + 11	Kieli suomi
Huomautus (huomautukset liitteistä) 3 liitettä	
Ohjaavan opettajan nimi Päivi Sajaniemi	Opinnäytetyön toimeksiantaja Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden koulutuskeskus, Mikkelin keskussairaalan yhteispäivystys

DESCRIPTION

	Date of the bachelor's thesis 29.11.2016
Author(s) Tiia Kitusuo	Degree programme and option The Degree programme of Nursing Registered Nurse
Name of the bachelor's thesis From emergency medical service to emergency department: the purpose of reporting to patient safety. A literature review	
Abstract Communication problems in health care are being affected in 65 percent of birth in harmful events. In 2015 Southern Savonias district of healthcare reported that about a four quarter of HaiPro declarations involved problems about giving and managing information. Reporting about patient is a highly interactive situation, where information about the patient is shared between at least two health care professionals. Reporting about the patient between emergency medical service and emergency department is a crucial factor to patient safety and to continuous treatment. Attention must be drawn to safe reporting. This thesis is a literature review. 10 studies were chosen to this thesis and were analysed by inductive content analysis. The meaning of this thesis is to increase patient safety included work by providing knowledge and ideas. The research questions of this thesis were 1) What authors are linked in patient safety in reporting? 2) What are the benefits of systemised and structured reporting model? 3) How patient safety can be improved by reporting? The results show that the factors linking up to reporting were linked up to the content of report, nursing staff and surroundings. The benefits of systemised and structured model of reporting improves patient safety. Improving patient safety in reporting can be shared in primarily or secondarily. Primarily reporting situations can be improved by improving the actual reporting situation. Secondarily reporting can be improved by increasing training among health care personnel, simulation learning and increasing health care personnel ability to identify threats in patient safety and in continuousness of patient care. Only a few domestic studies were found. It marks the need of making more studies about reporting. In the future reporting situations could be observed physically in emergency departments. The paper document of the given advanced notice could be re-modelled according to the ISBAR –model. A check-list between staff in emergency medical service and emergency department might be considered useful when giving the advanced notice about critical patient.	
Subject headings, (keywords) patient safety, reporting, emergency care, interaction, literature review	
Pages 34 s. + 11	Language Finnish
Remarks, notes on appendices 3 appendices	
Tutor Päivi Sajaniemi	Bachelor's thesis assigned by Southern Savonia district of health care, Mikkeli central hospital emergency department

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS.....	2
3	KESKEISET KÄSITTEET	2
3.1	Potilasturvallisuus.....	2
3.2	Ensihoito ja päivystyshoito.....	4
3.3	Raportointi	6
4	POTILAASTA RAPORTOINTI	9
4.1	Potilaan kohtaaminen ensihoidossa.....	9
4.2	Potilaasta raportointi päivystyspoliklinikalle	10
4.3	Triage ja kiireellisyysluokittelu	11
4.4	Kriittisestä potilaasta raportointi.....	12
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	13
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSEN KUVAUS	14
6.1	Kirjallisuuskatsaus ja aineistonhaku.....	14
6.2	Aineiston analyysi	17
7	TUTKIMUSTULOKSET	18
7.1	Mitä potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä raportointiin liittyy?	18
7.1.1	Raportin sisällöstä johtuvat tekijät.....	19
7.1.2	Hoitohenkilökunnasta johtuvat tekijät	20
7.1.3	Ympäristöstä johtuvat tekijät	21
7.2	Mitä hyötyä on yhtenäistetyistä ja strukturoidusta raportointimallista?	22
7.3	Miten potilasturvallisuutta voidaan parantaa raportoinnissa?	23
8	POHDINTA	27
8.1	Tutkimustulosten tarkastelu ja omat johtopäätökset.....	27
8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	30
8.3	Opinnäytetyön prosessi.....	31
8.4	Ammatillinen kasvu ja jatkokehittämiskohteet	33
	LÄHTEET	35
	LIITTEET	
1	Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus	
2	Tiedonhakutaulukko	
3	Sopimus opinnäytetyön tekemisestä	

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) mukaan potilasturvallisuus tulee nostaa keskeiseksi tavoitteeksi sosiaali- ja terveysalalla, ja sitä pidetään terveyden- ja sairaanhoidon laadun perustana. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilas saa mahdollisimman hyvän hoidon ilman siihen liittyviä haittoja. Terveydenhuollossa kommunikaatioon ja tiedonsiirtoon liittyvät ongelmat aiheuttavat potilasturvallisuusriskejä ja ovat merkittävä osa hättätapahtumien synnylle, minkä vuoksi raportointiin tulee kiinnittää huomiota hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden lisäämiseksi. (Helo-vuo ym. 2011.)

Potilaan tilasta tehdään sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa arvio ja potilas kuljete-taan tarvittaessa hoitopaikkaan. Päivystyksessä potilaasta raportoidaan triagehoitajalle ja potilasta hoitavalle hoitohenkilökunnalle, jolloin raportointi on vähintään kahden henkilön välinen vuorovaikutustilanne. (Aaltonen & Rosenberg 2015.) Potilasturvalli-suutta parantaviin tekijöihin raportoinnissa on kiinnitetty huomiota, ja esimerkiksi sähköistä tiedonsiirtoa on alettu käyttää ensihoidon ja vastaanottavien hoitopaikkojen välillä (Kuntaliitto 2014). Raportoinnissa yhtenäisen ja strukturoidun raportointimal-lin, ISBAR:n, käyttöönottoa Suomessa on ajanut Suomen Sairaanhoitajaliitto (Kuisma ym. 2015; Potilasturvallisuus 2014).

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalveluiden kuntayhtymä, Mikkelin keskussairaalan yhteispäivystys. Opinnäytetyön tarkoituksena on antaa tietoa potilasturvallisen työn parantamiseksi sekä tuottaa toimeksiantajalle tietoa raportointiin liittyvistä potilasturvallisuustekijöistä, selvittää yhtenäisen ja struk-turoidun raportointimallin hyödyt ja tarjota tietoa ratkaisusta, joilla raportoinnin poti-lasturvallisuutta voidaan parantaa. Kotimaista tutkimustietoa aiheesta löytyy varsin vähän, mikä osoittaa opinnäytetyön tarpeellisuuden ja osoittaa jatkokehittämiskohteita ja -ideoita aiheen tutkimiselle. Tämä opinnäytetyö on toteutettu kirjallisuuskatsaukse-na yhteensä kymmenen tutkimuksen tai tutkimusartikkelin pohjalta ja aineiston sisäl-lönanalyysimenetelmänä on käytetty aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

2 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymän yhteispäivystys Mikkelin keskussairaalassa. Yhteispäivystyksessä on erikoissairaanhoidon ja yleislääketieteen ympärivuorokautinen päivystys. Päivystykseen ohjaututaan ensihoitopalvelun tuomana, lääkärin läheteellä, soittamalla Etelä-Savon ensineuvon tai hakeutumalla sinne itsenäisesti. Päivystyspoliklinikan lisäksi yhteispäivystyksessä on yhdeksäntoistapaikkainen päivystysosasto, jossa toteutetaan maksimissaan 48 tuntia kestävää lyhytaikaishoitoa päivystyspotilaille. Potilaan hoitoa toteutetaan moniammatillisella tiimillä.

Vuonna 2015 sairaansijoja Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalveluiden kuntayhtymällä on yhteensä 253, joista somaattisia sairaansijoja on 193. (Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä 2016a; Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä 2016b.) Vuonna 2015 Mikkelin keskussairaalan yhteispäivystyksessä potilaskäyntejä oli yhteensä 44 409 ja tyytyväisiä potilaita oli noin 70 prosenttia (otanta n = 2041). Sujuva tiedonsiirto on hoito- ja palveluketjuissa hoitotyön strategian painopiste organisaatiossa. Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä tehtiin vuonna 2015 yli tuhat HaiPro-ilmoitusta, joista noin neljäsosa koski tiedonkulkua tai tiedonhallintaa. (Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2015, 7 - 37.) HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tilanteiden raportointimenettely- ja tietotekninen työkalu, joka on Suomessa käytössä 200:ssa terveydenhuollon yksikössä (Aaltonen & Rosenberg 2015; Sarste 2012, 34 - 37).

3 KESKEISET KÄSITTEET

3.1 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan sitä, että potilas saa tarvitsemansa hoidon niin, että hoidosta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuutta pidetään keskeisenä laadun ulottuvuutena. Hoidon jatkuvuus tulee varmistaa, sekä potilaalle on turvattava laadukas ja turvallinen hoito (Kuntaliitto 2011, 13). Potilasturvallisuus pitää sisällään hoidon, lääkityksen ja laiteturvallisuuden. (Helovuo ym. 2012, 13 - 15; Sosiaali- ja tereysministeriö 2009, 11; Terveystalvelujen ja hyvinvoinnin laitos 2011, 7.)

Potilasturvallisuudella käsitetään myös terveydenhuollossa työskentelevien sekä yksiköiden ja organisaation periaatteita ja toimintakäytäntöjä, joilla varmistetaan terveyspalvelujen turvallisuus. Kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta on organisaation johdolla, mutta johdon kokonaisvastuusta huolimatta sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan tulee kantaa vastuu yhdessä potilaiden kanssa. Potilaiden tulee uskaltaa ilmaista huolensa ja kysymyksensä hoitoon liittyen sekä puuttua turvallisuutta uhkaaviin epäkohtiin toiminnassa ja ympäristössä. (Aaltonen & Rosenberg 2015; Helovuom. 2011, 52; Kuisma ym. 2015, 63; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 14.) Raportointitilanteissa potilas voi siis potilasturvallisuuden lisääjänä osallistua itseään kohdistuvien väärin tietojen tai ilmenevien epäkohtien korjaamiseen.

Terveydenhuollon organisaation johdon tehtävänä on luoda avoin potilasturvallisuuskulttuuri, joka mahdollistaa matalan kynnyksen raportoinnin vaaratilanteista. Vaaratapahtumista raportointi on edellytys potilasturvallisen työn suorittamiselle. (Kinnunen ym. 2009; THL 2011.) Myös työolot varmistetaan niin, että potilaan hoito voidaan järjestää ja toteuttaa laadukkaasti ja turvallisesti. (Kuisma ym. 2015, 63; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 14.) Kaikesta huolimatta kommunikaatio-ongelmien, kuten tiedonkulun katkeamisen tai väärin ymmärtämisen, voidaan todeta myötävaikuttaneen noin **65 prosenttiin** haittatapahtumista terveydenhuollossa. Kommunikaatio-ongelmia ilmenee erityisesti potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. (Helovuom. 2011, 16, 72.) Kommunikaatio-ongelmien voidaan todeta liittyvän raportointitilanteisiin, koska ne ovat keskeisessä osassa potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen.

Vaaratapahtumia terveydenhuollossa ovat tilanteet, joissa potilasturvallisuus vaarantuu, vaikka potilaalle ei aiheudu haittaa. WHO eli Maailman terveysjärjestö määrittelee vaaratapahtuman tilanteena tai olosuhteina, joka ei ole suunnitelmallisena osana hoitoa tai todennäköinen hoitoon tai sairauteen liittyvä haitta. Läheltä piti -tilanteella tarkoitetaan tilannetta, joka olisi voinut johtaa potilaalle aiheutuvaan haittaan, ja haitalta vältytään sattumalta tai siksi, että se pystyttiin estämään ajoissa. Läheltä piti -tilanteet jäävät usein raportoimatta, jos tilannetta ei tuoda esille. Haittatapahtumassa taas on aiheutunut tarpeeton haitta, ja siitä tulee kertoa avoimesti potilaalle. (Helovuom. 2011, 16; 72; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 15.) Esimerkkinä raportointiin liittyvästä haittatapahtumasta voidaan pitää hoitohenkilökunnan raportointitilanteessa väärin kuultua asiaa, joka vaikuttaisi potilaan hoitoon virheellisellä tavalla.

Vaaratapahtumien taustatekijöinä voidaan pitää puutteellista perehdytystä, epäselviä ohjeistuksia tai huonoa suunnittelua. Puutteellisesta perehdytyksestä ja epäselvästä ohjeistuksesta voidaan esimerkkinä pitää potilaasta raportoinnin hajanaisuutta, koska yhtenäistä kaavaa raportointiin ei välttämättä ole. Prosessien selkeyttäminen ja tiedonkulun parantaminen terveydenhuollossa lisäävät turvallisuutta ja tehokkuutta. (Helovuoto ym. 2011, 63, 72 - 73; Kianmehr ym. 2015, 87; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 16.) Vaaratapahtumiin voivat myötävaikuttaa yhteistyön ja työryhmän toiminnan ongelmat, jotka voivat liittyä epäselvään työnjakoon tai vastuualueiden määrittelyyn, epätasaiseen työkuorman jakautumiseen, puutteelliseen ennakkointiin ja tilannekuvan ylläpitoon, puutteelliseen työn ohjaukseen ja tukeen, epäselvien tavoitteen tai toiminnan raja-arvojen asettamiseen, sekä avointa kommunikointia huonosti tukevaan ilmapiiriin. (Aaltonen & Rosenberg 2015; Helovuoto ym. 2011, 182.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2009, 15) mukaan potilasturvallisuuden edistämiseen kuuluu syyllistämättömyys, jolla voidaan edistää potilasturvallisuutta kehittävän tiedon käyttöä. Potilasturvallisuutta edistävän tiedon käytön ehkäisevinä tekijöinä voidaan pitää syyllistävästä ilmapiiristä, asioiden salailua ja sivuuttamista. Tilanteiden syntyyn tulee reagoida välittömästi, sekä niiden raportointiin tulee olla selkeät, matalan kynnyksen kanavat (Helovuoto ym. 2011, 67). HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tilanteiden raportointimenettely ja tietotekninen työkalu, joka on Suomessa käytössä kahdessa sadassa terveydenhuollon yksikössä. (Aaltonen & Rosenberg 2015; Sarste 2012, 34 - 37.)

3.2 Ensihoito ja päivystyshoito

Ensihoitoa on äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan kiireellisen hoidon antaminen sekä potilaan kuljettaminen hoitoyksikköön. Ensihoitopalvelu on terveydenhuollon päivystystoimintaa, josta vastaa sairaanhoitopiiri, ja sen tarkoituksena on tehdä potilaan tilan arvio, turvata äkillisesti sairastuneen tai onnettomuuden uhrin hoito tapahtumapaikalla sekä kuljettaa potilas tarvittaessa tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan. Ensihoitopalvelulla ei ole käytössä jatkuvasti fyysisesti läsnäolevaa lääkäriä, vaan lääkärit toimivat usein konsultteina, mikä mahdollistaa potilaan hoitamisen sairaalan ulkopuolella, mikäli potilaan tila ei vaadi päivystyshoitoa. Ensihoitopalvelu tulee suunnitella yhteistyössä alueen terveys- ja sosiaalitoimen laitosten, ensihoitopal-

velun tuottajien ja yhteistyöviranomaisten kanssa. (Castrén ym. 2009, 24 - 25; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 21; Kuisma ym. 2015, 14 - 15, 93.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta (340/2011) 8§ määrittelee, että ensivasteyksikössä työskentelevillä vähintään kahdella henkilöllä tulee olla ensivastetoimintaan soveltuva koulutus. Perustason ensihoidon yksikössä työskentelevistä toisen ensihoitajista tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on ensihoitoon suuntaava koulutus. Toisen työntekijän tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilö, pelastajatutkinnon tai sitä aikaisemman vastaavan tutkinnon suorittanut. Hoitotason ensihoidon yksikössä toisen ensihoitajan on oltava Ensihoitaja AMK -tutkinnon suorittanut tai ensihoitoon suuntaavan 30 opintopisteen lisäopintokokonaisuuden suorittanut sairaanhoitaja. Toisen henkilön on oltava terveydenhuollon ammattitutkinnon suorittanut tai pelastajatutkinnon tai sitä aiemman vastaavan tutkinnon suorittanut.

Ensihoitotehtävien lukumäärä on lisääntynyt. Muutos on ollut erityisen selkeää pääkaupunkiseudulla. Lisääntymisen taustalla ovat väestön ikääntyminen, lisääntyneet sosiaaliset ongelmat sekä kasvanut päihteiden käyttö. Ensihoitopalvelujen kysyntään noususuhdanteisesti ovat vaikuttaneet kansalaisten tietoisuus ensihoitopalveluista, omista oikeuksista sekä medianäkyvyys. Kysyntään ovat vaikuttaneet myös terveydenhuoltopalveluiden pirstaleisuus, ruuhkautuminen ja niiden heikko saatavuus. (Kuisma ym. 2015, 14.)

Päivystyshoidolla tarkoitetaan välitöntä hoidon tarvetta, joka aiheutuu vammautumisesta, äkillisestä sairastumisesta tai kroonisesta sairaudesta. Potilaan tila vaatii päivystyshoitoa, mikäli hoito ei voi odottaa seuraavaan vuorokauteen ja hoidon tarve on arvioitu kiireelliseksi. Erikoissairaanhoidon päivystystoiminta on yleensä keskitetty yhteen alueelliseen päivystyspoliklinikkaan, joka tarjoaa päivystyspalveluja ympäri vuorokauden. Yhteispäivystyksellä tarkoitetaan päivystyspoliklinikkaa, jossa on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystys. Päivystysten keskittäminen taas helpottaa ensihoitajien päätöksentekoa potilaan hoitopaikan valinnassa. (Kuisma ym. 2015, 92 - 93; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 22 - 23.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erityisalakohtaisista edellytyksistä (782/2014) 2§ määrittelee, että päivystyshoitoa tulee olla saatavilla ympäri vuorokauden. Päivystyksellistä hoitoa vaativan potilaan

hoitoketjun tulee jatkua saumattomasti hätäkeskuksesta ensihoidon kautta päivystyspoliklinikalle. Päivystysyksikön toiminnan onnistumiseen vaikuttavat yhteistyö ja työnjako eri toimijoiden kanssa, joihin lukeutuvat terveysasemat, yhteistyöviranomaiset, ensihoitopalvelu ja puhelinneuvonta. (Castrén ym. 2009, 60 - 61; Kuisma ym. 2015, 92; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 22 - 23.)

Perusterveydenhuollon päivystystoiminnan järjestämisestä vastaa kunta. Tuottaja on usein terveyskeskus, sairaanhoitopiiri tai yksityinen sektori. Erikoissairaanhoidon päivystystoiminnan järjestämisestä vastaa yleensä sairaanhoitopiiri. (Kuisma ym. 2015, 93.) Päivystystoiminnalle on tyypillistä sen ennakoimattomuus ja potilasmäärien vaihtelu. Työtä tehdään usein paineen alaisena, ja päivystysympäristö on kiireinen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 23.)

Päivystyksessä hoidetaan potilaita asuinpaikkakunnasta riippumatta. Vaulan ja Kantosen (2009) ja Vaulan (2008) mukaan päivystystyön haastavuutta lisää se, että päivystyspotilaiden ongelmakirjo on muuttunut ja ammatillista valmiutta tarvitaan entistä laajemmin mielenterveys- ja sosiaalisia ongelmia kohdatessa (Kupiainen 2013, 10 - 11). Hoitosuhteet jäävät usein lyhyiksi ja ainutkertaisiksi sekä asiakkaiden ja potilaiden vaatimukset ja häiriökäyttäytyminen ovat lisääntyneet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 23.)

3.3 Raportointi

Australian Commission on Safety & Quality in Health Caren (2010) ja Ilolan ym. (2013) mukaan raportoinnilla tarkoitetaan tiedonkulun siirtymistä tai siirtämistä eteenpäin (Klim ym. 2013, 2234). Potilaasta raportoidaan, kun potilas siirtyy yksiköstä toiseen, ja hyvän raportin edellytyksenä voidaan pitää potilaan parhaan ymmärtämistä. (Ilola ym. 2013.)

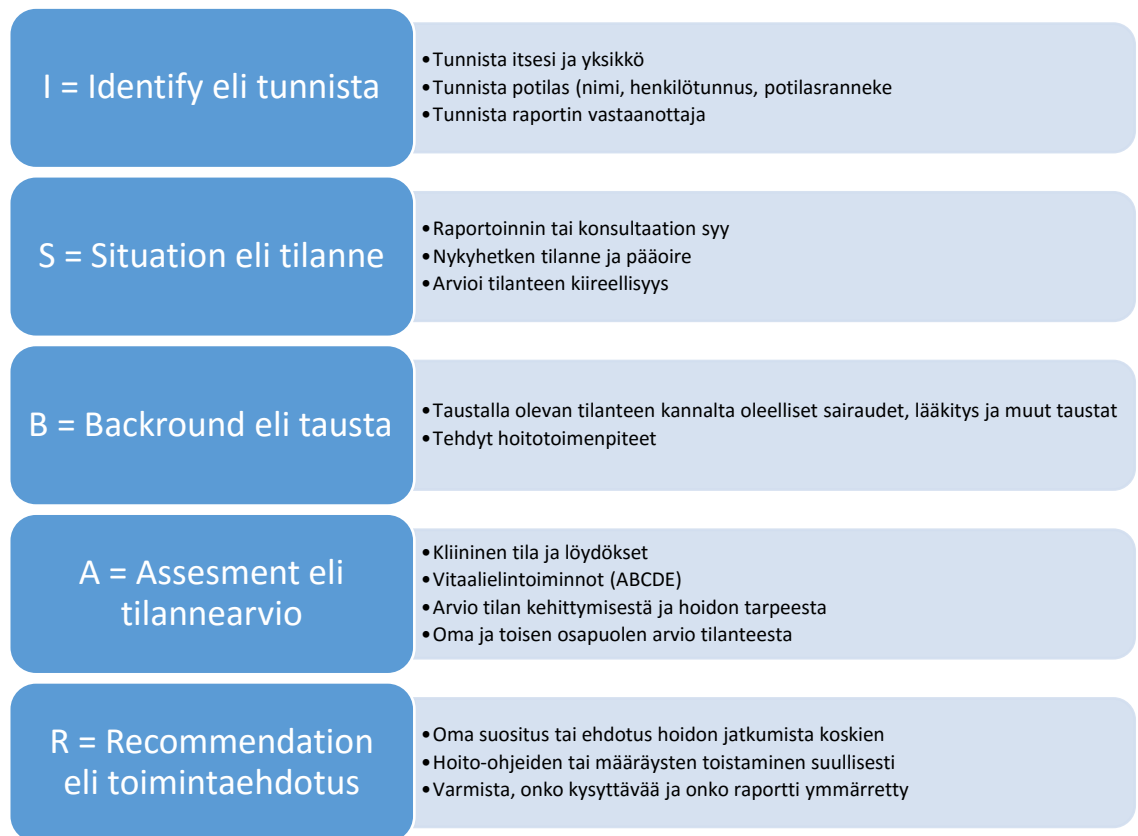
Suullinen raportointi

Suullinen raportointi voi tapahtua kasvokkain tai puhelimitse. Suullisen raportoinnin onnistumisen edellytyksinä pidetään tiedon siirtämistä hallitusti, täsmällisesti ja yksiselitteisesti. Hyvän suullisen raportin edellytyksinä voidaan pitää häiriötöntä ympäristöä. (Ilola ym. 2013.) Suullisen raportoinnin onnistuminen on aivojen toiminnan ja

tiedonkäsittelyprosessin kannalta tärkeää, koska ne ovat suoraan kytköksissä ihmisen viireystilaan ja suorituskyvyn heikkeneminen näkyy kognitiivisissa eli tietoa käsittelevän prosessin toiminnoissa ja muistissa. Ihmisen tiedonkäsittelyprosessi on altis myös ulkopuolisille häiriöille, ja kyky havaita asioita ympäristössä on rajallinen, sekä altis virheille tulkinnan osalta. (Aaltonen & Rosenberg 2015; Helovuori ym. 2011, 77 - 82; Mustajoki ym. 2014, 1161.)

Terveystieteidenhuollossa suullisessa raportoinnilla eri ammattiryhmät ja toimijat välittävät toisilleen tärkeää tietoa potilaan tilasta, joten raportointia voidaan pitää vuorovaikutustapahtumana. Hyvän suullisen raportin edellytyksenä voidaan pitää häiriötöntä ympäristöä. Vuorovaikutus on vähintään kahden osallistuvan osapuolen vaikuttamista vuorotellen toisiinsa, jolloin viesti tai sanoma kulkee osapuolten välillä. Viestintä voidaan jakaa verbaaliseen eli kielelliseen ja non-verbaaliseen viestintään, johon liittyvät äänensävy ja -paino, ilmeet, eleet, katseet ja vartalon liikkeet. Oleellista viestinnän, tässä tapauksessa erityisesti raportoinnin, onnistumisessa on viestin tai sanoman vastaanottaminen sekä viestin lähettäminen onnistuneesti vastaanottajalle. Oppiva vuorovaikutus edellyttää, että raportin ajan osapuolet uskaltavat tuoda sanomansa ilmi, ovat kykeneviä kuuntelemaan ja haluavat tulla vaikutetuiksi. (Mäkisalo-Ropponen, 2011, 99 - 100.) Raportti potilaasta tulee antaa suullisesti ja kirjallisesti, sekä ulkomuistista raportointia voidaan pitää potilasturvallisuusriskinä. (Aaltonen & Rosenberg 2015; Helovuori ym. 2011, 72 - 73; Ilola ym. 2013.)

Yhtenäistetty ja strukturoitu raportointimalli, ISBAR (tai SBAR) -menetelmä, on alun perin lähtöisin Yhdysvaltain merivoimilta 1990-luvulta. WHO (2007) suosittelee ISBAR-menetelmän käyttöä maailmanlaajuisesti, sekä Suomen Sairaanhoidajaliitto on ajanut menetelmän käyttöä eteenpäin Suomessa. Sairaanhoidajaliiton potilasturvallisuusryhmä on tuottanut menetelmästä kaksikieliset ohjeet.



KUVA 1. ISBAR-menetelmän runko mukailten (Helovuuo ym. 2011, 207 - 208; Ilola ym. 2013; Kuisma ym. 2015, 96 - 97; 106; Kupari 2012)

Kirjallinen raportointi

Kirjallisella raportoinnilla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä suoraan potilastietokantaan kirjaamista. Potilaan hoidosta kirjaamisen tulee olla helppoa, sekä potilaasta kirjattujen tietojen tulee olla helposti löydettävissä. (Castrén ym. 2009, 74.) Ensihoidossa potilaskontaktista täytetään ensihoitokertomus. Ensihoitokertomus on virallinen asiakirja, joka kertoo sairastumiseen tai vammautumiseen liittyvistä tapahtumista ennen lopulliseen hoitopaikkaan pääsemistä, sekä sillä voidaan dokumentoida ensihoidon hetkellä vallinneet olot, mikäli tapahtumia selvitetään jälkikäteen. Tekstin tulee olla helppolukuista, sekä siinä tulee käyttää yleisesti ymmärrettäviä ja yhtenäisiä merkintätapoja. (Castrén ym. 2009, 50; Kuisma ym. 2015, 36; Silfvast ym. 2016.)

Ensihoidossa on ollut käytössä paperinen ensihoitokertomus, SV 210, joka on Kansaneläkelaitoksen lomake *Selvitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta*. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (16§) määrittelee, että ensihoitokerto-

mukseen tehdään merkinnät potilaan saamasta ensihoidosta ja seurannasta. Lomake jakautuu hallinnolliseen ja hoidolliseen osioon. Hallinnolliseen osioon sisältyvät potilaan perustiedot, kellonajat ja kuljetuskoodit. Hoidollisessa osiossa kerrotaan potilaan esitiedot, potilaan tarkkailu- ja tilatiedot, sekä hoitoon ja hoidon vasteeseen liittyvät tiedot. (Castrén ym. 2009, 48; Kuisma ym. 2015, 36 - 38.)

Osassa ensihoitopalveluja on siirrytty käyttämään paperisen ensihoitokertomuksen sijaan sähköistä ensihoitokertomusta. Sähköinen ensihoitokertomussovellus sallii aikaisempien potilastietojen hakemisen järjestelmästä. Etelä-Savon sairaanhoitopiirillä on käytössä sähköinen ensihoidon potilastietojärjestelmä (Kuntaliitto 2014). Sähköinen ensihoidon potilastietojärjestelmä sisältää hälytykseen liittyvät tiedot, ja ensihoitokertomukset voidaan tallentaa järjestelmään ja tietokantaan. Potilastietojärjestelmällä on yleensä langattomat yhteydet hoitopaikkoihin, jolloin hoitopaikalla on mahdollisuus lukea ensihoitokertomusta ennen potilaan saapumista. Vastaanottavan hoitolaitoksen tulee lukea ensihoitokertomus ja tarkistaa keskeisten potilastietojen löytyminen lomakkeesta sekä varmistua ymmärtäneensä ensihoitokertomukseen kirjatut tiedot. (Kuisma ym. 2015, 42 - 45; Silfvast ym. 2016.)

4 POTILAASTA RAPORTOINTI

4.1 Potilaan kohtaaminen ensihoidossa

Sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa potilaan kohtaamista edeltää kokonaistilanteen arviointi. Rantasen (2009) mukaan potilaan sairastuminen on koko perheelle kriisitilanne, jolloin hyvä yhteistyö hoitohenkilökunnan ja perheen kesken on edellytys perheen selviytymiselle. (Salminen-Tuomaala ym. 2015, 31.) Potilaasta tehdään ensiarvio ennen sairaalaan saapumista, mikäli hän siirtyy hoitoon ambulanssilla. Ensiarviolla tarkoitetaan potilaan peruselintoimintojen kartoittamista (ilmatie, hengitys ja verenkierto), sekä tajunnantaso arvioidaan. Vammapotilaiden vammamekanismi, -energia ja -löydökset selvitetään. (Kuisma ym. 2015, 93; Silfvast ym. 2016.)

Potilaan ollessa tiedottomassa tilassa voidaan esitietoja tarvittaessa kerätä omaisilta, läheisiltä tai saattajilta. Potilaan mukana olevista kansioista voidaan saada lisätietoa esimerkiksi potilaan taustasairauksista ja aikaisemmista hoitajaksoista. Ensiarvion

jälkeen aloitetaan välittömät ensihoitotoimet ja tehdään päätös nopeasta kuljettamisesta jatkohoitoon, arvioidaan lisäavun tarve tai siirrytään potilaan yksityiskohtaiseen tutkimiseen (Castrén ym. 2009, 74, 91). Ensiarviota voidaan täydentää mittaamalla esimerkiksi happisaturaatio, verenpaine ja lämpö, sekä muut oireet ja löydökset tulee huomioida. (Kuisma ym. 2015, 93; Silfvast ym. 2016.) Ensihoitopalvelun tehtävänä on tarvittaessa kuljettaa potilas tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 21) ja potilaasta raportoidaan päivystyspoliklinikalla triagehoitajalle.

4.2 Potilaasta raportointi päivystyspoliklinikalle

Potilaan hoitaminen päivystyspoliklinikalla on yhteistyötä eri toimijoiden kesken (Castrén ym. 2009, 66). Bručen ja Suserudin (2005) mukaan potilaan luovutus alkaa potilaan perustietojen siirtämisestä eli raportoinnista triagehoitajalle sairaalaan saavuttaessa (Mikkonen 2014, 9.) Triage-tilanarvio on usein nopea ja täsmällinen ensiarvio, jota voidaan täydentää mittauksilla. (Castrén ym. 2009, 65.)

Potilaan voinnin ja tilan mukaan ensihoitopalvelusta on voitu olla etukäteen yhteydessä päivystyspoliklinikalle (Castrén ym. 2009, 66). Päivystyspoliklinikan potilaat voivat olla vakavasti sairaita tai vammautuneita ja tarvitsevat nopeaa päätöksentekoa hoitoa koskien. Yenin ym. (2007) ja Cheungin ym. (2010) mukaan potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa tärkeää on tunnistaa potilaat, joiden tila voi heiketä äkkiä tilanteissa, joissa lääkäriä tai tutkimustuloksia joudutaan odottamaan. (Klim ym. 2013, 2234 - 2235, Malmström ym. 2012, 703.) Kriittisestä potilaasta raportointia käsitellään luvussa 4.4. Tässä kappaleessa käsitellään muiden potilaiden siirtymistä päivystyspoliklinikalle ensihoitopalvelun tuomana.

Kiireettömällä potilaalla tarkoitetaan potilasta, jonka tila ei ole kriittinen tai kehittyvässä kriittiseksi. Kriittisellä potilaalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä kriittisesti vammautunutta tai sairastunutta potilaasta, jonka hoidon tulee jatkua välittömästi päivystyksessä. Yongin ym. (2008) ja Sosiaali- ja terveysministeriön (2010) mukaan suurin osa sekä ensihoitopalvelun sekä päivystyspoliklinikoiden potilasvirrasta on kiireettömiä potilaita (Mikkonen 2014, 10).

Ensihoitohenkilökunta antaa raportin potilasta hoitavalle päivystyspoliklinikan henkilökunnalle triage-hoitajalle annetun raportin jälkeen. Raportointi ja siinä siirtyvä tieto ensihoitopalvelun ja päivystyksen hoitohenkilökunnan välillä on tärkeä osa potilaan hoidon jatkuvuutta. (Kuisma ym. 2015, 96.)

4.3 Triage ja kiireellisyysluokittelu

Triagessa triage-hoitaja, yleensä sairaanhoitaja, tunnistaa potilaan ja varmistaa potilaan henkilöllisyyden mahdollisuuksien mukaan. Hoitaja määrittelee potilaan tulossyn, arvioi hoidon kiireellisyyden ja päättää potilaan paikkasijoittelusta päivystyspoliklinikalla. (Bruce & Suserud 2005; Bost ym. 2012.) Paikkasijoittelun jälkeen potilaasta ilmoitetaan lääkärille, sekä ensihoitohenkilökunta raportoi potilaasta usein toistamiseen hoitohenkilökunnalle. (Castrén ym. 2009, 65 - 68; Kuisma ym. 2015, 92 - 94; Mikkonen 2014, 9.)

Triagella tarkoitetaan myös muita päivystyskäynnin alussa tehtäviä päätöksiä ja työnjakoa, sekä potilaan mahdollista ohjaamista muiden palveluiden piiriin. Suomessa potilaan tilanarviossa käytetään usein ABCDE-triagea, jolla arvioidaan peruselintoiminnot. ABCDE on alun perin luotu ATLS (Advanced Trauma Life Support) -koulutuksen eli kansainvälisen trauma-ensihoitokurssin yhteyteen. (Castrén ym. 2009, 82.)

Triagehoitajan on otettava huomioon potilaan lähtötilanne tilanarviota tehtäessä, koska annettu ensihoito on voinut vaikuttaa potilaan tilaan niin, ettei potilaalla ole saapuessaan peruselintoiminnon häiriötä. Peruselintoimintoja arvioidaan ABCDE-mallin mukaan. A eli airway tarkoittaa hengitystien avoimuutta ja hallintaa. B eli breathing tarkoittaa hengityksen riittävyyden arviointia ja avustamista. C eli circulation tarkoittaa verenkierron riittävyyden arviointia. D eli disabilitylla tarkoitetaan tajunnantasoja ja karkeaa neurologista arviota. E eli exposure tarkoittaa vammojen paljastamista ja tutkimista sekä muita löydöksiä. (Castrén ym. 2009, 82; Kuisma ym. 2015, 93 - 94; 106; 520 - 521.)

Päivystyspoliklinikalla ABCDE-kirjainyhdistelmää käytetään myös potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnissa. Kiireellisyydessä arvioidaan pisin mahdollinen odotusai-ka lääkärille, ja potilas asetetaan kiireellisyysluokkaan. A-kiireellisyysluokan potilaat

tulee hoitaa heti. B-kiireellisyysluokan potilaat voivat odottaa alle 10 minuuttia ja C-luokan potilaat alle 20 minuuttia. D-luokan potilaat voivat maksimissaan odottaa alle kaksi tuntia. E-kiireellisyysluokan potilaat eivät tarvitse päivystyksellistä hoitoa. (Castrén ym. 2009, 82; Kupiainen 2013, 11; Malmström ym. 2012, 701.)

Suomessa on otettu käyttöön myös ESI-triagea (Emergency Severity Index). ESI-triagessa on viisiportainen luokittelu. Potilaan kliininen tila ja oireet arvioidaan, sekä mahdolliset tulevat toimenpiteet (esimerkiksi laboratoriokokeet, kuvantamistutkimukset ja suonensisäinen lääke- ja nestehoito) otetaan huomioon. (Kuisma ym. 2015, 94; Malmström ym. 2012, 700.)

Potilaan tulossyy ja hoidon kiireellisyyden määrittämisen jälkeen triage-hoitaja ohjaa potilaan potilaspaikalle, jolloin potilasta päivystyspoliklinikalla hoitava henkilökunta vastaanottaa potilaan. Vastaanottaessa selvitetään hoitoon hakeutumisen syy ja hoidon tarve sekä arvioidaan tutkimusten ja hoidon kiireellisyyttä. Potilaan aikaisemmat sairaudet, lääkitys sekä siitä huolehtiminen, toimintakyky ja kotona selviytymisen edellytykset kartoitetaan. Ensihoitohenkilökunnan tulisi raportoida suoraan potilaasta vastaavalle hoitajalle. Raportointi usealle hoitajalle lisää riskiä ensihoitokertomuksen muuttumiseen. Päivystyksen henkilökunnan tulisi keskittyä raporttiin ja keskeyttää muut toiminnot, mikäli se on mahdollista. Potilaasta raportoinnin jälkeen hoitovastuu siirtyy vastaanottavalle hoitolaitokselle. (Castrén ym. 2009, 67 - 69; Kuisma ym. 2015, 96 - 97.)

4.4 Kriittisestä potilaasta raportointi

Kriittisesti vammautuneesta tai sairastuneesta potilaasta tulee antaa ennakkoilmoitus päivystyspoliklinikalle ja sen antamisessa suositellaan ISBAR-mallin käyttöä, jota käsitellään luvussa 3.4. Ennakkoilmoitus voidaan antaa myös tilanteissa, joissa tarvitaan erityisiä järjestelyitä potilaan vastaanottamiseen. Ennakkoilmoitus olisi hyvä antaa 15 - 20 minuuttia ennen saapumista, jolloin se antaa riittävän ajan sairaalalle valmistautua potilaan vastaanottoon. (Castrén ym. 2009, 66; Kuisma ym. 2015, 95 - 96.)

Ennakkoilmoituksen vastaanottaa usein triage-hoitaja, nimetty akuuttihoitaja tai työvuorosta vastaava hoitaja, joka kirjaa ennakkoilmoituslomakkeeseen oleelliset asiat potilaan tilasta. Päivestyksissä ennakkoilmoitusta tukevinä järjestelminä käytössä ovat

suuronnettomuusverkosto, hätäkeskuksen lähettämät ennakkoviestit sekä kenttäjohdon kenttäjohtojärjestelmät. Ensihoitopalvelun antamaa suullista ennakoilmoitusraporttia pidetään kuitenkin päivystyspoliklinikalla tärkeimpänä. (Kuisma ym. 2015, 95; Mikkonen 2014, 8; Sundell ym. 2015, 1843.)

Brucen ja Suserudin (2005), Bostin ym. (2012) ja Murrayn ym. (2012) mukaan kriittiset potilaat voidaan sijoittaa suoraan erityiseen hoitotilaan, jonka nimi vaihtelee yksikön mukaan. Hoitotilaa voidaan kutsua akuuttihuoneeksi, elvytyshuoneeksi tai sokkihuoneeksi. Kriittistä potilasta hoitaa usein moniammatillinen traumatiimi tai hoitoryhmä, jonka hälyttämisestä tehdään päätös ennakoilmoituksen perusteella ja potilaasta raportoidaan suoraan vastaanottavalle moniammatilliselle työryhmälle. (Handolin & Väisänen 2007; Lautala 2011; Mikkonen 2014, 8; Sundell 2015, 1844.) Kurolan ym. (2009), Lautalan (2011) ja Sundellin (2015, 1843) mukaan moniammatillisen traumatiimin peruskokoonpanoon kuuluvat yleensä kirurgi, tehohoito- tai anestesia- lääkäri, kirurgia avustava hoitaja, anestesia- lääkäriä avustava hoitaja, lääkintävahtimestari, röntgenhoitaja ja laboratoriohoitaja. (Kupiainen 2013, 11 - 12.)

Hoitohenkilökunnan on osattava protokollan mukaiset traumatiimin tehtävät ja toiminta. Akuuttihuoneessa peruselintoimintoja uhkaavat häiriöt voidaan arvioida ja korjata, sekä potilaalle pyritään asettamaan diagnoosi ja valitsemaan jatkohoitopaikka mahdollisimman nopeasti. (Kupiainen 2013, 11 - 12.) Traumaresuskitaatiolla tarkoitetaan traumatiimin välittömästi toteuttavaa hoitoa. Traumapotilaan hoitoketjussa mukana ovat usein myös teho-osaston ja leikkaustoiminnan yksiköt (Sundell ym. 2015, 1844). Toimiva ja tehokas tiimityö vaatii ammattitaitoa ja kykyä toimia omassa tehtävässään. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 101.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyö on toteutettu kirjallisuuskatsauksena Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymälle Mikkelin keskussairaalan yhteispäivystykseen ja se on esitetty yhteispäivystyksen osastotunnilla. Opinnäytetyö on kohdennettu ensihoidossa ja päivystyksessä työskentelevälle henkilökunnalle sekä hoitotyön opiskelijoille. Sen tarkoituksena on tarjota tietoa ja ajatuksia potilasturvallisen työn kehittämiseen. Käytännössä toimiville, alan perusteet hallitseville ihmisille tulisi tarjota konkreettisuutta

tuottavaa tutkimusta. Tutkimustiedon tulee olla jäsenneiltyä, soveltamiskelpoista ja kriittistä, sekä kielellisesti tiedon tulee olla luontevaa. Päällimmäisenä tarkoituksena voidaan pitää kirjoitetun aineiston varustamista käyttöön siihen soveltuvalla tiedolla. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.) Opinnäytetyöstä tehtiin sopimus toimeksiantajan kanssa (liite 3). Opinnäytetyö esitellään Mikkelin keskussairaalan yhteispäivystyksen osastotunnilla 17.1.2017.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat

1. Mitä potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä raportointiin liittyy?
2. Mitä hyötyä on yhtenäistetyistä ja strukturoidusta raportointimallista?
3. Miten potilasturvallisuutta voidaan parantaa raportoinnissa?

Tutkimuskysymysten muodostamista ohjasivat osittain tutustuminen ennalta lähdekirjallisuuteen ja analysoitavaan aineistoon. Tutkimuskysymysten muodostamisessa pyrin kuitenkin välttämään itsestäni kumpuavaa subjektiivista hypoteettisuutta ja hypoteettisuus tutkimuskysymyksiä otsikoidessa jäi siis aineistolähtöiseksi.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSEN KUVAUS

6.1 Kirjallisuuskatsaus ja aineistonhaku

Apuvälineenä aihealueen hahmottamiseen käytettiin listaamista kiinnostavista aihealueista, jonka avulla opinnäytetyön aihe rajattiin liittyen akuuttihoitotyöhön. Aiheen rajaamisessa hyödynnettiin käsitekarttoja, jotka soveltuvat hyvin kirjoittamisen ideointiin. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on esittää, kuinka esillä olevaa aihetta on aiemmin tutkittu. Lukija voi halutessaan tarkistaa tietoja lähdeviitteistä sekä seurata, kuinka uutta tietoa on niiden pohjalta rakennettu. (Hirsjärvi ym. 2009, 35, 121.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisesti käytetty kirjallisuuskatsaustyyppi, joka on laaja eikä sisällä tiukkoja rajoja (Salminen 2011, 6). Valitsin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsaustyyppiksi sen antamien vapauksien vuoksi.

Mikkelin ammattikorkeakoulun kampuskirjaston informaattikko piti luennon tiedonhausta, jonka pohjalta aineistonhakua oli helppo lähteä toteuttamaan. Kampuskirjaston

informaattikkoa tavattiin suunnitelman tekovaiheessa kerran aineistonhakuun liittyen, jolloin hakusanat ja tietokannat katsottiin asianmukaisiksi. Aineistonhakua lähdettiin toteuttamaan määrittelemällä keskeiset hakusanat, jotka on kuvattu taulukossa 1. Useat hakusanat voitiin lyhentää, esimerkkinä potilasturv* **and** päivystys*. Näin parannettiin löydettyjen tutkimusten määrää.

TAULUKKO 1. Suomenkieliset ja englanninkieliset hakusanat aineiston tiedonhaussa (luku 6.1)

Suomenkieliset hakusanat	Englanninkieliset hakusanat
"ambulanssi"	"ambulance"
"dokumentointi"	"documenting"
"ensihoito"	"emergency care"
"ISBAR"	"ISBAR"
"kommunikaatio"	"communication"
"luovutus"	"handover"
"päivystys"	"emergency room", "emergency department"
"raportointi"	"reporting"

Hakusanat tarkistettiin Yleisen suomalaisen asiasanaston YSA :n WWW-sivuilta. Hakusanana käytettyä termiä "ISBAR" ei löytynyt. Valitsin ISBAR :n hakusanaksi, koska se on Sairaanhoidtajaliiton kehittämän, käytössä olevan yhtenäisen raportointimallin virallinen nimi. ISBAR -mallia käytetään myös kansainvälisesti. Keskeisinä tiedonhaun tietokantoina olivat Cinahl, Kaakkuri, Medic, Pubmed Central ja Terveysportti. Kaakkurista löytyi Mikkelin ammattikorkeakoulun kirjastosta löytyvää aineistoa, sekä Terveysportista löytyi terveysalan kirjallisuutta elektronisen aineiston muodossa. Opinnäytetyön tekemisessä hyödynnettiin myös Mikkelin pääkirjastosta löytyvää kirjallisuutta.

Tiedonhakutaulukossa (liite 2) on taulukkomuotoiseen kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten kohdalla käytetty tietokanta, hakusanat, hakutulokset ja tarkasteluun otettujen tutkimusten määrä. Useilla hakusanayhdistelmillä löydettiin samoja tutkimuksia, mikä vahvistaa aineiston haussa käytettyjen hakusanojen tarkoituksenmukaisuuden.

Ensimmäisen kerran aineistonhaku suoritettiin helmikuussa 2016. Syksyllä 2016 aineistonhaku toistettiin, jolloin löytyi lisää tarkoituksenmukaisia tutkimuksia, jotka otettiin mukaan taulukkomuotoiseen kirjallisuuskatsaukseen (liite 1), sekä osa jo valituista tutkimuksista karsittiin pois. Suppeat havaintoihin ja kokemuksiin liittyvät tutkimukset suljettiin pois, koska havainnot ja kokemukset eivät välttämättä perustu varmennettuun ja perusteltuun tietoon (Hirsjärvi ym. 2009, 19). Aineistonhaussa huomasin, että englanninkieliset tutkimusartikkelit palvelivat paremmin aineistonhakukriteereitä, ja niistä löydetty tieto vastasi paremmin tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin.

Aineiston valintakriteerit	Aineiston poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> •Julkaistu 2011 - 2016 •Sisältö vastaa tutkimuskysymykseen / tutkimuskysymyksiin •Julkaistu alan tieteellisessä lehdessä •Objektiivisuus 	<ul style="list-style-type: none"> •Julkaistu ennen vuotta 2011 •Sisältö ei vastaa tutkimuskysymyksiin •Julkaistu aikakauslehdessä •Subjektiiivisuus

KUVA 2. Taulukkomuotoiseen kirjallisuuskatsaukseen valitun aineiston valinta- ja poissulkukriteerit (luku 6.1)

Valitusta aineistosta yhdeksän kymmenestä oli elektronista aineistoa. Hakutuloksia rajattiin niin, että vuonna 2011 - 2016 julkaistut tutkimukset ja tutkimusartikkelit otettiin tarkasteluun, eikä viittä vuotta vanhempia tutkimuksia otettu huomioon. Tarkoituksenmukaisia hakusanoja käyttämällä saatiin aineistonhaun hakutuloksia rajattua, sekä otsikon perusteella pystyttiin karsimaan hyödyttömät tutkimukset pois ennen johdannon tarkastelua. Otsikon perusteella tarkasteluun otetut tutkimukset oli mahdollista valita tai hylätä johdannon perusteella. Taulukkomuotoiseen kirjallisuuskatsaukseen valitsin pro gradu -tasoisia tutkimuksia, sekä aineistoon valittujen tutkimusartikkelien tuli olla julkaistu alan arvostetussa tieteellisessä lehdessä. Tutkimusartikkelin tai tutkimuksen tuli luonnollisesti vastata opinnäytetyön tutkimuskysymykseen tai tutkimuskysymyksiin. Valintakriteerinä oli objektiivisuus ja subjektiivisesta näkökulmasta aihetta käsittelevät tutkimukset karsittiin pois. Tarpeeksi objektiivisuutta antoi kvalitatiivinen tutkimus, jossa otanta oli vähintään kolmetoista. Subjektiiivisesta tut-

kimuksesta esimerkkinä pidän tutkimusta, jossa kvalitatiivisen tutkimuksen otanta oli kolme asiantuntijaa, jolloin en kokenut sitä tarpeeksi objektiivisena.

Muun aineiston keruussa huomioitiin myös ammattikorkeakoulutasoiset opinnäytetyöt, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Valitsin opinnäytetöitä mukaan opinnäytetyöni lähdeaineistoon, koska halusin niillä tukea valitsemistani tutkimusartikkeleista ja tutkimuksista löytämäni tietoa. Opinnäytetöistä löytyi erityisesti ISBAR-mallin käyttöön liittyen spesifejä tutkimuksia. Opinnäytetyön luotettavuutta tuli erityisesti arvioida, koska laadunvaihtelu on suurta.

TAULUKKO 2. IMRAD-malli (Jänne 2005, 5)

I = introduction	Mitä on tutkittu?
M = methods	Miten on tutkittu?
R = results	Mitkä olivat tulokset?
A = and	Ja
D = discussion	Mitä tulokset tarkoittavat?

Huomioon aineistonvalinnassa otin, että kirjallisuuskatsaukseen valitun tutkimuksen esittelyyn on hyödynnetty IMRAD-mallia, jonka perusteella esiteltyjä tutkimuksia oli helppo ja nopea tarkastella. IMRAD-malli jäsentelee tutkimuksen kohteen, metodin, tulokset ja tulosten tarkoituksen helposti sisäistettävään malliin.

6.2 Aineiston analyysi

Metodiikalla tai metodien käytöllä tarkoitetaan, miten tutkittavasta ilmiöstä hankitaan uutta tietoa. Tällöin tarkastellaan aineiston keruun ja aineiston analyysin menetelmiä. Aineistonanalyysimenetelmänä opinnäytetyössä on käytetty aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmissä ja lähestymistavoissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 53, 165.) Jokaisen opinnäytetyöhön valitun tutkimuksen tulokset oli esitetty kvalitatiivisessa muodossa, jolloin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia voidaan käyttää aineistonanalyysimenetelmänä.

Induktiivisella sisällönanalyysillä tutkijan pyrkimyksenä on tarkoituksena paljastaa odottamattomia seikkoja tutkittavaan aiheeseen liittyen. Sen lähtökohtana on aineiston laaja ja yksityiskohtainen tarkastelu. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.) Burns ja Grove (2001) määrittävät sisällönanalyysinmenetelmän aineiston tiivistämiseksi, jolloin ilmiötä voidaan tarkastella yleisellä tasolla. Toinen sisällönanalyysin funktio on, että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet pystytään esittämään. Aineiston analyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan vaiheittain ja raportointi on aineistolähtöistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166 - 167.)

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustuloksissa käsitellään raportoinnin potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä sekä käsitellään yhtenäistetyn ja strukturoidun raportointimallin hyötyjä. Lopuksi luvussa 7.3 kootaan yhteen potilasturvallisuuden parantamiseen vaikuttavia tekijöitä raportoinnissa.

7.1 Mitä potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä raportointiin liittyy?

Terveydenhuollon kehittyminen ja sen kehittyvien erikoisalojen lisääntyminen lisäävät terveydenhuollon henkilöiden määrää potilaan hoidossa, jolloin potilaan luovutus-tilanteiden ja raportointitilanteiden määrä kasvaa (Klim ym. 2013, 2233).

Raportin sisällöstä johtuvat tekijät	Hoitohenkilökunnasta johtuvat tekijät	Ympäristöstä johtuvat tekijät
<ul style="list-style-type: none"> • Puutteelliset tai epäselvät esi- ja taustatiedot • Puutteellinen raportointi 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoitohenkilökunnan kommunikaatio-ongelmat • Hoitohenkilökohtaiset erot • Hoitohenkilökunnan subjektiiviset käsitykset • Hoitohenkilökunnan keskinäiset suhteet 	<ul style="list-style-type: none"> • Ympäristön rauhattomuus • Raportointi usealle taholle • Päällekkäiset tehtävät • Viiveet • Keskeytykset • Katvealueet

KUVA 3. Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät raportoinnissa (luvut 7.1.1 - 7.1.3)

Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät raportoinnissa voidaan jakaa raportin sisällöstä johtuviin tekijöihin, hoitohenkilökunnasta johtuviin tekijöihin ja ympäristöstä johtuviin tekijöihin. Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät kerrotaan alaluvuissa.

7.1.1 Raportin sisällöstä johtuvat tekijät

Mikkosen (2014, 34) tutkimuksessa osoitetaan, että ensihoitokertomuksesta puuttuu usein aikaisempia tietoja potilaasta. Clarkin (2002) ja Hennemanin (2006) mukaan päivystyspoliklinikalla puutteelliset tai epäselvät esi- ja taustatiedot potilaasta kasvattavat hoitovirheen riskiä erityisesti kiireellisissä tilanteissa. (Härkönen 2012, 56; Ilola ym. 2013.) Puutteita potilaasta raportoinnissa havaitaan muun muassa potilaan tunnistamisessa, lääkityksessä, vitaalielintoiminnoissa ja allergioissa. Puutteita raportoinnissa havaittiin myös kriittisistä potilaista annetuissa ennakoilmoituksissa. (Dawson ym. 2013, 402; Klim ym. 2015, 2237 - 2238, Mikkonen 2014, 9; Vainionperä 2012, 20, 28.)

Erityisesti monisairaiden ikääntyneiden oireet voivat olla epätyypillisiä ja epämääräisiä ja hoito- ja vanhainkodeista tuoduista kiireettömistä potilaista raportointi koetaan päivystyspoliklinikalla osittain puutteelliseksi (Mikkonen 2014, 24; Salminen-Tuomaala ym. 2015, 29). Kassean ja Jagoonin (2005), Andersonin ja Manginonin (2006), Fentonin (2006) ja McCloughenin ym. (2008) mukaan hoitajien raporteista puuttuu oleellista ja tärkeää tietoa sekä raporteja kuvaillaan pitkiksi, lääketieteeseen keskittyviksi ja jopa ritualistisiksi. Talbot ja Bleetman (2007), Wong ym. (2008) ja Iedema ym. (2012) suosittelevatkin raportoitavan informaation sisältöä minimaaliseksi ja tarkaksi. (Klim ym. 2015, 2235 - 2239.)

Ensihoitohenkilökunnan antaman raportin perusteella valittu toimintatapa päivystyspoliklinikalla on potilaasta annettuun raporttiin pohjautuen voinut ollut oikea ja se on tulkittu oikeelliseksi. Potilaan tilan realistinen arviointi ja tietojen kerääminen potilaasta voi olla haasteellista esimerkiksi potilaan terveydellisen tilan tai päihteiden käytön vuoksi (Salminen-Tuomaala ym. 2015, 29). Valittu toimintatapa päivystyspoliklinikalla ei välttämättä ole oikea silloin, kun potilastiedot ovat puutteellisia tai virheellisiä. (Helovuo ym. 2011, 90.)

7.1.2 Hoitohenkilökunnasta johtuvat tekijät

Raportointikulttuurissa hoitohenkilökunnan on päästävä eroon ajatusmallista, jossa hyvä raportti ja lyhyt raportti mielletään suoraan samaan yhteyteen. Raportoinnissa tulisi siirtyä käsitykseen, jossa interaktiivinen eli vuorovaikuttava raportti on hyvä raportti. (Eggins & Slade 2015, 198.) Kommunikaation ongelmien voidaan Friesenin (2007), Sandlinin (2007), Kinnusen ym. (2009) ja Brubacherin ym. (2011) mukaan todeta johtuvan hierarkioista, ammattiryhmien välisestä kunnioituksen puuttumisesta ja huonosta lähijohtamisesta (Dawson ym. 2013, 403; Mikkonen 2014, 16).

Raportin antamisessa sekä sen vastaanottokyvyssä on todettu olevan hoitohenkilökoh-
taisia eroja. Thakoren ja Morrisonin (2001), Bostin ym. (2010 & 2012), Jensenin ym.
(2013), Owenin (2009) mukaan päivystyspoliklinikan hoitajat ovat havainneet, että
ensihoitohenkilökunnan antaman raportin sisältö ja laatu vaihtelevat koulutustaustan,
tietopohjan ja kokemuksen mukaan. Owenin (2009) ja Bostin (2010) mukaan päivys-
tyspoliklinikan hoitajien koulutustausta, tietopohja ja kokemus vaikuttavat raportin
vastaanottokykyyn. Päivystyspoliklinikan hoitajat voivat aliarvioida potilaan tilaa en-
sihoitohenkilökunnan raportoidessa potilaasta, sekä kiinnostuksen puutetta saattaa
esiintyä kiireettömistä potilaista raportoitaessa. (Männikkö & Olkkonen 2013, 40;
Mikkonen 2014, 11; 30 - 43.) Päivystyspoliklinikan työntekijät myös kokevat työs-
kentelevänsä kuin ”viimeistä päivää”, sekä tiedonvälityksessä voi esiintyä ongelmia
sairaalan yksiköiden sekä työntekijöiden välillä. Osa työntekijöistä voi kokea epämiel-
lyttäväksi työskentelyn toisen yksikön työntekijöiden kanssa. Hoitohenkilökunnan
keskinäisten suhteiden voidaankin todeta vaikuttavan raportointitilanteisiin. (Dawson
ym. 2013, 396 - 403; Vainionperä 2012, 28, 38.)

Jenkinin ym. (2009), Bostin ym. (2012), Dawsonin ym. (2013) ja Jensenin ym. (2013)
mukaan viiveitä kriittisen potilaan hoidolle hoitotilassa voi aiheuttaa esimerkiksi lää-
kärin odottaminen, jolloin ensihoitohenkilökunnan antama raportti joudutaan toista-
maan useammin, kuin kerran. (Dawson ym. 2013, 401.) Tutkimusten mukaan hoito-
henkilökunta pystyy luomaan oman eli subjektiivisen käsityksen siitä, kuinka he ovat
toimineet potilaan luovutustilanteissa. Hoitohenkilökunnan keskuudessa puutteellisek-
si koetaan potilasturvallisuuteen ja hoidon jatkuvuuteen liittyvien ongelmien tunnis-
taminen. (Mikkonen 2014, 23 - 43.) Kommunikaatiotilanteista kerätyn tiedon vähyyttä

voidaan kuitenkin pitää ongelmana, minkä vuoksi raportointitilanteita ole voitu tarkastella objektiivisesti. (Eggins & Slade 2015, 197.)

7.1.3 Ympäristöstä johtuvat tekijät

Sairaalaympäristön on todettu rajoittavan tehokasta viestintää, mikä voi vaarantaa potilasturvallisuuden raportointitilanteessa. Ensihoitopalvelun työntekijöiden mukaan päivystyspoliklinikan päällekkäiset tehtävät haittaavat raportin antamista (Mikkonen 2014, 29). Raportoinnin häiriötekijöinä pidetään melua, kiirettä ja keskeytyksiä. Raportointitilanteen kaoottisuudesta voi aiheutua informaation epäluotettava siirtyminen vastaanottavalle hoitohenkilökunnalle. Optimaalisen hoitotiimin kokoaminen on potilasturvallisuuden edistämiseksi tärkeää, ja tiimin tulisi sietää päivystyspoliklinikan ympäristön häiriötekijöitä, jotka voivat vaikuttaa raportointiin. (Dawson ym. 2013, 396; Eggins & Slade 197 - 198; Klim ym. 2013, 2238 - 2239; Mikkonen 2014, 42; Vainionperä 2012, 38, 46.)

Riesenbergin ym. (2009) mukaan raportin keskeytykset ja raportointi potilaasta usealle eri taholle nostaa hoitajien kognitiivista kuormitusta sekä lisää hoitajien väsymystä (Drach-Zahavy & Shilman 2013, 138). Usealle eri tahoille raportoinnissa on esiintynyt myös potilastietojen katoamista tahojen välillä (Dawson ym. 2013, 401). Kriittisen potilaan hoito tapahtuu hoituhuoneessa usein samaan aikaan ensihoitopalvelun antaman raportin kanssa (Mikkonen 2014, 23 - 25, 40). Keskeytysten ja tilannekohtaisten olosuhteiden on todettu vaikuttavan hoitohenkilökunnan keskittymiskykyyn raportointitilanteessa ja olennaista tietoa potilaasta voi jäädä saamatta (Dawson ym. 2013, 396; Helovuori ym. 2011, 88 - 89).

Päivystyspoliklinikalla viiveet, joiden muodostuminen voi vaikuttaa kriittisen potilaan ennusteeseen negatiivisesti, vähentävät nopean toiminnan ja ennakoilmoituksen merkitystä kriittisissä tilanteissa (Dawson ym. 2013, 396 - 403; Mikkonen 2014, 23 - 40). Sundellin (2015, 1843) mukaan ennakoilmoitus annetaan päivystyspoliklinikalle useimmiten VIRVE-verkon tai matkapuhelimen välityksellä. Haasteelliseksi ennakoilmoituksen antamisen tekevät verkon käyttöympäristön katvealueet, jolloin kuulumus voi huonontua tai yhteys voi jopa katketa kokonaan (Virve ei hurmaa kaikkia 2008).

7.2 Mitä hyötyä on yhtenäistetystä ja strukturoidusta raportointimallista?

Päivystysympäristöissä koetaan, ettei raportointi ole systemaattista tai strukturoitua. Tarve strukturoidun raportointimallin käyttämiselle voidaan osoittaa. (Dawson ym. 2013, 401; Eggins & Slade 2015, 197 - 198; Klim ym. 2015, 2237 - 2241; Mikkonen 2014, 32.) Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2012) suosittelee Australiassa kansallisesti strukturoidun raportointimallin käyttöä potilaan luovutustilanteissa. WHO (2007) ja Australian Resuscitation Council suosittelevat ISBAR-raportointimallin käyttöönottoa maailmanlaajuisesti erityisesti potilaiden kohdalla, joiden tila on huonontumassa. ISBAR-raportointimallilla voidaan parantaa raportoinnin laatua ja helpottaa raportin vastaanottamista. (Dawson ym. 2013, 402 - 403; Mikkonen 2014, 44.) ISBAR-mallia tulisi käyttää sekä kirjallisessa että suullisessa raportoinnissa (Ilola ym. 2013). Yhtenäistetyn raportointimallin tehokkuutta ja käytännönläheisyyttä ei ole kuitenkaan voitu tarkasti arvioida, koska sen tehokkuutta ei ole tutkittu objektiivisesti tarpeeksi. (Eggins & Slade 2015, 197 - 198.)



KUVA 4. Yhtenäisen ja strukturoidun raportointimallin hyödyt (luku 7.2)

Ensihoitopalvelun työntekijät käyttivät ISBAR-mallia aina tai usein. Ensihoitopalvelun työntekijät saivat ISBAR-mallin käytöstä itseluottamusta potilasturvallisuuden lisääjänä, mutta päivystyspoliklinikalla työskentelevät hoitajat arvioivat kuitenkin itseluottamuksen lisääntymisen vähäiseksi. (Klim ym. 2015, 2238; Saastamoinen & Sipari 2015, 35, 45.) Mikkosen (2014) sekä Saastamoisen ja Siparin (2015) tutkimusten perusteella voidaan todeta, että ensihoidossa työskentelevät hoitajat käyttävät ISBAR-mallia huomattavasti useammin, kuin päivystyspoliklinikalla työskentelevät hoitajat,

vaikka malli tunnetaan myös päivystyspoliklinikalla. ISBAR-mallin avulla voidaan todistetusti kaventaa hoitohenkilökunnan kommunikaatio-ongelmiin liittyviä hierarkiaeroja (Dawson ym. 2013; 403).

Strukturoitu raportointimalli auttaa kertojaa oleellisen tiedon siirtämisessä sekä auttaa vastaanottajaa odottamaan oleellisen tiedon saamista. Raportointitilanteen vastavuoroisuudella ja välittömällä reagoinnilla virheisiin tai epäselvyyksiin voidaan puuttua heti, ja puuttuminen vaatii työryhmältä avoimuutta ja rohkeutta esittää kysymyksiä. (Eggins & Slade 2015, 198.) ISBAR-mallin avulla heikkenevät potilaat on myös helppompi tunnistaa (Dawson ym. 2013, 403). ISBAR-mallin hyödyt voidaan todistaa potilasturvallisuuden edistämiseksi ja tiedon siirtäminen on järjestelmällistä ja kattavaa (Ilola ym. 2013).

Eggins ja Slade (2015, 197) viittaavat tutkimuksessaan tutkimuksiin (Lau 2002, UK Department of Health 2013, McBrien ym. 2009, McCarthy ym. 2013, McMillan ym. 2013, Ekwall 2013, Perez ym. 2010, Nitza ym. 2012), joissa todetaan strukturoidun raportointimallin edistävän potilaan asettamista hoidon keskiöön, minkä johdosta potilastyytyväisyyden voidaan todeta paranevan. Potilaat kokevat raportointitilanteen mahdollisuutena vaikuttaa hoitoonsa sekä ymmärtävät saamansa diagnoosin (Drach-Zahavy & Shilman 2014, 142). Hoidon tarkoitus ymmärretään, sekä hoitomyönteisyys ja halukkuus osallistua hoitoon kasvavat. (Klim ym. 2013, 2240.)

7.3 Miten potilasturvallisuutta voidaan parantaa raportoinnissa?

Potilasturvallisuuden parantaminen raportoinnissa voidaan jakaa tutkitun aineiston perusteella primaarisiin ja sekundaarisiin tekijöihin. Primaaritekijöihin voidaan laskea potilasturvallisuuden parantaminen raportointitilanteissa ja sekundaaritekijöihin simulaatioharjoittelu sekä potilasturvallisuuteen ja hoidon jatkuvuuteen liittyvien riskien tunnistaminen.

Primaaritekijät	Sekundaaritekijät
<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan oireiden huolellinen kartoittaminen • Järjestelmällinen raportointi (strukturoidun raportointimallin käyttö) • Lyhyt koulutus • Kirjallisen dokumentin tarkastelu • Häiriöttömyys • Tarkistuslistan käyttö • Aktiivinen vuorovaikutus 	<ul style="list-style-type: none"> • Koulutus • Simulaatio-oppiminen • Potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuteen liittyvien riskien tunnistaminen

KUVA 5. Potilasturvallisuutta raportoinnissa parantavat primaari- ja sekundaaritekijät (luku 7.3)

Primaaritekijät

Raportointitilanteiden parantaminen voidaan laskea primaaritekijäksi potilasturvallisuuden edistämiseksi. Potilaan fyysisten oireiden huolellinen kartoittaminen lisää potilasturvallisuutta (Salminen-Tuomaala ym. 2015, 27). Raportointitilanteissa hoitajat kokevat kirjallisen dokumentin tarkastelun tukevan suullista raportointia. Myös raportoinnin tarkistuslistaa pidetään työkaluna raportointitilanteiden parantamisessa, sekä raportin aktiivisen kuuntelun ja vastaanottavan non-verbaalisen viestinnän voidaan todeta parantavan potilasturvallisuutta raportoinnissa. (Dawson ym. 2013, 396 - 402; Klim ym. 2013, 2235 - 2239.) On todettu, että kahden tunnin koulutuksella voidaan edistää strukturoidun raportointimallin käyttöä, sekä hoitohenkilökunta kokee tarvetta koulutukselle (Dawson ym. 2013, 402; Eggins & Slade 2015, 197 - 198).

Raportointiympäristö tulisi varmistaa häiriöttömäksi informaation oikeellisen siirtymisen turvaamiseksi, ja Iedeman ym. (2009) mukaan kiireinen ympäristö ja häiriötekijät ovat johtaneet jopa päivystyspoliklinikoiden uudelleen suunnitteluun (Klim ym. 2013, 2239; Mikkonen 2014; 42). Toistamalla määräykset ja hoito-ohjeet ääneen vältetään väärinymmärryksiltä ja virheiltä. Henkilökunnan puutteet strukturoidun raportointimallin hyödyntämiseen voivat johtua tiedon tai koulutuksen puutteesta. Yhtenäisellä ja strukturoidulla raportointimallilla voidaan kerätä tarvittavat tiedot potilaasta ja tiedot pystytään raportoimaan järjestelmällisesti eteenpäin. Tämä auttaa raportin vastaanottajaa kiinnittämään huomion puuttuvaan informaatioon. (Dawson ym. 2013;

402; Eggins & Slade 2015, 197 - 198; Helovuo ym. 2011, 72 - 73, 77; Vainionperä 2012, 16.)

Sekundaaritekijät

Hoitohenkilökunnan vuorovaikutus-, kommunikaatio- ja tiimityötaitoja voidaan parantaa simulaatio-oppimisella, joka on todistetusti tehokkain tapa parantaa ryhmän toimintaa. Ei-tekniset taidot tulisi sisällyttää kaikkiin simulaatioharjoituksiin, jolloin kommunikointia, vuorovaikutusta, keskinäistä kunnioitusta, päätöksentekoa ja tilan-teenhallintaa voidaan hoitohenkilökunnan keskuudessa parantaa. Endacottin ym. (2012) sekä Parekhin ja Thorpen (2012) mukaan simulaatio-oppimisella tarkoitetaan todellisuuden jäljittelyä sekä yksittäisen tai yhtenäisen asiakokonaisuuden tai sen osan simulointia mahdollisimman aidossa ympäristössä (Salonen 2013, 11). Ryhmäsimu-laatioharjoittelua tulisi päivystyspoliklinikan työntekijöiden mukaan olla useammin. (Dawson ym. 2013, 403; Kupiainen 2013, 29 - 34). Rosqvistin ja Lauritsalon (2013) mukaan Suomen oloissa kriittisten potilaiden määrä on arvioitu riittämättömäksi traumatiimin toimintavarmuuden ylläpitämiseksi, minkä vuoksi tarvitaan erillistä harjoittelua. (Hoppu ym. 2014, 1745 - 1746; Kupiainen 2013, 49; Mikkonen 2014, 10, Salonen 2013, 19 - 47.)

Chaboyerin ym. (2007), Jeffcottin ym. (2008), Kianmehrin ym. (2015, 87) ja Maailman terveysjärjestön (2007) mukaan toimiva tiimityö ja kommunikaation paraneminen ovat edistäviä tekijöitä potilasturvallisuudelle (Dawson ym. 2013, 402; Sundell 2015, 1843 - 1844). Simulaatioharjoittelut ovat todistaneet, että toistamalla määräykset, pyynnöt ja hoito-ohjeet ääneen voidaan raportointitilanteissa välttyä väärinymmärryksiltä ja virheiltä. Pyyntöjen ja hoito-ohjeiden toistamista sekä kuittaamista tulisi hoitohenkilökunnan keskuudessa kehittää. (Hoppu ym. 2014, 1745 - 1746; Eggins & Slade 2015; Helovuo ym. 2011; Kupiainen 2013, 49 - 79; Salonen 2013, 19, 46 - 47; Vainionperä 2012, 43 - 48.) Parhaaseen lopputulokseen tiimityössä Castrénin ym. (2009, 45) ja Hopun ym. (2014, 1744) mukaan päästään, kun tiimin jäsenet pysyttävät omassa työnjaossaan ja ovat varautuneet omiin tehtäviinsä. Tiimityöskentelyssä tulee kuitenkin muistaa, että oppiva vuorovaikutus edellyttää tiimin osapuolten tehokasta ja avointa viestintää (Mäkisalo-Ropponen 2011, 100).

Toiseksi sekundaarisesti tekijäksi potilasturvallisuuden parantamiseksi nousee potilasturvallisuuteen ja hoidon jatkuvuuteen liittyvien riskien tunnistaminen. Vainionperän (2012, 16, 31, 46 - 47) mukaan päivystyspoliklinikalla työskentelevistä noin neljäsosa koki päivystyspoliklinikalla olevan potilasturvallisuuteen liittyviä riskejä. Yli kaksi kolmasosaa koki sen olevan sattumaa, ettei työyksikössä satu vakavia virheitä. Vaaratapahtumista raportointi tapahtui yli puolen mukaan harvoin tai ei koskaan, mikäli potilaalle olisi voinut aiheutua haitta virheen tapahtuessa. Brubacherin ym. (2011) mukaan alle puolet akuutti- ja päivystysympäristöjen vaaratapahtumista raportoidaan. Snellmanin (2008) mukaan potilasturvallisuuskulttuurin vahvistamisella voidaan vähentää hoitoon liittyviä riskejä ja ehkäistä potilaalle hoidon aikana aiheutuvia haittoja, sekä virheistä oppiminen on edellytys potilasturvallisuuden parantamiselle. Pattersonin ym. (2010) mukaan potilasturvallisuusilmapiirit vaihtelevat alueittain ja osastoitain. (Vainionperä 2012, 8 - 19.)

Vaaratapahtumailmoitusten tekoon annettava perehdytys uusille työntekijöille ja opiskelijoille koetaan riittämättömäksi. Hoitajat kokevat itseensä kohdistettuja rangaistuksia tai syytöksiä vaaratapahtumailmoitusten tekemiseen liittyen, mikä voi toimia esteenä potilasturvallisuutta edistävän tiedon käyttämiselle ja mikä voi ilmetä ilmoitusten tekemättä jättämisenä. Tekemättä jättämiseen voi vaikuttaa myös kiireinen ympäristö, jonka seurauksena ilmoituksen tekeminen voi unohtua. Vaaratapahtumia ja potilasturvallisuutta vaarantavia asioita nostetaan esille säännöllisesti hoitohenkilökunnan keskuudessa ja niitä käsitellään työyksikössä, mutta vaaratapahtumia ei uskalleta tuoda työntekijätasolla henkilökohtaisesti esimiehille ilmi. (Sarste 2012, 30 - 36; Vainionperä 2012, 46 - 48.)

Potilasturvallisuuteen ja hoidon jatkuvuuteen liittyvien ongelmien tunnistamista hoitohenkilökunnan keskuudessa tulee kehittää, jotta ongelmiin pystytään puuttumaan (Kianmehr ym. 2015, 91; Mikkonen 2014, 44; Salminen-Tuomaala ym. 2015, 31). Näin voidaan ehkäistä raportointiin liittyviä vaaratapahtumia ja läheltä piti -tilanteita. Vaaratapahtumista raportointi tulisi tehdä helpoksi ja vaivattomaksi, jolloin vaaratapahtumista raportointi lisääntyisi. Virheellisiä toimintatapoja voidaan teytyjen vaaratapahtumailmoitusten perusteella tunnistaa ja huomioida ennaltaehkäisevästi. Hoitohenkilökunnan yhteisellä tavoitteella voidaan muuttaa virheellisiä toimintatapoja ja parantaa potilasturvallisuutta, sekä erityisesti ilmoitusten läpikäyminen yhdessä koet-

tiin hyväksi keinoksi potilasturvallisuuden edistämiseksi. (Eggins & Slade 2013, 198; Vainionperä 2012, 16, 45 - 48; Sarste 2012, 35 - 37.)

8 POHDINTA

Kirjallisuuskatsausmuotoisen opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä olivat seuraavat: 1) Millaisia potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä raportointiin liittyy? 2) Mitä hyötyä on yhtenäistetyistä ja strukturoidusta raportointimallista? 3) Miten potilasturvallisuutta voidaan parantaa raportoinnissa? Raportin alaluvuissa tarkastellaan tutkimustuloksia, opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta pohditaan, sekä opinnäytetyön prosessi käydään läpi. Pohdin omaa ammatillista kehittymistäni, sekä esittelen aiheeseen liittyviä jatkokehittämiskohteita.

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja omat johtopäätökset

Potilasturvallisuuteen vaikuttavat tekijät raportoinnissa pystyttiin jakamaan raportin sisällöstä johtuviin tekijöihin, hoitohenkilökunnasta johtuviin tekijöihin ja ympäristöstä johtuviin tekijöihin. **Raportin sisällöstä johtuvat tekijät** jakautuivat puutteellisiin tai epäselviin esi- ja taustatietoihin potilaasta sekä puutteelliseen raportin sisältöön (Dawson ym. 2013; Klim ym. 2015; Mikkonen 2014; Salminen-Tuomaala ym. 2015; Vainionperä 2012). Voidaan todeta, että raportin epäselvät ja epätarkat tiedot potilaasta kasvattavat potilasturvallisuusriskiä (Dawson ym. 2013; Mikkonen 2014; Vainionperä 2012; Ilola ym. 2013). Helovuon ym. (2011) toteavat epäselvien ja epätarkkojen potilastietojen kasvattavan potilasturvallisuusriskejä, sekä ne voivat johtaa väärin päätöksiin potilaan hoitoa koskien.

Hoitohenkilökunnasta johtuvat tekijät raportoinnissa voidaan jakaa kommunikaation ongelmiin, hoitohenkilöstön henkilökohtaisiin eroihin, tiedon ja koulutuksen puutteeseen, sekä hoitohenkilökunnan välisiin keskinäisiin suhteisiin (Dawson ym. 2013; Eggins & Slade 2015; Mikkonen 2014; Saastamoinen & Sipari 2015). Tästä voidaan siis päätellä, että huono työilmapiiri ja henkilökunnan keskeiset ristiriidat voivat vaikuttaa raportointitilanteisiin negatiivisesti. Myös sairaalaympäristön on todettu rajoittavan tehokasta viestintää ja laadukasta tiedonkulkua, mikä voi vaarantaa potilasturvallisuuden potilaan luovutustilanteessa, jossa potilaasta raportoidaan (Dawson ym.

2013; Eggins & Slade 2015; Klim ym. 2015; Mikkonen 2014; Sundell ym. 2015; Vainionperä 2012).

Ympäristöstä johtuvina tekijöinä potilasturvallisuutta heikentävinä tekijöinä voidaan pitää melua, kiirettä, keskeytyksiä, viiveitä ja päällekkäisiä tehtäviä, kuten potilaan hoitamista raportoinnin aikana (Dawson ym. 2013; Ilola ym. 2013; Klim ym. 2013; Mikkonen 2014). Ennakoilmoituksen antamisen häiriötekijänä voidaan pitää myös katvealueita (Virve ei hurmaa kaikkia 2008).

Tarve yhtenäisen ja strukturoidun raportointimallin käyttöön ottamiselle voidaan osoittaa, sillä potilaasta raportointi on ollut puutteellista (Dawson ym. 2013; Klim ym. 2015; Mikkonen 2014; Vainionperä 2012). Strukturoidun raportointimallin **hyödyt** näkyvät potilasturvallisuuden paranemisena, potilastyytyväisyyden paranemisena, hoitohenkilökunnan itseluottamuksen lisääntymisenä potilasturvallisuuden parantamisen ja kognitiivisen tiedonkäsittelyn osalta (Aaltonen & Rosenberg 2015; Dawson ym. 2013; Eggins & Slade 2015; Helovuo ym. 2011; Kianmehr ym. 2015; Klim ym. 2015; Mikkonen 2014; Mustajoki ym. 2014). Sen avulla voidaan vähentää ulkomuistista raportointia, joka ehkäisee potilasturvallisuutta (Dawson ym. 2013; Aaltonen & Rosenberg 2015; Helovuo ym. 2011; Ilola ym. 2013). Strukturoitu raportointimalli toimii raportoinnin tarkistuslistana ja työkaluna, mutta vaatii hoitohenkilökunnan perehdyttämistä ja kouluttamista sen käyttöön (Dawson ym. 2013; Klim ym. 2015; Kuisma ym. 2015; Ilola ym. 2013; Mikkonen 2014).

Potilasturvallisuuden parantaminen raportoinnin kannalta voidaan jakaa primaareihin ja sekundaarisiin tekijöihin. **Primaaritekijät** liittyvät raportointitilanteisiin, joissa häiriötön ympäristö, potilaan fyysisten oireiden huolellinen kartoittaminen, kirjallisen dokumentin tarkastelu suullisen raportin aikana, tarkistuslistan käyttäminen, aktiivinen kuuntelu ja non-verbaalinen vuorovaikutus nousivat potilasturvallisuutta ja vuorovaikutusta parantavina tekijöinä raportoinnissa (Dawson ym. 2013; Klim ym. 2013; Mikkonen 2014; Salminen-Tuomaala ym. 2015).

Kahden tunnin koulutuksella voidaan edistää strukturoidun raportointimallin käyttöä, jolla voidaan kerätä tarvittavat tiedot potilaasta ja raportoida ne järjestelmällisesti eteenpäin auttaen raportin vastaanottajaa kiinnittämään huomion puuttuvaan informaatioon. Toistamalla raportissa ilmenneet määräykset ja hoito-ohjeet ääneen voidaan

välttyä virheiltä ja väärinymmärryksiltä. (Dawson ym. 2013; Eggins & Slade 2015; Helovuo ym. 2011; Vainionperä 2012.)

Sekundaaritekijöihin voidaan lukea koulutus, simulaatio-oppiminen ja potilasturvallisuuteen ja hoidon jatkuvuuteen liittyvien riskien tunnistaminen. On vaikea jakaa, kuuluuko koulutus raportointiin liittyen primaareihin vai sekundaarisiin tekijöihin koulutuksen laajuutta ajatellen. Simulaatioharjoittelu on tutkitusti tehokas tapa parantaa ryhmän toimintaa, hoitohenkilökunnan keskinäistä kunnioitusta, kommunikaatio- ja vuorovaikutustaitoja, sekä tiimityön sujuvuutta. (Dawson ym. 2013; Hoppu ym. 2014; Kupiainen 2013; Salonen 2013; Sundell ym. 2015.) Sekundaarisiin tekijöihin lukeutuivat potilasturvallisuuteen ja hoidon jatkuvuuteen liittyvien riskien tunnistaminen, jota edistää vaaratapahtumista raportointi. Potilasturvallisuutta ehkäisevinä tekijöinä vaaratapahtumista raportoinnissa pidetään syyllistävää ilmapiiriä, asioiden salailua ja sivuuttamista (Aaltonen & Rosenberg 2015; Sarste 2012; Vainionperä 2012). Potilasturvallisuutta voidaan parantaa kehittämällä potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuteen liittyvien ongelmien tunnistamista hoitohenkilökunnan keskuudessa, jotta ongelmiin, virheisiin ja väriin toimintatapoihin voidaan puuttua ja niistä voidaan raportoida ajoissa (Kianmehr ym. 2015; Mikkonen 2014; Salminen-Tuomaala ym. 2015; Sarste 2014).

Omat johtopäätökset

1. Raportointiympäristö tulisi järjestää häiriöttömäksi oikeellisen informaation siirtymisen turvaamiseksi.
2. ISBAR-raportointimallin käyttö tulisi jalkauttaa päivittäiseen käyttöön potilasturvallisuuden lisäämiseksi.
3. ISBAR-raportointimalli toimii raportoinnin tarkistuslistana ja työkaluna lisäten potilasturvallisuutta riippumatta henkilökunnan vireystilasta.
4. Simulaatioharjoittelua tulisi lisätä henkilökunnan keskinäisen vuorovaikutuksen ja suhteiden parantamiseksi.
5. Hoitohenkilökunnan kykyä tunnistaa potilaan hoidon jatkuvuuteen ja potilasturvallisuuteen liittyviä riskejä tulee kehittää vaaratapahtumista raportoinnin avulla.
6. Raportointitilanteita tulisi tutkia enemmän, jotta raportointia voidaan kehittää.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Hyödynsin Mikkelin ammattikorkeakoulun kampuskirjaston informaattikkoa aineistönhakuvaiheessa. Hakusanat ja opinnäytetyön keskeiset käsitteet tarkastettiin Yleisessä suomalaisesta asiasanastosta. Tutkimusaineiston luotettavuutta lisäävät pro gradu -tasoiset tutkimukset, sekä aineistoon valittujen tutkimusartikkelien julkaisut arvostetuissa tieteellisissä lehdissä. Poikkeuksena lähdeaineistoon valituista tutkimuksista voidaan mainita AMK-tasoiset opinnäytetyöt, joiden valintaperusteena käytettiin informaatiota tukemaan valitun tutkimusaineiston tuloksia. AMK-tasoisien opinnäytetöiden kohdalla aineiston kriittistä arviointia korostettiin, koska laadun vaihtelun välillä oli runsasta. AMK-tasoiset opinnäytetyöt voivat heikentää opinnäytetyön luotettavuutta.

Englanninkielisissä tutkimuksissa haasteita tuotti haastava sanasto, jonka suomentamiseen kului paljon aikaa. Apuna aineiston kääntämisessä käytettiin MOT-sanakirjaa. Aineiston suomentaminen tuotti tulosta, ja aineistosta saatiin erinomaista materiaalia opinnäytetyöhön. En koe aineiston vieraskielisyyden vaikuttaneen tutkimuksen luotettavuuteen. Kirjallisuuskatsaukseen valittua aineistoa keskustelutettiin aktiivisesti keskenään ja tutkimustietoa vertailtiin. Tutkimustulosten vertailu ja yhtenevät tulokset sisällönanalyysissä parantavat opinnäytetyön luotettavuutta.

Toisen henkilön jatkuva kriittinen arviointi puuttui tästä opinnäytetyöprosessista. Jos opinnäytetyö olisi toteutettu ryhmässä tai parityönä, tekstin muokkaaminen olisi ollut helpompaa kehittämisideoiden kautta. Subjektiivisuuden vuoksi pyrin luetuttamaan tekstiäni ulkopuolisilla säännöllisin väliajoin saadakseni objektiivista näkökulmaa kirjoitusasuun ja sisältöön, joka taas parantaa luotettavuutta. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 198) mainitsevat, että kvalitatiivista tutkimusta yksin tehdessään tutkija voi tulla sokeaksi omalle tutkimukselleen, mikä voi mielestäni heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Pyrin opinnäytetyötä tehdessäni tarkastelemaan aihetta monesta näkökulmasta, enkä usko, että subjektiivisuus heikentää tekemisen kannalta opinnäytetyön luotettavuutta.

Ulkomailla tehdyt tutkimukset eivät ole suoraan sovellettavista Suomessa vallitseviin terveydenhuollon olosuhteisiin, joka voidaan lukea opinnäytetyön luotettavuutta laskeviin tekijöihin. Yksi valittu tutkimus oli tehty Iranissa, jossa terveydenhuollossa

vallitsevat olot voivat olla hyvinkin erilaiset kuin Suomessa. Aineistoon valituista tutkimuksista täytyi poimia Suomen olosuhteisiin soveltuvaa tietoa.

Opinnäytetyössäni olen välttänyt plagiointia. Plagioinnilla tarkoitetaan tekstin tai materiaalin luvaton lainaamista eli toisen henkilön kirjoittaman tiedon käyttöä omalla nimellä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 173). Tämä lisää opinnäytetyön eettisyyttä. Eettisyyttä lisäävänä tekijänä voidaan pitää kirjallisuuskatsauksen tekemisessä käytettyä metodiikkaa. Induktiivisella sisällönanalyysillä ei saada tietoa tarkalleen valittuihin tutkimuksiin osallistuneista henkilöistä ja anonyymiteetti säilyy ehdottomana.

Eettisestä näkökulmasta eettisyyttä lisäävänä tekijänä pidän opinnäytetyön aiheen tärkeyttä potilasturvallisuuden kehittäjänä hoitotyössä. Aihe on tärkeä, koska kommunikaatioon, tiedonsiirtoon ja -hallintaan liittyvät riskit liittyvät voimakkaasti potilasturvallisuuteen, ja se ilmenee Etelä-Savon sairaanhoitopiirin vuoden 2015 vaaratapahtumaraporttien määrästä. Olen pyrkinyt opinnäytetyön tekemisessä huolellisuuteen ja tarkkuuteen enkä ole muokannut saatuja tuloksia, vaan ne on esitetty rehellisesti ja asianmukaisesti.

8.3 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön prosessi oli haastava, mutta palkitseva. Päätös opinnäytetyön tekemisestä yksin antoi vapautta, mutta asetti rajoja. Yksin tekemisessä aikatauluttaminen oli positiivinen puoli, mutta aiheen rajaaminen yhdelle ihmiselle sopivan laajuiseksi tuotti ajoittain ongelmia. Välillä tuntui, että opinnäytetyön aihealue paisui liian suureksi, jolloin aihetta tuli rajata. Mielessä tuli pitää, että laadukas teksti oleellisine asioineen on hyvä tuotos.

Mielenkiinto aihetta kohtaan heräsi tehtyäni harjoittelun ensihoitopalvelussa ja oltuani työelämässä sairaalassa. Aiheen valinnan perusteluna myös on, että harjoittelujaksoilla ja työelämässä tekemiäni havaintojeni perusteella strukturoitua ja yhtenäistettyyn raportointiin, kommunikointiin ja potilasturvallisuuteen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Useat hoitajat yrittävät niin sanotusti kieltäytyä suullisesta raportista verukkeella, että he ovat jo lukeneet potilaasta. Osassa paikoista on kuitenkin siirrytty hil-

jaisiin raportteihin, mikä on ymmärrettävää. Potilaasta kuitenkin tulisi raportoida sekä suullisesti että kirjallisesti, kun potilas siirtyy yksiköstä toiseen.

Tutkijat valitsevat aihepiirin ennen aineiston keräämistä, minkä jälkeen tulee pohtia tutkimusmetodia. Kirjallisuuden lukeminen ja aineiston keruu tehdään seuraavana, minkä jälkeen aineistoa analysoidaan. Kirjoittaminen aloitetaan aineistonanalyysin jälkeen. Pattonin (1980) ja Alasuutarin (1993) mukaan tutkimus ei yleensä etene suoraviivaisesti vaan ajallisesti vaihtelevassa järjestyksessä. Subjektiiivista eli yhdestä näkökulmasta tehtyä tiedonhankintaa pyrittiin välttämään, koska sillä voidaan estää monipuolinen tiedonhankinta. (Hirsjärvi ym. 2009, 14; 19.)

Opinnäytetyön ideapaperi oli valmis helmikuussa 2016, opinnäytetyölle saatiin ohjaava opettaja ja se esiteltiin opettajalle. Ohjauskeskustelu käytiin opinnäytetyön toteuttamistavasta, tiedonhaun aloituksesta, sekä opinnäytetyöhön liittyvästä materiaalista, kuten opinnäytetyökortista. Tämän jälkeen etsittiin optimaaliset tietokannat aineistonhakuun. Suunnitelman tuli alkuperäisen ideapaperin mukaan olla valmis jo keväällä 2016, mutta olosuhteiden muutoksen vuoksi suunnitelman teko ja esittäminen siirtyivät myöhempään ajankohtaan. Kesällä 2016 opinnäytetyöhön etsittiin aineistoa.

Aineistonhakuprosessi osoittautui haastavaksi, koska aiheesta löytyi vähän kotimaista tutkimustietoa. Englanninkielisiä tutkimuksia löytyi määrällisesti valituilla hakusanoilla enemmän, ja ne olivat spesifimpiä opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ajatellen. Valittujen tietokantojen hyödyntäminen oli helppoa, koska ne olivat tuttuja aikaisempien koulutehtävien kautta. Hakusanat aineiston keräämiselle oli helppo määritellä kampuskirjaston informaation pitämien luennon ja tapaamisen pohjalta.

Työelämäohjaajan tapaamisesta lähtien opinnäytetyön kirjoittamiseen löytyi punainen lanka. Syyskuussa 2016 olin sähköpostitse yhteydessä yhteispäivystyksen osastonhoitajan kanssa, jolta sain opinnäytetyölle toimeksiantajan ja työelämäohjaajan. Esittelin opinnäytetyön keskeisimmät tutkimuskysymykset, sekä esitin halukkuuteni ottaa vastaan toiveita toimeksiantajalta opinnäytetyötä koskien. Tapasimme ja kirjoitimme sopimuksen opinnäytetyön tekemisestä sekä keskustelimme jatkokehittämisideoista opinnäytetyöhön liittyen. Tulimme yhteisymmärrykseen opinnäytetyön tutkimuskysymyksistä ja näkemyksemme kirjallisuuskatsauksen aiheesta olivat yhteneviä. Läh-

dekirjallisuuteen ja tutkimusaineistoon perehtyminen muokkasi ja ohjasi osittain tutkimuskysymysten asettelua ja ohjasi opinnäytetyön tekemistä lopulliseen suuntaan.

Opinnäytetyön suunnitelman kirjoittaminen alkoi syksyllä 2016, jolloin tiedonhaku toistettiin. Olin sähköpostitse yhteydessä ohjaavaan opettajaan ja tapasimme kerran suunnitelman tekovaiheessa. Suunnitelman ohjaus koostui tiedonhankinnan ohjauksesta, opinnäytetyön aikataulusta ja toteutussuunnitelman laatimisesta. Keskustelua käytiin myös opinnäytetyön esittämisestä Mikkelin keskussairaalan yhteispäivystyksessä osastotunnilla. Yhteydenpito toimeksiantajan kanssa tapahtui opinnäytetyön prosessin ajan sähköpostitse.

Opinnäytetyön suunnitelma valmistui syyskuussa 2016 ja esitettiin lokakuussa 2016. Opinnäytetyön suunnitelmasta tehtiin PowerPoint-esitys. Ennen suunnitelman esittämistä osallistuin terveysalan opinnäytetyön suunnitelman esityksen. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi tehtiin lokakuussa 2016, sekä opinnäytetyötä kirjoitettiin aktiivisesti lokakuussa 2016. Opinnäytetyön tekoa helpottivat ohjaavan opettajan tapaamiset ja yhteys työelämäohjaajan kanssa, koska kävimme säännöllisesti läpi kehitysideoita opinnäytetyötä koskien. Sain heiltä rakentavaa palautetta opinnäytetyön sisältöä ja ulkoasua koskien. Mikkelin ammattikorkeakoulun raportointiohje toimi hyvänä työkaluna opinnäytetyön prosessissa. Raportointiohjeesta pystyi tarkistamaan kirjoittamiseen liittyvät asiat, mikäli epäselvyyksiä ilmeni. Erityisenä tukena opinnäytetyön tekemiselle pidän ohjaavan opettajan tapaamisia, joista sain kannustusta opinnäytetyön tekemiseen. Ajoittain raportin kirjoittaminen tuntui jämähtäneen paikoilleen. Tapaamisten jälkeen sain realistisen kuvan omasta etenemisestäni opinnäytetyön suhteen ja ”usko” opinnäytetyön tekemistä kohtaan palasi. Opinnäytetyön rakenne on muuttunut useaan otteeseen ennen lopullisen työn julkaisua ja koin sen hyödylliseksi, koska pystyin vertaamaan ja punnitsemaan omalle opinnäytetyölle sopivaa ulkoasua ja tekstin jäsentelyä.

Opinnäytetyö esitettiin Mikkelin ammattikorkeakoululla joulukuussa 2016. Yhteispäivystyksen osastotunnit ovat loppuvuodelta 2016 täynnä, joten opinnäytetyö esitellään Mikkelin keskussairaalan yhteispäivystyksen osastotunnilla 17.1.2017.

8.4 Ammatillinen kasvu ja jatkokehittämiskohteet

Aiheen valinta oli mielestäni hyvä ja ajankohtainen. Keskusteltua opinnäytetyön aiheesta käytiin sairaanhoitajaopiskelijoiden, työelämässä olevien hoitajien ja jopa opettajieni kanssa, ja olen saanut heiltä kannustavaa palautetta. Eräs hoitotyön opettaja totesi: ”Vieläkö siitä raportoinnista keskustellaan?” Aihe tuntuu olevan melko ajaton ja keskustelua herättävä. Ammatillista kasvua, sekä tiedonhaun ja kirjoittamisen taitojen kehittymistä tapahtui opinnäytetyön prosessin ajan, sekä kirjallisuuskatsauksen tekemisen prosessi tuli tutuksi. Ymmärrys opinnäytetyön aihetta kohtaan kasvoi. Ammatilliseen kasvuun opinnäytetyön tekemisessä vaikuttivat oma kiinnostus aihetta kohtaan, sekä halu potilasturvallisen työn kehittämiseen. ISBAR-mallin käyttöä raportoinnissa harjoitellaan sairaanhoitajakoulutuksen aikana, mutta tekemäni havainnot työelämässä ja harjoitteluissa antavat myös käsitystä siitä, ettei ISBAR-raportointimalli ole jalkautunut päivittäiseen työhön, sitä ei käytetä, tai sitä ei tunneta sairaalassa.

Opinnäytetyötä voivat hyödyntää ensihoidossa päivystyksessä työskentelevät sekä terveydenhuoltoalan opiskelijat. Toivon, että opinnäytetyö tarjoaa uusia näkökulmia ensihoidossa ja päivystyspoliklinikoilla työskenteleville sekä antaa hoitotyön kehittämiseen liittyviä ajatuksia raportointia ja potilasturvallisuutta koskien. Kotimaisen tutkimustiedon vähyys osoittaa tarpeen raportointiin ja potilasturvallisuuteen liittyville lisätutkimuksille, jotka on kohdennettu ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan hoitohenkilökunnan väliseen raportointiin. Jatkokehittämiskohteita opinnäytetyölle ovat Mikkelin keskussairaalan yhteispäivystyksen ennakoilmoituskaavakkeen soveltaminen ennakoilmoitukseen sopivaksi, kun ennakoilmoitus annetaan ISBAR-mallin avulla. Ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välille voitaisiin kehittää yhteinen tarkistuslista ennakoilmoituksen antamiseen. Ensihoitopalvelun raportointia päivystyspoliklinikalla voisi tutkia havainnoimalla raportointitilanteita konkreettisesti.

LÄHTEET

Aaltonen, Leena-Maija & Rosenberg, Per 2015. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. E-kirja. <http://www.oppiportti.fi/op/ptp00001/do>. Päivitetty 2016. Luettu 25.11.2016.

Castrén, Maaret, Aalto, Sakari, Rantala, Elina, Sopanen, Pertti & Westergård, Airi 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOYpro Oy.

Dawson, Sarah, King, Lindy & Grantham, Hugh 2013. Review article: Improving the hospital handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emergency Medicine Australasia* 5/2013, 393 - 405.

Drach-Zahavv, Anat & Shilman, Olga 2014. Patients' participation during a nursing handover: the role of handover characteristics and patients' personal traits. *Journal of Advanced Nursing* 71, 136 - 147.

Ensihoito 2016. Sosiaali- ja terveysministeriö. WWW-dokumentti. <http://stm.fi/ensihoito>. Päivitetty 25.11.2016. Luettu 25.11.2016.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2015. Sairaanhoitotoiminnan arviointiraportti 2015. PDF-dokumentti. <http://www.esshp.fi/wp-content/uploads/sites/2/2016/01/Sairaanhoitotoiminnan-arviointiraportti-2015.pdf>. 23.3.2016. Luettu 25.11.2016.

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä 2016a. Päivystys. WWW-dokumentti. <http://www.esshp.fi/asiakkaalle/palvelut/paivystys/>. Päivitetty 23.8.2016. Luettu 24.11.2016.

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä 2016b. Sairaansijat. WWW-dokumentti. <http://www.esshp.fi/tietoa-meista/tilastot-ja-raportit/muut-tilastot/sairaansijat/>. Päivitetty 10.5.2016. Luettu 24.11.2016.

HaiPro:n kehittämisen ohjausryhmän kokous 2009. HaiPro – Vaaratapahtumien raportointi. Kokousmuistio 19.2.2009. PDF-dokumentti. http://www.haiopro.fi/aineisto/haiopro_ohry_kokousmuistio_060209.pdf. Päivitetty 19.2.2009. Luettu 25.11.2016.

Helovuo, Arto, Kinnunen, Marina, Peltomaa, Karoliina & Pennanen, Pirjo 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hoppu, Sanna, Niemi-Murola, Leila & Handolin, Lauri 2015. Simulaatiokoulutus potilasturvallisuuden parantajana. *Duodecim* 17, 1744 - 1748. PDF-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/xmedia/duo/duo11821.pdf>. Päivitetty 4.9.2014. Luettu 25.11.2016.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Porvoo: Bookwell Oy.

Härkönen, Mikko 2012. Potilasturvallisuus tulee näkyväksi vaaratapahtumailmoituksissa. Pro Gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos.

PDF-dokumentti. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120463/urn_nbn_fi_uef-20120463.pdf. Päivitetty 12.5.2012. Luettu 25.11.2016.

Iloa, Tiina, Hoikka, Arja, Heikkinen, Katja, Honkanen, Riitta & Katomaa, Johanna 2013. Anestesiahoitotyön käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. E-kirja. <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/dtk/shk/koti>. Päivitetty 29.3.2013. Luettu 25.11.2016.

Jänne, Juhani 2005. Tieteellisen kirjoittamisen opas. Kuopio: Offset L. Tuovinen Ky. PDF-dokumentti. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-781-478-x/urn_isbn_951-781-478-X.pdf. Päivitetty 23.2.2005. Luettu 25.11.2016.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Klim, Sharon, Kelly, Ann-Maree, Kerr, Debra, Wood, Sallie & McCann, Terence 2013. Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualised and systemic approach. *Journal of Clinical Nursing* 22, 2233 - 2243.

Kuisma, Markku, Holmström, Peter, Nurmi, Jouni, Porthan, Kari & Jääskeläinen, Tuomas 2015. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kuntaliitto 2014. Selvitys sairaanhoitopiirien ensihoidosta. Excel-dokumentti. http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tilastot/soster/ensihoidoselvitys/Documents/Ensihoitoselvitys_14102014.xls Ei päivitystietoja. Luettu 24.11.2016.

Kupari, Petra 2012. ISBAR-menetelmä – tiedonkulun turvaaminen potilaasta raportoitessa / konsultoitessa. PowerPoint-esitys. <https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnontiedostot/primarvardsenheten/isbar-menetelma-kupari.pdf>. Päivitetty 4.1.2016. Luettu 25.11.2016.

Malmström, Raija, Kiura, Eva, Malmström, Tomi, Torkki, Paulus & Mäkelä, Marjuka 2012. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut erilaiset Ruotsissa kuin Suomessa. *Suomen Lääkärilehti* 9, 699 - 703.

Mikkonen, Sami 2014. Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö. Pro Gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96030/GRADU-1409307065.pdf?sequence=1>. Päivitetty 5.8.2016. Luettu 25.11.2016.

Mustajoki, Pertti, Kinnunen, Marina & Aaltonen, Leena-Maija 2014. Katkennut hoitoketju. *Suomen Lääkärilehti* 15, 1161 - 1162. PDF-dokumentti. <http://www.fimnet.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2014/SLL152014-1161.pdf>. Päivitetty 7.4.2015. Luettu 25.11.2016.

Mäkisalo-Ropponen, Merja 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Kustanneosakeyhtiö Tammi.

Männikkö, Mari & Olkkonen, Laura 2013. ISBAR –menetelmän käyttökokemukset Vaasan keskussairaalan päivystyspoliklinikalla ja Pohjanmaan pelastuslaitoksen Vaasan ensihoitoyksikössä. Vaasan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

Opinnäytetyö. PDF-dokumentti.

<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/60675/Mannikko%20Mari%20ja%20Olkkonen%20Laura.pdf?sequence=1>. Päivitetty 28.5.2013. Luettu 25.11.2016.

Potilasturvallisuus 2014. Suomen Sairaanhoidajaliitto. WWW-dokumentti.

<https://sairanhoidajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/>. Päivitetty 28.10.2014. Luettu 17.10.2016.

Saastamoinen, Iina & Sipari, Alma 2015. ISBAR-menetelmä parantaa potilasturvallisuutta – käyttökokemukset Etelä-Karjalan keskussairaalan päivystysalueella ja ensihoitopalvelussa. Saimaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. PDF-dokumentti.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/102631/Sipari_Alma.pdf?sequence=1. Päivitetty 9.12.2015. Luettu 25.11.2016.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja.

PDF-dokumentti. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf. Päivitetty 8.6.2011. Luettu 25.11.2016.

Sarste, Tuula 2012. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmistä saatavan tiedon hyödynnettävyys. Itä-Suomen yliopisto, sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Pro Gradututkielma. PDF-dokumentti.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120469/urn_nbn_fi_uef-20120469.pdf. Päivitetty 5.6.2012. Luettu 25.11.2016.

Seppänen, Anne 2013. Päivystys kuormittuu kiireettömän hoidon hakijoista. Suomen Lääkärilehti 18, 1318 - 1320. WWW-dokumentti.

<http://www.laakarilehti.fi/ezproxy.mikkeli.amk.fi:2048/ajassa/ajankohtaista/paivystys-kuormittuu-kiireettoman-hoidon-hakijoista-11395/>. Päivitetty 3.5.2013. Luettu 25.11.2016.

Silfvast, Tom, Castrén, Maarit, Kurola, Jouni, Lund, Vesa & Martikainen, Matti 2016. Ensihoito-opas. Kustannus Oy Duodecim 2016. E-kirja.

<http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti>. Päivitetty 5.2.2016. Luettu 11.10.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011. WWW-

dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110340>. Päivitetty 25.11.2016. Luettu 25.11.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014. WWW-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140782>. Päivitetty 24.11.2016. Luettu 24.11.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. WWW-

dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>. Päivitetty 25.11.2016. Luettu 25.11.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä – suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014/7.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. WWW-dokumentti. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72272/potilasturvallisuus_julkaisu_2009_3_verkko_UP.pdf?sequence=1. Päivitetty 27.2.2009. Luettu 25.11.2016.

Sundell, Sami, Hyppölä, Harri & Paakkonen, Heikki 2015. Päivystysten akuuttihuooneet – miten toiminta rakentuu. Suomen Lääkärilehti 25, 1843 - 1844.

Suomen Kuntaliitto 2011. Terveydenhuollon laatuopas. Verkkojulkaisu. <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>. Päivitetty 23.9.2011. Luettu 25.11.2016.

Suomen Sairaanhoidajaliitto 2015. Kollegiaalisuus hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Potilasturvallisuusopas. PDF-dokumentti. <https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>. Päivitetty 26.11.2011. Luettu 25.11.2016.

Vaaratapahtuman tunnistaminen 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015. WWW-dokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/vaaratapahtuman-tunnistaminen>. Päivitetty 30.6.2015. Luettu 27.10.2016.

Vainionperä, Jussi 2012. Potilasturvallisuuskulttuuri sairaalan päivystysalueilla – kyselytutkimus päivystyspoliklinikan henkilöstölle. Itä-Suomen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu-tutkielma. PDF-dokumentti. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120568/urn_nbn_fi_uef-20120568.pdf. Päivitetty 4.6.2012. Luettu 25.11.2016.

Virve ei hurmaa kaikkia. 2008. Kaleva 10.11.2008. WWW-dokumentti. <http://www.kaleva.fi/uutiset/pohjois-suomi/virve-ei-hurmaa-kaikkia/337224/>. Päivitetty 10.11.2008. Luettu 10.10.2016.

Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Tutkimuksen bibliografiset tiedot	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi opinnäytetyön kannalta
Dawson, Sarah, King, Lindy & Grantham, Hugh 2013. Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. Emergency Medicine Australasia 5 / 2013, 393-405.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä ongelmia fyysisesti heikkenevän potilaan luovutustilanteeseen liittyy, sekä kuinka luovutustilanteita voidaan kehittää.	Katsausartikkeli.	Heikkenevän potilaan tilasta raportointia pystytään parantamaan strukturoidun raportointimallin avulla.	Tutkimuksessa käsitellään potilaan luovutustilannetta ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välillä.
Eggins, Suzanne & Slade, Diane 2015. Communication in Clinical Handover: Improving the Safety and Quality of the Patient Experience. Journal of Public Health Research 4 / 2015, 197-199.	Potilaan luovutustilanteita tutkittiin videotujen ja äänitettujen tilanteiden avulla.	Kvalitatiivinen tutkimus, n = 829.	Raportointimallin yhtenäistäminen ja strukturoidun raportointimallin käyttöön ottaminen ja kommunikation parantaminen lisäävät potilasturvallisuutta. Ulkoiset haitat vaikuttavat negatiivisesti tiedon siirtoon ja vuorovaikutukseen.	Tutkimuksessa käsitellään ulkoisia häiriötekijöitä raportoinnilla, kommunikation parantamista ja raportointimallin yhtenäistämistä potilasturvallisuuden parantamisen kannalta.
Kianmehr, Nahid, Mofidi, Mani, Saidi, Hossein, HajiBeigi, Marzieh & Rezai, Mahdi 2012. What are Patient's Concerns about Medical Errors in an Emer-	Tutkimuksessa arvioitiin potilaiden kokemuksia potilasturvallisuudesta. Tutkimus tehtiin yliopistosairaalan päivystysalueella	Kvantitatiivinen tutkimus, otanta n = 850 potilasta. Potilaita haastateltiin seitsemän päivää	Hoitovirheen mahdollisuudesta huolissaan on noin puolet potilaista.	Tutkimuksessa todetaan, että potilaan käsitys potilasturvallisuudesta, hoitovirheiden pelosta ja tyytyväisyydestä ovat

Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

gency Department? SQU Med J. 12 / 2012, 86-92.	Teheranissa, Iranissa.	hoidon päät- tymisestä, otanta n = 638.		kytköksissä toi- siinsa.
Klim, Sharon, Kelly, Ann-Maree, Kerr, Debra, Wood, Sallie & McCann, Terence 2013. Developing a framework for nurs- ing handover in the emergency depart- ment: an individual- ised and systemic approach. Journal of Clinical Nursing 22 / 2013, 2233- 2243.	Tutkimuksessa tutkittiin poti- laasta raportoin- tia päivystyspoli- klinikalla.	Kvantitatiivi- sen tutki- muksen otanta n = 63. Kvalita- tiivisen tut- kimuksen otanta n = 41, ryhmä- haastattelu.	Lähes kaikki hoitajat kokivat tiedonsaannin raportointitilanteessa riittäväksi, mutta raporteissa on vaihte- levuutta ja puutteita.	Tutkimuksessa todetaan, että systemaattisuus ja strukturointi, hoito, asianmu- kainen ympäris- tö ja asianmu- kainen doku- mentointi takaa- vat turvallisen raportoinnin.
Kupiainen, Mari 2013. Simulaatioi- den käyttö Suomen päivystyspolikli- koilla hoitohenkilö- kunnan harjoitte- lumuotona. Pro Gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos.	Tarkoituksena oli kartoittaa simu- laatioharjoitusten käyttöä suoma- laisten päivystys- poliklinikoiden harjoittelumuo- tona, sekä kerätä hoitohenkilökun- nan kokemuksia niistä.	Kvantitatiivi- nen tutki- mus, otanta n = 21 osas- tonhoitajaa. Kvalitatiivi- sen ryh- mäteema- haastattelun otanta oli n = 17 hoito- työntekijää.	Simulaatiot koetaan hyvänä tiimityötaito- jen harjoittelussa. Simulaatiot luovat turvallisen tavan har- joitella johtajuutta ja päättökentekoa, sekä parantavat yhteishen- keä ja kommunika- tiota.	Tiimityön ja vuorovaikutuk- sen merkitys nousevat näky- västi ilmi potilas- turvallisuuden parantamisen kannalta.
Mikkonen, Sami 2014. Potilaan luovutusprosessi ensi- hoitopalvelun ja päivystyspolikli- kan välillä. Pro Gra- du-tutkielma. Tam- peren yliopisto,	Tutkimuksessa tutkitaan luovu- tusprosessin toteutumista ensihoitopalvelun ja päivystyspoli- klinikon välillä.	Kvantitatiivi- nen tutki- mus. Otos- koko oli päivystyksen hoitajat (n = 33) ja ensi- hoitohenki-	Ongelmakohtia ovat tiedonsiirtoon liittyvät ongelmat. Ensihoidon ja sairaalahenkilöstön näkemysten eroavai- suudet koettiin on- gelmaksi luovutuspro- sessiin liittyen.	Tutkimuksessa on hoitohenkilö- kunnan näke- myksiä ensihoi- don ja päivystyk- sen puolelta. Strukturoidun raportointimallin

Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

Terveystieteiden yksikkö.		lökunta (n = 67).		käyttöönottoa puolletaan.
Salminen-Tuomaala, Mari, Leikkola, Päivi, Mikola, Riitta & Paavilainen, Eija 2015. Potilaan hoidon turvallisuuteen vaikuttavat tekijät ensihoidon työntekijöiden kokemana. Tutkiva Hoitotyö 4 / 2015, 25-34.	Tavoitteena oli tutkia, millaisia uhkia potilasturvallisuudelle on sairaalan ulkopuolisessa ensihoidossa. Tutkimuksessa selvitettiin potilasturvallisuutta parantavia ja heikentäviä tekijöitä.	Kvalitatiivinen tutkimus, jossa otanta oli n = 15. Haastatellut ovat ensihoidossa työskenteleviä.	Potilasturvallisuutta edistäviä tekijöitä ovat potilaan selviytymiseen vaikuttavien tekijöiden kokonaisvaltainen huomioiminen, ei-tekniset taidot, ensihoitajan tiedolliset, taidolliset sekä asenteelliset valmiudet, ensihoidon työntekijän hyvät yhteistyötaidot, hoidon jatkuvuuden varmistaminen ja potilaan jatkohoidossa selviytymisen varmistaminen.	Tutkimuksessa kartoitetaan potilasturvallisuustekijöitä ensihoidosta päivystyspoliklinikalle asti. Tutkimustulokset perustuvat kokemuksiin ja otanta on laaja kvalitatiiviseksi tutkimukseksi.
Salonen, Hannu 2013. Mitä simulaatiolla tulisi ensihoidon koulutuksissa opettaa – ryhmähaastattelu ensihoidon simulaatioopetuksen asiantuntijoille. Pro-Gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden	Tarkoituksena on selvittää, mitä simulaatiolla tulisi ensihoidon koulutuksessa opettaa, sekä kuinka potilasturvallisuuteen liittyviä asioita opetetaan simulaatiokoulutuksella.	Kvalitatiivinen tutkimus. Otanta oli n = 13. Tutkimukseen on haastateltu ensihoidon ja simulaatioharjoittelun asiantuntijoita.	Tutkimustuloksissa painotetaan potilasturvallisuuden huomioimista jo harjoitteeseen asetetuissa tavoitteissa, sekä harjoitteiden arvioinnissa. Kriteerit potilasturvallisuuden toteutumisen arviointiin tulisi asettaa muun arvioitavan osaamisen	Tutkimustulosten painotus liittyy vahvasti potilasturvallisuusosaamiseen.

Taulukkomuotoinen kirjallisuuskatsaus

tiedekunta.			lisäksi.	
Sarste, Tuula 2012. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmistä saatavan tiedon hyödynnettävyys. Pro Gradututkielma. Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos.	Tutkimuksessa käsitellään vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöä ilmoitusten käsitelijöiden näkökulmasta.	Kvantitatiivinen tutkimus. Otanta oli n = 144.	Potilasturvallisuutta edistää säännöllinen palaute ja vaaratapahtumista raportointi. Tiedon käytön ehkäisevänä tekijänä potilasturvallisuuden edistämiseksi on henkilöstön negatiivinen suhtautuminen haittatapahtumista raportointiin.	Tutkimuksessa käsitellään tulosten käytettävyyttä potilasturvallisuutta ehkäisevien ja edistävien tekijöiden osalta.
Vainionperä, Jussi 2012. Potilasturvallisuuskulttuuri sairaalan päivystysalueilla – kyselytutkimus päivystyspoliklinikan henkilöstölle. Pro Gradututkielma. Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos.	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää päivystyspoliklinikalla potilastyössä työskentelevän henkilöstön käsityksiä potilasturvallisuudesta.	Kvantitatiivinen tutkimus, otanta n = 54.	Potilasturvallisuustilanne arvioitiin hyväksi tai välttäväksi. Yli puolen mielestä sattuma estää vakavammat vahingot. Kyky toimintaympäristön riskien ehkäisyyn ja tiedonsiirtoon liittyy ongelmia. Potilasturvallisuus ei ole keskeinen prioriteetti.	Päivystyspoliklinikan henkilökunnan käsitykset potilasturvallisuudesta, tiimityöstä ja yhteistyötaidoista ilmenevät tutkimuksessa.

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta ja haun rajaus	Hakusana(t)
Cinahl - julkaisuvuosi 2011-2016 - vain kokotekstit	report and emergency and safety (hakutuloksia 54, tarkasteluun 4, valittu 1) Klim, Sharon, Kelly, Ann-Maree, Kerr, Debra, Wood, Sallie & McCann, Terence 2013. Developing a framework for nursing handover in emergency department: an individualized and systemic approach.
Medic - julkaisuvuosi 2011-2016 - vain kokotekstit	ensihoito and potilasturv* (hakutuloksia 2, tarkasteluun 2, valittu 1) Salminen-Tuomaala, Mari, Leikkola, Päivi, Mikkola, Riitta & Paavilainen, Eija 2015. Potilaan hoidon turvallisuuteen vaikuttavat tekijät ensihoidon työntekijöiden kokemana. Salonen, Hannu 2013. Mitä simulaatiolla tulisi ensihoidon koulutuksissa opettaa: ryhmähaastattelu ensihoidon simulaatio-opetuksen asiantuntijoille.
	päivystys* and ambulanssi (hakutuloksia 21, tarkasteluun 2, valittu 1) Mikkonen, Sami 2014. Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä.
	raportointi* (hakutuloksia 33, tarkasteluun 3, valittu 1) Sarste, Tuula 2012. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmistä saatavan tiedon hyödynnettävyys.
	raport* and päivystys (hakutuloksia 211, tarkasteluun 8, valittu 2) Kupiainen, Mari 2013. Simulaatioiden käyttö Suomen päivystyspoliklinikoilla hoitohenkilökunnan harjoittelumuotona. Vainionperä, Jussi 2012. Potilasturvallisuuskulttuuri sairaalan päivystysalueella: kyselytutkimus päivystyspoliklinikoitten henkilöstölle.
PubMed Central - julkaisuvuosi 2011-2016 - vain kokotekstit	ISBAR (hakutuloksia 22, tarkasteluun 2, valittu 1) Eggins & Slade 2015. Communication in Clinical Handover: Improving the Safety and Quality of the Patient Experience. patient safety and emergency* (hakutuloksia 26, tarkaste-

Tiedonhakutaulukko

	<p>luun 1, valittu 1)</p> <p>Kianmehr, Nahid, Mofidi, Mani, Saidi, Hossein, HajiBeigi, Marzieh & Rezai, Mahdi 2015. What are Patients' Concerns About Medical Errors in and Emergency Department? emergency department and handover (hakutuloksia 6, tarkasteluun 1, valittu 1)</p> <p>Dawson, Sarah, King, Lindy & Grantham, Hugh 2013. Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient.</p>
--	---

Sopimus opinnäytetyön tekemisestä



SOPIMUS OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ

Sopijaosapuolet:

Opinnäytetyön tilaaja: ESSHP yhteispäivitysja Mikkelin ammattikorkeakoulun terveysalan laitoksen
hoitotyön koulutusohjelman opiskelija(t) Tiia Kitusuo
S2573SNAOpinnäytetyön aihe: Ersihoidosta päivityspoliklinikalle: raportoinnin
merkitys potilasturvallisuuden kannalta

Opinnäytetyön ohjaajat:

Ohjaava opettaja: Päivi SajaniemiTyöelämäohjaaja: Anni PeturinenOpinnäytetyön arvioitu valmistumisaika: maaliskuu-joulukuu 2016

Opinnäytetyön TK-tavoitteet:

Kijallisuuskatsaus aiheesta, osastotunnin pitäminen

TK-TAVOITTEET: Tutkimus- ja kehittämistoiminnalla (t&k) tarkoitetaan systemaattista toimintaa tiedon lisäämiseksi ja tiedon käyttämistä uusien sovellusten löytämiseksi. Kriteerinä on, että toiminnan tavoitteena on jotain oleellisesti uutta. Tutkimus- ja kehittämistoimintaan sisällytetään perustutkimus, soveltava tutkimus sekä kehittäminen. Soveltavalla tutkimuksella tarkoitetaan sellaista toimintaa uuden tiedon saavuttamiseksi, joka ensisijaisesti tähtää tietyn käytännön sovellutukseen. Soveltavaa tutkimusta on esim. sovellusten etsiminen perustutkimuksen tuloksille tai uusien menetelmien ja keinojen luominen tietyn ongelman ratkaisemiseksi. Tuote- ja prosessikehityksellä (kehittämistyöllä) tarkoitetaan systemaattista toimintaa tutkimuksen tuloksena jätäi käytännön kokemuksen kautta saadun tiedon käyttämiseksi uusien aineiden, tuotteiden, tuotantoprosessien, menetelmien ja järjestelmien aikaansaamiseen tai olemassa olevien olennaiseen parantamiseen. (Tilastokeskus)

Mikkelin ammattikorkeakoulussa tehdyt opinnäytetyöt julkaistaan pdf-muotoisena kokotekstinä tiedostoina ammattikorkeakoulujen yhteisessä julkaisuarkistossa Theseuksissa (<http://www.theseus.fi>). Opinnäytetyöt ovat pääsääntöisesti julkisia asiakirjoja. Theseuksen käyttöehtosopimuksen hyväksyminen on samalla lupa työn julkaisemiseen internetin laajuisena näkyvyytenä. Vaihtoehtoisesti opinnäytetyö voidaan julkaista myös tekijöiden harkinnan mukaan tai opinnäytetyön ohjaajan tai toimeksiantajan suosituksesta MAMKin sisäisessä verkossa. MAMKin sisäisessä verkossa julkaistettu työ ei näy julkisena internetissä, mutta on käytettävissä MAMKin sisäisessä verkossa.

Muut sopimusehdot: _____

Aika ja paikka 20.9.2016 MikkeläTiia Kitusuo TIIA KITUSUO

Opiskelijan allekirjoitus

/opiskelijoiden allekirjoitukset

Anni Peturinen ANNI PETURINEN

Toimeksiantajan allekirjoitus