

Katariina Larikka ja Henna Lavander

**POTILAAN LUOVUTTAMINEN ENSIHOIDOLTA PÄIVYSTYKSELLE –
ENSIHOIDON JA PÄIVYSTYKSEN VÄLISEN SUULLISEN RAPORTOINNIN
HAASTEET JA ONNISTUMISET**

**POTILAAN LUOVUTTAMINEN ENSIHOIDOLTA PÄIVYSTYKSELLE –
ENSIHOIDON JA PÄIVYSTYKSEN VÄLISEN SUULLISEN RAPORTOINNIN
HAASTEET JA ONNISTUMISET**

Katariina Larikka ja Henna Lavander
Opinnäytetyö
Kevät 2019
Ensihoidon tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Ensihoidon tutkinto-ohjelma

Tekijät: Katariina Larikka ja Henna Lavander

Opinnäytetyön nimi: Potilaan luovuttaminen ensihoidolta päivystykselle –
ensihoidon ja päivystyksen välisen suullisen raportoinnin haasteet ja onnistumiset

Työn ohjaaja: Kaisa Koivisto ja Petri Roivainen

Työn valmistuslukukausi ja -vuosi: Kevät 2019

Sivumäärä: 55 + 5

Ensihoidon ja päivystyksen välinen rajapinta on kriittinen kohta potilaan hoitoketjussa. Potilasturvallisuuden varmistamiseksi on tärkeää, että kaikki tarvittavat tiedot potilaasta välittyvät ensihoidolta päivystykselle. Ensihoidon antaman raportin jälkeen hoitovastuu potilaasta siirtyy ensihoidolta päivystykselle. Hoitovastuun siirtymisen ajankohta tulee olla selvä molemmille osapuolille. Tämän opinnäytetyön tilaaja, Jokilaaksojen pelastuslaitos, halusi selvittää millaista heidän ensihoitajiensa antama suullinen raportointi on potilaan luovutustilanteessa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää suullisen raportoinnin laatu nykyisellään Jokilaaksojen pelastuslaitoksella ja tuoda esille uutta tietoa suullisen raportoinnin onnistumisista ja haasteista. Asiaa päädyttiin tutkimaan ISBAR -raportointimallin toteutumisen kautta, sekä selvittämällä millaista Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitajien ja Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystyksen hoitajien välinen kommunikaatio on suullisen raportointitilanteen aikana.

Opinnäytetyön tietoperusta koottiin sekä ulkomaisista tutkimuksista, että kotimaisista aineistoista, kuten YAMK -gradusta ja laeista, asetuksista sekä julkaisuista. Aiemmin tehdyistä tutkimuksista kävi ilmi, että suulliseen raportointiin liittyy haasteita. Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, joka toteutettiin systemaattisella havainnoinnilla Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystyksessä. Havainnoinnin tukena hyödynnettiin havainnointikaavaketta, joka muodostettiin tietoperustasta ilmi tulleiden hyvien raportointikäytänteiden ja todettujen haasteiden pohjalta. Tutkimusaineistoksi saatiin laadullista aineistoa, jota analysoitiin sekä laadullisin että määrällistä keinoin.

Tutkimuksen tuloksista saatiin selville, että ISBAR -raportointimalli toteutuu puutteellisesti niin sisällön kuin järjestyksenkin osalta. Ensihoitajat onnistuivat suullisissa raporteissa muun muassa potilaan identifioimisessa, sekä potilaan tausta- ja tapahtumatietojen antamisessa. Kommunikaatio ensihoitajien ja yhteispäivystyksen hoitajien välillä oli pääasiassa hyvää, mutta haasteeksi muodostui esimerkiksi suullisen raportin keskeytyminen. Potilaan hoitovastuun siirtymisen ajankohta ei ollut selkeä tutkimukseen osallistuneille.

Jokilaaksojen pelastuslaitos voi käyttää tutkimuksen tuloksia esimerkiksi koulutuksissaan ja näin ollen kehittää organisaation potilasturvallisuutta ja yhteistyötä yhteispäivystyksen kanssa. Tulevaisuudessa aihetta voisi tutkia uudelleen, sen jälkeen, kun Jokilaaksojen pelastuslaitoksella siirrytään paperikirjaamisesta kokonaan sähköiseen kirjaamiseen. Tällöin voitaisiin tutkia, onko kirjaimismuodolla vaikutusta suullisen raportin laatuun.

Asiasanat: ensihoito, päivystys, potilasturvallisuus, raportointi, luovutus, kommunikaatio

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Program in Emergency Nursing

Authors: Katariina Larikka and Henna Lavander

Title of thesis: Patient handover from emergency medical services to ER – pros and cons of the spoken report between the emergency medical services and the ER

Supervisors: Kaisa Koivisto and Petri Roivainen

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2019 Number of pages: 55 + 5

The interface between emergency medical services and the ER is a critical point in the patient care chain. It is crucial to the insurance of patient safety that all necessary patient-specific information transfer from the emergency medical services to the ER. Having provided the paramedic report, the responsibility of patient care shall be passed to the receiving caregiving unit. The time for patient care transition shall be clear to both parties.

The rescue service department Jokilaaksojen pelastuslaitos ordered this bachelor's thesis in want of clarifying the state and quality of their paramedics' oral reports during handovers.

The aim of this bachelor's thesis was to examine the current quality of oral reporting in Jokilaaksojen pelastuslaitos and disclose new information about the advantages and challenges of oral reporting. The matter was investigated by using the ISBAR -reporting method and by clarifying the state of communications between Jokilaaksojen pelastuslaitos paramedics and the ER nurses at the time of the oral reports.

The research foundation for the bachelor's thesis consisted of foreign studies and Finnish material such as; various master's theses, laws, decrees and publications. Previous studies transpired the existence of challenges in oral reporting. This bachelor's thesis is a qualitative study which was executed through systematic observation in Oulaskangas hospital ER. An observation form based on recommended conventions was utilized to further assist in the observation process. The collected material was qualitative which then underwent both qualitative and quantitative analysis.

Study results concluded defective fulfillment of order and content in the ISBAR -reporting method. Paramedics succeeded in patient identification and reporting patient background and status. Communication between the paramedics and the ER nurses was primarily adequate, but interruptions in the process of oral reporting caused challenges. It was unclear to both paramedics and ER nurses for when the patient care transition occurs.

The rescue service department Jokilaaksojen pelastuslaitos can utilize the results of this study in future education hence developing their organization's patient safety and collaboration with Oulaskangas hospital ER. The subject-matter can be studied again in the future when documenting of patient information changes from hand-written to electronic documentation. By doing so, it could be examined if the form of documenting affects the quality of the oral report.

Keywords: emergency medical services, emergency room, patient safety, reporting, handover

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	ENSIHOIDON JA PÄIVYSTYKSEN TYÖNTEKIJÖIDEN VÄLINEN RAPORTOINTI POTILAAN LUOVUTUSTILANTEESSA	8
2.1	Ensihoitopalvelu	8
2.2	Päivystyspalvelut.....	9
2.3	Potilasturvallisuus.....	11
2.3.1	Potilasturvallisuus ensihoidossa	11
2.4	Laadukas raportti ja raportointi	12
2.5	Raportoinnin haasteet	13
2.5.1	Ulkoiset häiriötekijät raportointitilanteessa	13
2.5.2	Työntekijöiden asenteet raportointitilanteessa	14
2.5.3	Ensihoidon ja päivystyksen työntekijöiden koulutus, tiimityöskentely ja johtajuus.....	15
2.5.4	Teknologiasta ja sen käytön puutteista aiheutuvat haasteet raportointitilanteessa.....	16
2.6	Opinnäytetyön yhteistyökumppani – Jokilaaksojen pelastuslaitos.....	17
2.7	Opinnäytetyön yhteistyökumppani – Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystys	18
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	19
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	20
4.1	Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus	20
4.2	Tutkimukseen osallistuvien valinta	21
4.3	Aineiston keruu havainnoimalla	21
4.4	Aineiston käsittely ja analysointi	23
5	TUTKIMUSTULOKSET	26
5.1	Tutkittavien ja suullisten raporttien taustatiedot.....	27
5.2	Suullisten raporttien sisällön laatu	30
5.2.1	ISBAR – tunnistautuminen (identify)	30
5.2.2	ISBAR – tilanne (situation).....	31
5.2.3	ISBAR – tausta (background)	31
5.2.4	ISBAR – nykytilanne (assessment).....	33
5.2.5	ISBAR – toimintaehdotus (recommendation).....	34

5.3	Kommunikaatio suullisen raportin aikana ja raportointiympäristö	34
5.4	Ajankohta, jolloin vastuu potilaasta siirtyy ensihoidolta päivystykselle	36
5.4.1	Ensihoitajien vastaukset.....	36
5.4.2	Yhteispäivystyksen hoitajien vastaukset	38
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA UUDET TUTKIMUSAIHEET	41
6.1	ISBAR -raportointimallin toteutuminen.....	41
6.2	Kommunikaatio raportointitilanteessa.....	43
6.3	Uudet tutkimusaiheet.....	44
7	POHDINTA.....	45
7.1	Tutkimustulosten tarkastelua aikaisempien tutkimuksien ja kirjallisuuden valossa... 45	
7.1.1	Suullisten raporttien taustojen tarkastelua	45
7.1.2	Raporttien sisällön tarkastelua	46
7.1.3	Kommunikaation tarkastelua ensihoidon ja päivystyksen välillä	46
7.1.4	Hoitovastuun siirtymisen ajankohdan tarkastelua	47
7.2	Tutkimuksen luotettavuus.....	48
7.3	Tutkimuksen eettiset kysymykset	49
7.4	Opinnäytetyöprosessi kokonaisuutena ja omat oppimiskokemukset.....	50
	LÄHTEET.....	52
	LIITTEET	56

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö pitää potilasturvallisuutta yhtenä tärkeimmistä tekijöistä puhuttaessa potilaille annettavan hoidon laadusta. Ensihoito ja päivystys poikkeavat luonteeltaan muusta terveydenhuollosta, sillä niiden toimintaympäristö käsittää monia rajapintoja useiden eri toimijoiden kesken. Rajapinnat, joissa potilas siirtyy hoitoketjussa eteenpäin terveydenhuollon toimijalta toiselle, muodostavat haasteita potilasturvallisuudelle. Potilasturvallisuus vaarantuu, sillä kaikki tieto potilaasta ei siirry tietojärjestelmiin potilasta luovutettaessa. Nämä tietokatkokset tapahtuvat nimenomaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden raportoidessa toisilleen. Tietokatkoksiin liittyy myös se, että hoitajien ja lääkäreiden kirjaamisessa on puutteita. (STM 2014, viitattu 28.3.2019.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimme potilaan luovutustilannetta ensihoidolta päivystykselle. Luovutustilannetta päätettiin tutkia ensihoidon ja päivystyksen välisen suullisen raportointitilanteen onnistumisen ja haasteiden näkökulmasta. Tutkimuskysymyksenä oli selvittää, miten ISBAR -raportointimalli toteutuu ensihoitajien ja yhteispäivystyksen hoitajien välisessä suullisessa raportissa, kun potilas luovutetaan ensihoidolta päivystykselle. Toisena tutkimuskysymyksenä tarkasteltiin, millaista on Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitajien ja Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystyksen hoitajien välinen kommunikaatio suullisen raportointitilanteen aikana potilaan luovutustilanteista tehtyjen havaintojen perusteella.

Opinnäytetyön tilaajana toimi Jokilaaksojen pelastuslaitos. Opinnäytetyö toteutettiin Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystyksessä, joten myös yhteispäivystys toimi opinnäytetyön yhteistyökumppanina.

Tarkoituksenamme oli saada kuvailevaa tietoa suullisen raportoinnin laadusta Jokilaaksojen pelastuslaitoksella. Raportointitilanne otettiin huomioon kokonaisuutena. Systemaattisen raportointimallin lisäksi huomioitavia asioita ensihoitajan ja päivystyksen hoitajan välisessä kommunikaatiossa olivat muun muassa tilanteen rauhallisuus ja raportointiympäristö.

Keräsimme aineiston tutkimukseemme havainnoimalla autenttisia potilaan luovutustilanteita Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystyksessä. Havainnointi sopi aineistonkeruumenetelmäksi parhaiten, sillä sen avulla saimme todenmukaisen kuvan suullisen raportin laadusta. Analysoimme aineistoa sekä laadullisin että määrällisin menetelmin.

2 ENSIHOIDON JA PÄIVYSTYKSEN TYÖNTEKIJÖIDEN VÄLINEN RAPORTOINTI POTILAAN LUOVUTUSTILANTEESSA

Ensihoitajan päivittäiseen työnkuvaan kuuluu suullinen raportointi ensihoidon ja päivystyksen välisessä potilaan luovutustilanteessa. Suullisen raportin lisäksi ensihoitaja antaa päivystykselle kirjallisen raportin. Raportointi on tärkeä osa potilaan hoidon jatkuvuutta. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2018, 106.) Opinnäytetyössä keskitytään ainoastaan ensihoitajan antamaan suulliseen raporttiin.

On todettu, että potilasturvallisuus voi vaarantua erityisesti silloin, kun potilas siirretään esimerkiksi organisaatiolta toiselle. Tällöin potilasturvallisuuden vaarantavat ongelmat tiedonkulussa, eli raportoinnissa. (THL 2011, viitattu 25.4.2018.) Viestintään liittyvät ongelmat potilaan hoitopolun rajapinnoilla vaarantavat potilasturvallisuutta merkittävästi, sillä raportoimatta voi jäädä tärkeää tietoa, kuten ohjeet potilaan tilan seurannasta (Tamminen & Metsävainio 2015, viitattu 25.4.2018). Potilasturvallisuutta hoitopolun rajapinnoilla voidaan mitata muun muassa tarkkailemalla raportoinnin systemaattisuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, viitattu 25.4.2018).

Tietoperustassa on esitelty ensihoitopalvelu ja päivystyspalvelut. Lisäksi tietoperustassa keskitytään potilasturvallisuuteen, siihen millainen on hyvä suullinen raportti, suullisen raportoinnin haasteisiin ja esitellään opinnäytetyön yhteistyökumppanit.

2.1 Ensihoitopalvelu

Ensihoito, päivystävät terveydenhuoltopisteet ja asiakkaan kotiin annettavat päivystykselliset lähipalvelut muodostavat päivystyspalveluiden toiminnallisen kokonaisuuden alueittain (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 39§). Suomessa sairaanhoitopiirit ovat järjestäneet ensihoitopalvelut vuodesta 2013 alkaen (Kuisma ym. 2017, 14). Sairanhoitopiirit saavat päättää järjestävätkö ensihoitopalvelun itse vai järjestääkö sen esimerkiksi pelastuslaitoksen tai yksityisten toimijoiden kautta. Sairanhoitopiirien tulee laatia ensihoidon palvelutasopäätös, joka sisältää muun muassa ensihoitopalvelun järjestämistavan, mitä ensihoitopalveluihin kuuluu ja koulutusvaatimuksen ensihoidon

työntekijöille. Palvelutasopäätöksessä on tarkoitus saada määriteltyä ensihoidosta sellainen toimiva kokonaisuus, joka on sekä tarkoituksenmukainen että tehokas ja ottaa huomioon käytössä olevat resurssit. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 39§.)

Ensihoitopalvelu tarjoaa päivystyksellistä hoitoa äkillisesti sairastuneille ja onnettomuuden uhreille. Vaikka ensihoitajat on koulutettu hoitamaan akuutisti sairaita ja vammautuneita potilaita, niin iso osa ensihoitotehtävistä on kuitenkin kiireettömiä. Hoitoa annetaan niin kohteessa (kodit, työpaikat, julkiset paikat) kuin kuljetuksenkin aikana. Ensihoitopalvelu on vuosien saatossa kehittynyt laadukkaammaksi ja asianmukainen sairaalatasoinen hoito pyritään aloittamaan jo kohteessa ja/tai matkalla. (Kuisma ym. 2017, 14-15,17.)

Potilaiden laadukkaan sairaalan ulkopuolisen hoidon tarpeen arvioinnin ja hoidon lisäksi ensihoitopalveluun kuuluvat ensihoitovalmiuden ylläpitäminen ja potilaan, omaisten ja mahdollisten muiden tapahtumaan osallistuneiden ohjaaminen psykososiaalisen avun piiriin. Ensihoitopalveluiden tehtävänä on myös olla osaltaan laatimassa alueellisia varautumis- ja valmiussuunnitelmia suuronnettomuuksien ja muiden terveydenhuollon erityistilanteiden toimintasuunnitelmiksi. Ensihoitopalvelun on tarvittaessa annettava virka-apua esimerkiksi poliisille ja pelastusviranomaisille. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 40§.)

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan ensihoitopalvelu on tulevaisuudessa järjestettävä yhä tiiviimmässä yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon päivystysten kanssa. Ensihoidon on tarkoitus tukea muita päivystyspalveluita ja se kuuluu potilaan kotona annettavaan päivystyksellisiin palveluihin. Ensihoitopalvelu on osa potilaan kiireellisen hoidon ketjua. Hoitoketjuista on tärkeää saada mahdollisimman sujuvia ja toimivia, joten pyrkimyksenä on, että kaikkien potilaan päivystykselliseen hoitoon osallistuvien välinen työskentely ja kommunikaatio olisi tehokasta ja saumatonta. (STM 2018, viitattu 30.01.2019.)

2.2 Päivystyspalvelut

Mikäli ensihoidon kohtaaman potilaan todetaan tarvitsevan päivystyksellistä hoitoa, jatkuu potilaan hoitoketju päivystyspoliklinikalle. Hoitoketjun saumakohtassa ensihoidon ja päivystyksen välillä on tärkeää huomioida potilasta koskevan tiedon välittyminen toimijalta toiselle esimerkiksi ennakoitumisen, raportoinnin ja potilaan jatkohoidon aloittamisen muodossa. (Kuisma ym. 2017, 101.)

Päivystyspoliklinikoiden tarkoitus on hoitaa vain päivystyshoitoa tarvitsevat potilaat. Päivystyspotilas on välitöntä hoitoa tai tilan arviota tarvitseva henkilö, jonka terveydentila ei kestä hoidon aloittamisen viivästyistä. (Kuisma ym. 2017, 101.)

Potilas on otettava hoidettavaksi päivystysyksikössä, jos hänen terveydentilansa ja toimintakykynsä sekä sairauden tai vamman ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen hoitoa ei voi kiireellisyuden vuoksi siirtää seuraavaan päivään tai viikonlopun yli tai jos kiireellisen hoidon toteutuminen muualla on epävarmaa. (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017 12§.)

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä määrää, että päivystyspisteessä on oltava riittävät edellytykset potilaiden tautien diagnosointiin ja ohjeistus siitä, missä potilaan jatkohoito on järjestettävä, jotta taudinmääritys tai hoito voidaan toteuttaa potilaan sairauden niin vaatiessa. Päivystysyksiköissä on oltava käytössä myös tarvittavat kuvantamisvälineet ja -palvelut, sekä laboratoriopalvelut, jotta potilas voidaan luotettavasti tutkia ja hoitaa ja jotta hänen hoidon tarpeen arviointinsa voidaan ylipäänsä toteuttaa. Päivystysyksikön on tarvittaessa kyettävä saamaan konsultaatio radiologian erikoislääkäriltä tai radiologiaan perehtyneeltä lääkäriltä. Myös etäkonsultaatio on mahdollista. (Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017 9§.) Sosiaali- ja terveysministeriö painottaa raportissaan, että nimenomaan yhteistyö päivystyksen ja yhteistyökumppaneiden (esim. ensihoito, terveysasemat) kanssa mahdollistaa potilaiden oikeanlaiseen jatkohoitoon pääsemisen (STM 2014, viitattu 30.01.2019).

Päivystyshoito jaetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyspisteisiin. Lisäksi yhteispäivystykset, jotka yhdistävät nämä kaksi päivystyksen muotoa ovat lisääntyneet Suomessa. Perusterveydenhuollon puoli on yleensä jaettu virka-ajalla ja sen ulkopuolella tapahtuvaan hoitoon. Virka-aikana on yleistä, että esimerkiksi terveyskeskuksen omalääkärit tarjoavat akuuttivastaanottoja. Virka-ajan ulkopuolella perusterveydenhuollon päivystystoiminta keskittyy joko yhteispäivystykseen tai alueellisesti keskitettyyn perusterveydenhuollon päivystykseen. Erikoissairaanhoidon päivystys hoitaa kellon ympäri miltei kaikki päivystykselliset palvelut. Vain vaativimmat erikoissairaanhoidon piiriin kuuluvat potilaat hoidetaan keskitetysti joko alueellisesti tai valtakunnallisesti, näistä esimerkkeinä verisuonikirurgia ja vaikeahoitoiset palovammapotilaat. (Kuisma ym. 2017, 101.)

Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido ovat kuitenkin nykyään jo siinä määrin sekoittuneet päivystyspalveluiden osalta, että yhä lievöoieisempia potilaita hoidetaan ympärivuorokautisen päivystyshoidon piirissä. Tämän vuoksi päivystyspisteissä joudutaan tekemään hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointia. Näin toimittaessa kipeimmin päivystyshoitoa tarvitsevat potilaat saavat tarvitsemansa hoidon riittävän nopeasti ja laadukkaasti. Tarvittaessa lieivistä oireista kärsivät potilaat voidaan ohjata muihin terveydenhuoltopisteisiin. Hoidon tarpeen arvioinnista huolimatta päivystysyksiköt ruuhkautuvat usein ja voimavaroja joudutaan ajoittain käyttämään epätarkoituksenmukaisiin työtehtäviin. (STM 2014, viitattu 30.1.2019.)

2.3 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuuteen kuuluu kaikki toiminta ja ne periaatteet, jolla suojataan potilasta mahdollisilta haitoilta, joita voi ilmetä hoitotapahtumien yhteydessä. Tavoitteena on saavuttaa potilaiden mahdollisimman turvallinen hoito niin lääkityksen kuin laitteidenkin osalta, sekä estää lisäinfektioiden esiintyminen tehokkaasti. Potilasturvallisuuskulttuuri on koko työyhteisön potilaiden turvallista hoitoa edistävä systemaattinen toimintatapa, jonka tulisi sisältyä työyhteisön yhteisiin arvoihin ja asenteisiin. Myös terveydenhuoltoa säättävät keskeiset lait määrittelevät potilasturvallisuutta olennaisesti. Potilasturvallisuutta määrittävät muun muassa seuraavat lait: *laki potilaan asemasta ja oikeuksista*, *laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja terveydenhuoltolaki*. Kaiken terveydenhuollon toiminnan tulee olla näyttöön perustuvaa, mikä edistää potilasturvallisuutta. Lisäksi jokaisella terveydenhuollon toimintayksiköllä on oltava suunnitelma potilasturvallisuuden toteuttamisesta. Potilasta hoidettaessa tulee ottaa huomioon kaikki hoidoista koituvat hyödyt ja haitat ja näin ollen hoidosta on aina oltava potilaalle enemmän hyötyä kuin haittaa. (STM 2014, viitattu 10.01.2019.)

2.3.1 Potilasturvallisuus ensihoidossa

Ensihoitopalveluilla on käytössään erilaisia mittareita, joilla ne voivat arvioida oman toimintansa laatua ja potilasturvallisuutta. Mittareina toimivat yksinkertaiset kyllä/ei -kysymykset, joilla kartoitetaan eri potilasturvallisuuden kannalta tärkeiden asioiden toteutumista. Tällaisia mittareita ovat esimerkiksi lääkehoitosuunnitelman, kirjallisten hoito- ja toimintaohjeiden ja koulutuksen vuosisuunnitelman olemassaolo. (STM 2014, viitattu 10.01.2019.) Yksi ratkaisevista potilasturvallisuuden vaa-

rantavista tekijöistä ensihoidossa on se, kun ensihoito luovuttaa potilaan päivystykselle. Luovutus-tilanteessa potilas siirtyy sairaalan ulkopuolisesta hoidosta sairaalan sisälle, joten tiedonsiirron kulun tulisi olla saumatonta, jotta potilasturvallisuus toteutuisi (Mikkonen 2014, 13).

2.4 Laadukas raportti ja raportointi

Ensihoidon ja päivystyksen rajapinta on tärkeä kohta potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta. Päivystyksessä vastuu potilaasta siirtyy sairaalan ulkopuoliselta ensihoidolta sairaalan sisäiselle sairaanhoidolle. (Mikkonen 2014, 5.) Vastuu siirtyy, kun ensihoitaja on raportoinut tarvittavat tiedot potilaasta sairaanhoitajalle ja potilasta aletaan hoitaa päivystyksessä. Hoitovastuun siirtyminen olisi selkeyden vuoksi hyvä sanoa ääneen, ettei asia jää kummallekaan osapuolelle (ensihoito – päivystys) epäselväksi. Hoitovastuun siirtymisen ääneen sanominen olisi luonnollista lisätä esimerkiksi ISBAR- raportointimallin viimeiseksi osaksi. (Mikkonen 2014, 11, 42.) Huolellisesti annetulla ja kirjoitetulla raportilla on merkittävä rooli niin potilaan turvallisuuden kannalta kuin juridisestikin ensihoitajan kannalta, koska se on ainut pitävä todiste oikeudessa (Murray ym. 2010, 27).

Ensihoitajan antaman ja sairaanhoitajan vastaanottaman raportin tulisi nykykäsityksen mukaan muodostua strukturoidun, eli jäsennellyn raportointimallin, esimerkiksi ISBAR-muistisäännön ympärille. Tässä muistisäännössä I tarkoittaa tunnistautumista (identify), S nykytilannetta (situation), B potilaan taustoja (background), A arviota (assessment) ja R toimintaehdotusta (recommendation) (Ensihoidon perusteet 2012, 45).

Potilaan tunnistamisen yhteydessä potilaasta tulisi kertoa nimi, ikä ja henkilötunnus. Nykytilanteessa kartoitetaan potilaan sairauden tai vamman laatu ja syntymekanismi, sekä syy päivystykseen tuomiselle. Potilaan taustoista käydään läpi aikaisemmat sairaudet, hoidot ja ongelmat, allergiat, lääkitys ja mahdollinen eristyksen tarve. Arviolla ISBAR- menetelmässä tarkoitetaan yksityiskohtaisempia tietoja potilaan nykytilanteesta, kuten vitaalielintoimintoja ja muita oleellisia havainnottoja liittyen potilaan tilaan. Ensihoidon tulisi antaa päivystykselle myös toimintaehdotus siitä, mitä välittömiä toimenpiteitä päivystyksen tulisi tehdä potilaan hyväksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportointimalli -esimerkin mukaan recommendation kohtaan kuuluu lisäksi se, että potilaan hoitovastuu siirtyy ensihoidolta päivystykselle. (STM 2014, viitattu 23.1.2019.)

Hoitovastuun siirtyminen ensihoidolta päivystykselle ilmenee SV 210 – lomakkeessa ”Potilas luovutettu” kohtana, johon luovutusaika merkitään. Lisäksi vastaanottava terveydenhuollon ammattihenkilö kirjoittaa kaavakkeeseen virka-asemansa, allekirjoituksensa ja laittaa hoitolaitoksen leiman kaavakkeeseen. (Kela 2019, viitattu 28.03.2019.)

ISBAR- menetelmän käytön hyötyjä ovat muun muassa se, että raportoinnin laatu on samanlaista kiireettömissä ja kiireellisissä potilaanluovutustilanteissa. ISBAR:n käyttäminen potilaasta raportoidessa on myös tehokasta, sillä sitä käyttämällä potilaasta tulee kerrottua kaikki olennaiset tiedot ja ylimääräinen tieto jää pois (de Lange, van Eeden & Heyns 2018, viitattu 23.1.2019.)

2.5 Raportoinnin haasteet

Tässä tietoperustassa käsitellyissä tutkimuksissa kävi ilmi, että ensihoidon ja päivystyksen välisessä kommunikaatiossa on haasteita. Aiheesta löytyi paljon tietoa erityisesti ulkomaisista lähteistä. Tutkimukset luettiin huolellisesti läpi. Tutkimuksista löytyi paljon yhteneväisyyksiä. Niistä saatiin muodostettua yhteensä neljä pääotsikkoa: ulkoiset häiriötekijät, työmoraali ja työntekijöiden asenteet, työntekijöiden koulutus, tiimityöskentely ja johtajuus, sekä teknologiasta ja sen käytön puutteista aiheutuvat haasteet. Tietoperustan aineistoa analysoitiin induktiivisin menetelmin, eli aineistolähtöisesti (Tampereen teknillinen yliopisto 2018, viitattu 3.1.2018).

2.5.1 Ulkoiset häiriötekijät raportointitilanteessa

Ulkoiset häiriötekijät muodostuivat haasteiksi kaikissa tutkimuksissa. Häiriötekijöitä olivat muun muassa kiireinen ja monitahoinen työympäristö (Bost ym. 2010, 216, viitattu 10.12.2018). Ensihoitajien kiireestä ja päivystyksen liian vähäisestä henkilökunnasta johtuva suuri työtaakka ja väsymys ovat häiriötekijöitä, jotka vaikuttavat raportin laatuun (Bost, Crilly, Patterson & Chaboyer 2012, 137, viitattu 10.12.2018), (Evans, Murray, Patrick, Fitzgerald, Smith, Anrdianopoulos & Cameron 2010, 463, viitattu 10.12.2018), (Mikkonen 2014, 29, viitattu 10.12.2018), (Murray, Crouch & Ainsworth-Smith, 2012, viitattu 10.12.2018).

Päivystyksen hoitajan on huolehdittava useasta työtehtävästä samaan aikaan kuunnellessaan raporttia. Päivystyksen hoitaja keskeytetään toistuvasti esimerkiksi muiden hoitajien toimesta. (Bost

ym. 2012, 136-137, viitattu 10.12.2018.) Keskeytykset häiritsevät luonnollisesti enemmän päivystyksen hoitajan kuuntelemista kuin ensihoitajan raportointia, koska päivystyksen hoitajalla on useita potilaita hoidettavana, kun taas ensihoitajalla vain yksi (Mikkonen 2014, 35-36, viitattu 10.12.2018).

2.5.2 Työntekijöiden asenteet raportointitilanteessa

Aktiivisella kuuntelulla tarkoitetaan tässä asiayhteydessä päivystyksen hoitajan keskittymistä pelkästään raportin kuunteluun aktiivisesti. Kahden tutkimuksen mukaan potilastietojen poisjääminen kirjauksista raportin jälkeen johtui aktiivisen kuuntelun puutteesta (Bost ym. 2010, 212, 215, viitattu 10.12.2018). Aktiivisen kuuntelun sijaan päivystyksen hoitajat esimerkiksi hoitavat raportoinnin kohteena olevaa potilasta tai aliarvioivat potilaan tilan raportin aikana. (Mikkonen 2014, 23, 33, viitattu 10.12.2018.)

Bost ym. (2012, 133, viitattu 10.12.2018) tutkimuksen löydösten mukaan tunnistettiin kaksi potilaan luovutuksen raportointitapaa: raportointi kiireettömän potilaan kohdalla ja raportointi hätätilapotilaan kohdalla. Tämä on haaste raportoinnille, sillä jokaisen raportin tulisi olla samanlaatuinen. Kiireettömän potilaan hoito jää usein päivystyksessä taka-alalle, sillä hätätilapotilaat kuormittavat hoitohenkilökuntaa ja kiireettömiin potilaisiin ei aina suhtauduta niin vakavasti. Kiireettömien potilaiden vähemmälle huomiolle jääminen ei aina johdu hoitajien asenteista vaan yksinkertaisesti kiireestä. Kiireettömistä potilaista raportoidaan harvoin yhtä laadukkaasti kuin kriittisesti sairaasta tai vammautuneesta potilaasta. (Mikkonen 2014, 25, viitattu 10.12.2018.)

Hoitajien väliset suhteet vaikuttavat hoitajien väliseen kommunikaatioon toisaalta negatiivisesti ja toisaalta positiivisesti. Jos luottamus raportoinnin osapuolten välillä toimii, on raportin välittäminen nopeampaa. Kun luottamusta ei ole, voi potilaan tarvitsema hoito viivästyä, eikä tieto kulje päivystyksen henkilökunnan välillä. (Bost ym. 2012, 137-138, viitattu 10.12.2018.)

Sairaanhoitajat eivät aina kirjanneet raportissa ilmenneitä potilaan oireita hyvin, koska ne ovat ensimmäinen asia, mitä potilaasta aletaan tutkia päivystyksessä (Evans ym. 2010, 463, viitattu 10.12.2018). Mikkosen (2014, 35, viitattu 10.12.2018) mukaan päivystyksen hoitajat pitävät ensihoitokertomuksen tietoja kuitenkin hyödyllisinä potilaan hoidon kannalta eli raportissa kerrotut potilaan oireet olisi hyvä kirjata sairaalankin potilastietokantaan.

Mikkosen (2014, 33, viitattu 10.12.2018) tutkimuksessa runsas puolet vastanneista oli sitä mieltä, että päivystyksessä ilmenee kiinnostuksen puutetta ensihoitajien antamaa raporttia kohtaan, jos raportissa ilmenee ns. epäolennaista tietoa. Raportin laadun kannalta on taas hyvä, jos raporttia vastaanottava hoitaja on kiinnostunut raportin sisällöstä ja kysyy lisäkysymyksiä ensihoitajalta (Bost ym. 2012, 136, viitattu 10.12.2018).

2.5.3 Ensihoidon ja päivystyksen työntekijöiden koulutus, tiimityöskentely ja johtajuus

Bost ym. (2010, 215, viitattu 10.12.2018) tutkimuksessa havaittiin, että ensihoitajat turhautuvat väliillä, kun he eivät löydä yhteistä kieltä päivystyksen hoitajien kanssa ja eivät näin ollen välttämättä pääse yhteisymmärrykseen potilaan tilasta. Toisaalta Mikkosen (2014, 31, viitattu 10.12.2018) tutkimuksesta kävi ilmi, että Suomessa ensihoitajien ja päivystyspoliklinikan hoitajien mielestä yhteisymmärryksen puute johtaa harvoin ristiriitatilanteisiin. Kuitenkin yhteisen kielen ja yhteisymmärryksen puuttumista voidaan pitää yhtä suurena haasteena kommunikaatiolle kuin aktiivisen kuuntelun puuttettakin (Bost ym. 2010, 216, viitattu 10.12.2018).

Koulutuksen, kommunikaatiotaitojen ja kokemuksen puute voivat vaikuttaa negatiivisesti tiedonsiirron laatuun ja hidastaa potilaan hoitoa (Bost ym. 2010, 212, viitattu 10.12.2018), (Bost ym. 2012, 139, viitattu 10.12.2018). Silti ensihoitajat ja päivystyksen hoitajat olivat samaa mieltä siitä, että toisen terveydenhuollon ammattilaisen koulutukseen ja tietotaitoon luottaminen voisi vähentää huomioimatta jääneiden vammojen ja oireiden määrää raportoinnissa (Bost ym. 2012, 139, viitattu 10.12.2018).

Tutkimuksissa suositeltiin standardisoitua lähestymistapaa raportointiin, esimerkiksi MIST- tai ISBAR-muistisäännön käyttämistä (Bost ym. 2010, 215, viitattu 17.12.2018), (Bost ym. 2012, 134, viitattu 17.12.2018). Vaikka ensihoitajat eivät välttämättä tiedostaneet käyttäneensä kyseisiä muistisääntöjä, niin havainnoinnissa selvisi, että niiden käyttöä kuitenkin tapahtui jossain määrin (Bost ym. 2012, 137, viitattu 17.12.2018). Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan vain 18,5% ensihoitajista ja päivystyksen hoitajista 54,5% tuntee ISBAR -raportointimallin, mikä on haaste kommunikaatiolle. Tutkimuksessa viitattiin useisiin muihin tutkimuksiin, joissa on päädytty tulokseen, että strukturoidun raportointimallin käyttö laajemmin parantaisi tiedonsiirron laatua. (Mikkonen 2014, 32, 42, viitattu 17.12.2018.)

Bost ym. (2010, 216, viitattu 17.12.2018) tutkimuksessa haasteeksi kommunikaatiolle listattiin myös tiimityöskentelytaitojen ja selkeän johtajuuden puute. Epäselvän organisoitumisen takia haasteeksi voidaan lukea myös se, että ensihoitajien on vaikea selvittää, kenelle raportti annetaan ja kuka siten on vastuussa raportin vastaanottamisesta. Tutkimuksissa kävi myös ilmi, että raportti jouduttiin usein antamaan monelle eri henkilölle esimerkiksi lääkärille ja hoitajalle (Mikkonen 2014, 31, viitattu 17.12.2018), (Bost ym. 2010, 216, viitattu 17.12.2018). (Bost ym. 2012, 136-137, 139, viitattu 17.12.2018.)

Murray ym. (2010, 26-27, viitattu 17.12.2018) tutkimuksessa on käsitelty asioita, jotka aiheutuvat, kun ensihoidon ja päivystyksen välinen kommunikaatio ei toimi sujuvasti. Tutkimuksessa selvisi, että huonosta kommunikaatiosta johtuen potilastiedot saattoivat muuttua tai kirjauksista unohtuivat helposti, mm. potilaan aiempi lääkitys ja allergiat. Tilanteissa oli yleistä, että raportointi suoritettiin useasti. Syytä tapahtuneeseen ei kuitenkaan tutkimuksessa tutkittu. Potilasta hoitava päivystyshoitaja sai triage-hoitajan yhteenvedon potilaasta, suullisen raportin ensihoidolta ja myöhemmin kirjallisen raportin ensihoidolta. Näiden raporttien tiedot poikkesivat toisistaan.

Potilaan hoitovastuun siirtyminen ensihoidolta päivystykselle on kriittinen vaihe potilaan luovutusprosessissa. Tutkimuksissa ei ollut selkeää linjausta, milloin hoitovastuu todellisuudessa siirtyy. Potilasturvallisuus vaarantuu, jos hoitovastuu ei ole selvillä. (Mikkonen 2014, 41-42, viitattu 17.12.2018.) Esimerkkejä vastuun siirtymisajasta ovat raportin päätyminen (Mikkonen 2014, 27), potilasvuoteelle siirtyminen (Bost ym. 2012, 138-139, viitattu 17.12.2018), tai kun potilasvastuu siirretään sanallisesti (esim. ”Potilas on nyt sinun vastuullasi.”). (Bost ym. 2010, 215, viitattu 17.12.2018).

2.5.4 Teknologiasta ja sen käytön puutteista aiheutuvat haasteet raportointitilanteessa

ATK-taidot ja teknisten laitteiden tuntemus ovat tärkeitä asioita raportoinnin onnistumiselle nykyään (Bost ym. 2010, 216, viitattu 17.12.2018). Edelleen monissa paikoissa ensihoitajilla on käytössään vain paperille tehtävä ensihoitokertomus. Tämä tuottaa haasteita potilasluovutustilanteessa, sillä ensihoitajat eivät heti pääse kirjaamaan ensihoitokertomuksen tietoja tietokoneelle. Näin ollen päivystyksen hoitajille syntyy ajallinen viive päästä tietokoneella käsiksi ensihoitajien tekemään ensihoitokertomukseen. (Evans ym. 2010, 464, viitattu 17.12.2018.)

Raportointi on hyvin paljon muistin varassa niin ensihoitajien kuin päivystyksen hoitajienkin osalta. ”Lack of access to documented information at the time of handover can increase the risk of missed information due to ED staff recall of the information by memory alone.” (Bost ym. 2012, 139, viitattu 17.12.2018.) Evans ym. (2010, 464, viitattu 17.12.2018) tutkimuksessa kerrotaan ensihoitajien tavasta tehdä muistiinpanoja raportin muistamiseksi kertakäyttöhanskoihin, jotka heitetään raportin antamisen jälkeen roskiin. Näin ollen nämä tärkeät muistiinpanot eivät ole käytettävissä enää silloin, kun ensihoitajat kirjaavat tietojaan tietokoneelle.

2.6 Opinnäytetyön yhteistyökumppani – Jokilaaksojen pelastuslaitos

Opinnäytetyön tilaajana toimi Jokilaaksojen pelastuslaitos, joten tutkimuksessa havainnoitiin pääsääntöisesti pelastuslaitoksen ensihoitajia. Jokilaaksojen pelastuslaitos toimii yhtenä Suomen 22 alueellisesta pelastuslaitoksesta. Jokilaaksojen pelastuslaitoksen toiminta-alue sijaitsee Pohjois-Pohjanmaan eteläosassa, yhteensä 17 kunnan alueella. (Jokilaaksojen pelastuslaitos 2018C, viitattu 11.12.2018.) Ensihoitoasemia on yhteensä 13 kappaletta (Annala, luento 04.12.2018). Alueella toimivista ympärivuorokautisista ensihoitoyksiköistä 13 toimii hoitotasolla ja seitsemän perustasolla (Jokilaaksojen pelastuslaitos 2018A, viitattu 11.12.2018). 14 ambulanssia on valmiudessa ympäri vuorokauden viikon jokaisena päivänä, viisi ambulanssia 12 tuntia vuorokaudessa viikon jokaisena päivänä ja yksi ambulanssi on valmiudessa arkisin kahdeksan tuntia vuorokaudesta (Annala, luento 04.12.2018.) Alueella toimii myös 24 ensivasteyksikköä (Jokilaaksojen pelastuslaitos 2018A, viitattu 11.12.2018).

Jokilaaksojen pelastuslaitoksella ensihoidon tehtävissä toimii noin 156 terveydenhuollon ammattihenkilöä, joista 100 työskentelee hoitotasolla, 50 perustasolla ja loput kuusi hallinnollisissa tehtävissä (Annala, luento 04.12.2018). Perustason yksikössä voi työskennellä terveydenhuollon ammattihenkilö, joka on koulutukseltaan esimerkiksi sairaanhoitaja, pelastaja tai lähihoitaja. Perustason yksikössä vähintään toisella työntekijällä on oltava ensihoitoon suuntautunut koulutus. Hoitotason yksikössä tulee vähintään toisella työntekijällä olla ensihoitaja AMK-tutkinto tai sairaanhoitajan pätevyys, johon on lisäksi suoritettu 30 opintopistettä ensihoidon erikoistumisopinnoita. (Jokilaaksojen pelastuslaitos 2018B, viitattu 11.12.2018.) Vuonna 2018 Jokilaaksojen pelastuslaitos hoiti yhteensä 30 325 ensihoitotehtävää (Hämeenkorpi, sähköpostiviesti 16.1.2019).

2.7 Opinnäytetyön yhteistyökumppani – Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystys

Tutkimus toteutettiin Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystyksessä ja yhteispäivystyksen hoitajia havainnoitiin pelastuslaitoksen ensihoitajien lisäksi. Oulaskankaan sairaala on osa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriä ja hoitaa potilaita yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa (PPSHP 2019A, viitattu 30.1.2019). Se sijaitsee Oulaisissa, maantieteellisesti Jokilaaksojen pelastuslaitoksen alueen keskiössä, joten iso osa alueen ensihoidon potilaista kuljetetaan sinne.

Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystys päivystää ympärivuorokautisesti erikoissairaanhoidon päivystyspisteenä ja virka-ajan ulkopuolella myös perusterveydenhuollon päivystyksenä. Perusterveydenhuollon päivystys palvelee Alavieskan, Haapaveden, Haapajärven, Kalajoen, Kärsämäen, Merijärven, Nivalan, Oulaisten, Pyhäjärven, Sievin ja Ylivieskan kuntien asukkaita.

Erikoissairaanhoidolla on mahdollisuudet hoitaa sisätautien, keuhkosairauksien ja kirurgian (ortopedia ja urologia) potilaita. Lisäksi yhteispäivystyksessä toimii ympärivuorokautisesti psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotto. (PPSHP 2019B, viitattu 30.1.2019.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoitus on kuvailla Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitajien ja Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystyksen hoitajien välisen kommunikaation haasteita ja onnistumisia raportointitilanteessa potilasta luovutettaessa. Tutkimus keskittyy ensisijaisesti ensihoitajien antamaan suulliseen raporttiin ja siihen, mitä parannettavaa tässä kommunikaatitilanteessa on, jos haasteita ilmenee.

Tutkimuksen tavoite on selvittää suullisen raportoinnin laatu nykyisellään Jokilaaksojen pelastuslaitoksella. Tavoitteena on tuoda esille uutta tietoa suullisen raportoinnin onnistumisista ja haasteista.

Jokilaaksojen pelastuslaitos hyötyy tutkimustuloksista siten, että he saavat ajantasaista tietoa toiminnastaan. Jos kommunikaatiossa ilmenee paljon haasteita, voi pelastuslaitos puuttua niihin esimerkiksi kouluttamalla henkilöstöään. Jos taas kommunikaation laatu on hyvää jo nyt, voidaan tasoa ylläpitää myös tulevaisuudessa. Kun ensihoitajien kommunikaation haasteisiin puututaan ja heidän toimintansa toivottavasti paranee kommunikaatitilanteissa, hyötyvät myös Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystys ja siellä hoidettavat potilaat välillisesti tutkimuksesta.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten ISBAR -raportointimalli toteutuu ensihoitajien ja yhteispäivystyksen hoitajien välisessä suullisessa raportissa, kun potilas luovutetaan ensihoidolta päivystykselle?
2. Millaista on Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitajien ja Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystyksen hoitajien välinen kommunikaatio suullisen raportointitilanteen aikana potilaan luovutustilanteista tehtyjen havaintojen perusteella?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tämä tutkimus on pääasiassa laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus, jossa havainnoidaan autenttisia ensihoitoon liittyviä potilaan luovuttamistilanteita ja hankitaan kuvailevaa tietoa havainnoinnin kohteista. Tutkimuksen tulosten analysointivaiheessa hyödynnettiin myös määrällistä eli kvantitatiivista analysointimenetelmää, sillä havainnoinnin tukena käytetyissä havainnointikaavakkeessa ja taustatietolomakkeissa oli laadullisten havainnointikohtien lisäksi yhdistetty määrällistä tiedonkeruuta. Kahden tutkimusmenetelmän yhdistämistä kutsutaan triangulaatioksi (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 233).

Laadullinen tutkimusote sopii tähän tutkimukseen, koska siinä halutaan tutkia ihmisten sanallista raportointia ja toimintaa potilaan luovutustilanteessa. Laadullisella tutkimusmenetelmällä saadaan parhaiten selville, millaista kommunikaatio on kokonaisuudessaan yhteispäivystyksessä tapahtuvassa raportointitilanteessa.

4.1 Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on kokonaisuus jokaisen tutkijan tekemistä valinnoista (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2018, viitattu 11.4.2018). Laadullinen tutkimus on kohteen kokonaisvaltaista tutkimista. Laadullisessa tutkimuksessa kuvaillaan asioita niin kuin ne todellisuudessaakin näyttäytyvät. Siinä hyödynnetään ihmistä itseään tiedonhankinnassa sen sijaan, että käytettäisiin esimerkiksi ainoastaan kyselylomakkeita tutkimuksen pohjana. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä todistamaan jo olemassa olevia hypoteeseja todeksi, vaan tarkastellaan asioita mahdollisimman objektiivisesti ja yksityiskohtaisesti. Tutkimusmetodeina käytetään menetelmiä, joiden avulla tutkittavien mielipiteet ja käyttäytyminen korostuvat. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 161, 164.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruutyyppinä ovat muun muassa erilaiset haastattelut ja havainnointi (Hirsjärvi ym. 2014, 212). Jälkimmäistä on avattu myöhemmin enemmän, sillä havainnointia käytettiin aineistonkeruumenetelmänä tässä opinnäytetyössä. Haastattelun kolme eri tyyppiä ovat strukturoitu haastattelu, avoin haastattelu ja teemahaastattelu. (Hirsjärvi ym. 2014, 208-209.)

4.2 Tutkimukseen osallistuvien valinta

Tutkimus toteutettiin yhteispäivystyksessä. Tutkimukseen osallistujina ja havainnoinnin kohteina olivat ne pelastuslaitoksen ensihoitajat ja päivystyksen hoitajat, jotka olivat työvuorossa silloin, kun aineistoa kerättiin. Tutkimuksen osallistujat olivat tarkoituksenmukaisesti valittuja, sillä tutkimuksessa haluttiin tutkia nimenomaan tietyn alueen ensihoitajien ja sairaalan hoitajien kommunikaatiota raportointitilanteessa potilasta luovutettaessa (Hirsjärvi ym.2014, 164).

Tutkimuksessa tutkittiin ainoastaan pelastuslaitoksen ja yhteispäivystyksen työntekijöiden välistä kommunikaatiota raportointitilanteessa. Tästä syystä Jokilaaksojen pelastuslaitoksella harjoittelussa olleiden opiskelijoiden antamia raportteja ei otettu mukaan tutkimukseen, sillä se ei kuvaa suoraan pelastuslaitoksen työntekijöiden tapaa raportoida potilaista.

4.3 Aineiston keruu havainnoimalla

Tutkimukseen kerättiin aineistoa käyttämällä laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmistä havainnointia. Havainnoinnin avulla pyrittiin saamaan todenmukainen kuva tutkittavasta ilmiöstä ja kontekstista. Havainnoinnilla saadaan tilannesidonnaisia ja objektiivisia tutkimustuloksia. (Hirsjärvi ym. 2014, 212-213.) Sanallisen ilmaisun lisäksi havainnoinnissa keskitytään esimerkiksi ilmeisiin ja liikehdintään (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, viitattu 11.4.2018).

Havainnoinnin etuna on, että se voidaan toteuttaa tilanteelle ominaisessa ympäristössä, tässä tapauksessa sairaalan yhteispäivystyksessä. On todettu, että havainnoijan läsnäolo voi muuttaa tutkittavien käyttäytymistä. Jotta havainnoija ei läsnäolollaan vaikuttaisi tutkittavien toimintaan, tulee havainnoijan toimia mahdollisimman neutraalisti taustahenkilönä. (Hirsjärvi ym. 2014, 213.) Tämänkin seikan vuoksi tässä tutkimuksessa päädyttiin ei-osallistuvaan havainnointiin. Vaikka tutkimuksessa käytettiin ei-osallistuvaa havainnointia, oli otettava huomioon, että tutkijoiden läsnäolo raportointitilanteessa saattoi vaikuttaa tutkimuskohteiden käyttäytymiseen.

Ennen tutkimuksen aloittamista pelastuslaitoksen ensihoitajia ja yhteispäivystyksen hoitajia informoitiin opinnäytetyön toteutuksen suorittamisesta yhteispäivystyksessä. Ensihoitajille ja päivystyksen työntekijöille kerrottiin, että tutkimuksessa havainnoidaan ensihoidon ja yhteispäivystyksen vä-

listä kommunikaatiota potilaan luovutustilanteessa. Opinnäytetyön suunnitelmaa tai havainnointikaavakkeita ei esitelty työntekijöille, jotta havainnointitilanteet olisivat mahdollisimman todenmukaisia.

Havainnointikaavaketta kokeiltiin käytännössä alku syksyllä 2018, jotta saatiin selville, vastaako se hyvin tutkimuskysymyksiin ja kuinka kaavake toimii käytännössä. Lisäksi saatiin selville kaavakkeen ongelmakohdat. Yhteistyökumppaneiden kanssa sovittiin päivämäärä, jolloin havainnointikaavaketta testattiin Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystyksessä. Tarvittavat muutokset toimitettiin ja kaavakkeeseen tehtiin ennen virallista havainnointia. Tämän esitestauksen jälkeen havainnointi oli helpompaa myös havainnointipaikan ja toiminnan tuntemisen osalta.

Tutkimuksen aineistonkeruu suoritettiin syksyllä 2018 kolmen päivän aikana kesälomien jälkeen. Näin varmistettiin, että havainnointi kohdistui mahdollisimman moneen eri Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitajaan eri työvuoroista. Havainnointipäivät kohdistuivat viikonlopuille, jotta havainnointeja tulisi mahdollisimman monta ja jokaisena päivänä raporteja havainnoitiin vähintään kahdeksan tunnin ajan. Havainnoijia oli kaikkina päivinä paikalla kaksi, jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Yhtä raporttia havainnoi siis kaksi ihmistä yhtä aikaa. Havainnoinnin tuloksia verrattiin jokaisen raportin jälkeen toisiinsa. Tällä varmistettiin, että saadut tulokset olivat samantyyppiset ja näin ollen luotettavimmat. Virallisina havainnointipäivinä raporteja tutkimuksen aineistoksi saatiin yhteensä 16 kappaletta.

Jotta tutkimuksen havainnointi täytti systemaattisen tarkkailun kriteerit, tehtiin havainnoinnin tueksi havainnointikaavake (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, viitattu 11.4.2018). Havainnointikaavake suunniteltiin hyödyntäen löydettyä tietoa raportoinnin haasteista ja hyvistä käytänteistä. Kaavakkeen perustana oli ISBAR- menetelmä, jonka avulla pystyttiin vertaamaan ensihoitajien antamia raporteja siihen, millaisen strukturoidun raportointimallin tulisi olla. Opinnäytetyön tilaaja halusi selvittää, mitä vitaalielintoimintoja/tutkimuksia ensihoitajat kertovat potilaasta suullisessa raportissa päivystyksen työntekijöille. Tilaajan vaatimat vitaalielintoiminnot ja tutkimukset olivat: verenpaine, syketaajuus, sydämen rytmi, hengitystaajuus, hengitysäänet, happisaturaatio, tajunnantaso (GCS), verensokeri ja ruumiinlämpö. Lisäksi havainnointikaavakkeeseen sisällytettiin tarkkailun kohteeksi niitä asioita, joita oli arvioitu haasteelliseksi aikaisemman tutkimustiedon perusteella.

Tutkijat täyttivät havainnointikaavaketta (liite 1) raportointitilanteen edetessä ja sen avulla tilanteesta huomioitiin oleelliset asiat kuten hoitovastuun siirtymisen ajankohta, ISBAR-muistisäännön

käyttö raportoinnissa, kuinka monta kertaa raportti toistetaan, ympäristö, jossa raportti annetaan, sekä kysyykö raportin vastaanottaja lisäkysymyksiä raportista. Lisäksi raportoinnissa otettiin huomioon se, oliko yhteispäivystykseen tulossa kiireetön vai hätätilapotilas, sillä hätätilapotilaasta olisi tullut tehdä yhteispäivystykseen ennakoilmoitus, jolloin yhteispäivystyksen hoitajilla olisi ollut jo alustavaa tietoa potilaasta. Synnytykset rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle, sillä synnyttäjät menivät sairaalassa suoraan synnytysosastolle.

Tutkijoiden täyttämän havainnointikaavakkeen tukena oli taustatietolomake (liite 2 & 3), jonka ensihoitajat ja yhteispäivystyksen työntekijät täyttivät raportointitilanteen jälkeen. Taustatiedoista haluttiin saada selville muun muassa työkokemus vuosina ja koulutustausta. Opinnäytetyön tilaajan pyynnöstä taustatietolomakkeessa esitetään myös avoin kysymys siitä, milloin ensihoitajien ja yhteispäivystyksen työntekijöiden mielestä vastuu potilaasta siirtyi ensihoidolta yhteispäivystykselle.

Havainnointi on itsessään laadullisen tutkimuksen menetelmä. Laadullisen havainnointikaavakkeesta ja taustatietolomakkeista teki muun muassa avoin kysymys potilaan hoitovastuun siirtymisestä ja tutkijoiden tekemät kirjalliset lisähuomiot raportin aikana sanotuista asioista. Raportointitilanteet ovat nopeita tapahtumia. Koska raporteja ei tallennettu millään tavalla, esimerkiksi videolle, oli niihin mahdotonta palata jälkikäteen. Nopeatempoisuuden vuoksi havainnointikaavakkeeseen ei ehtinyt kirjoittaa raportin aikana kovin paljoa laadullisia lisähuomioita. Siksi kaavakkeessa oli myös strukturoituja kohtia esimerkiksi ISBAR -raportointimallin pohjalta, joita myöhemmin analysoitiin määrällisin menetelmin ja joista syntyi määrällistä dataa. Strukturoiduilla kohdilla voitiin selvittää, ilmeneekö (kyllä/ei) jokin tietty asia suullisessa raportissa, esimerkiksi potilaan vitaalielintoinnot (liite 1).

4.4 Aineiston käsittely ja analysointi

Aineiston käsittely ja analysointi alkoi osaltaan jo aineistonkeruuvaiheen kanssa samaan aikaan. Jokaisen raportointitilanteen jälkeen saadut tulokset käytiin tutkijaparin kesken läpi nopeasti ja katsottiin, että tulokset täsmäsivät. Tämän jälkeen molemmat havainnointikaavakkeet ja taustatietolomakkeet nidottiin yhteen, jotta niihin oli helpompi palata jälkikäteen yhtenäisenä raportointitilanteena.

Kun kaikki aineisto oli saatu kerättyä, aloitettiin aineiston systemaattinen analysointi. Laadullinen aineisto käsiteltiin sisällön analyysin menetelmin. Tämä tarkoittaa sitä, että etsitään valmiiksi tekstimuotoisista aineistoista yhtäläisyyksiä ja muodostetaan niistä tiivistettyjä pääluokkia. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2019, viitattu 23.1.2019.) Havainnoinnit tehtiin usean eri kaavakkeen ja taustatietolomakkeen avulla. Tästä syystä analysoinnit suoritettiin useassa osassa. Jokaiselle laadulliselle osa-alueelle tehtiin oma sisällönanalyysi, jolloin jokaisella osa-alueella on myös omat pää-, ylä- ja alaluokat, sekä alkuperäisilmaukset. Sisällön analyysillä analysoitiin taustatietolomakkeiden avoimet kysymykset ja havainnoinnissa esiintyneet laadulliset huomiot. Näin saatiin muodostettua pääluokkia sellaisista asioista, jotka toistuivat aineistossa.

Määrällistä osaa aineistosta lähdettiin käsittelemään siten, että tulokset taulukoitiin manuaalisesti Excel -taulukoon. Aineisto oli mahdollista kirjoittaa auki taulukkomuodossa, sillä laadullisena tutkimuksena aineisto ei ollut niin laaja. Ensihoitajien ja yhteispäivystyksen hoitajien taustatietolomakkeille, sekä havainnointikaavakkeille tehtiin omat taulukot. Taustatietolomakkeiden vastausvaihtoehdot numeroitiin ja Excel -taulukoon merkittiin numerona se vastaus, joka taustatietolomakkeesta oli valittu. Excel -taulukosta laskettiin yhteen, kuinka monta kertaa kutakin vastausvaihtoehtoa oli vastattu. Näin saatiin esimerkiksi selville, kuinka monta ensihoitaja AMK -tutkinnon käynnystä ensihoitajaa tutkimukseen osallistui. Tuloksien tulkinnan selkeyttämiseksi tuloksia ei ilmoiteta prosentteina. Tätä vaihetta havainnollistaa kuvio 1.

R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
RR	P	Rytmi	HT	HÄ	SpO2	GCS	B-gluk	Lämpö
1	2	2	2	1	2	2	2	2
1	1	1	2	2	1	1	1	2
2	2	2	1	1	1	2	2	1
1	1	1	1	2	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	1	1	2	2
2	2	2	1	1	1	2	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	2	2	2	1	1	2	2	1
1	2	2	2	2	2	2	2	1
2	2	2	2	2	1	2	2	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2
1	1	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1
2 (7kpl)	2 (10kpl)	2 (10kpl)	2 (9kpl)	2 (9kpl)	2 (6kpl)	2 (10kpl)	2 (10kpl)	2 (7kpl)
1=mainitaan raportissa								
2=ei mainita raportissa								

KUVIO 1. Ote taustatietolomakkeen taulukoinnista

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset ovat muodostuneet laadullisesta ja määrällisestä aineistosta. Laadulliset tulokset muodostuvat tutkijoiden tekemistä lisähavainnoista, joita tutkijat kirjasit havainnointikaavakkeisiin, sekä tutkittavien kirjallisista vastauksista. Lisähavainnoiksi kirjattiin esimerkiksi ensihoitajien kertomia tietoja potilaan nykytilanteesta, sekä yhteispäivystyksen hoitajien tekemiä lisäkysymyksiä raportista ensihoitajille. Tutkittavilta kysyttiin yksi avoin kysymys taustatietolomakkeessa ja siitä saatiin loput laadullisista tuloksista. Avoin kysymys koski potilaan luovuttamisajankohtaa, eli sitä milloin vastuu potilaasta siirtyi ensihoidolta yhteispäivystykselle. Mielipidettä luovutusajankohdasta kysyttiin sekä ensihoitajilta että yhteispäivystyksen hoitajilta. Laadulliset tulokset ovat esitettyinä sekä tekstinä että kuvioina.

Laadullinen aineisto on jaettu aihepiirin mukaan seuraavasti: havainnointikaavakkeen lisähuomiot potilaan taustatiedoista, havainnointikaavakkeen lisähuomiot potilaan nykytilanteesta, suullisen raportin keskeytykset, päivystyksen esittämät lisäkysymykset potilaasta, Milloin vastuu potilaasta siirtyy ensihoidolta päivystykselle? (ensihoitajien näkemys), Milloin vastuu potilaasta siirtyy ensihoidolta päivystykselle? (päivystyksen hoitajien näkemys). Jokaisesta aihepiiristä on tehty erillinen sisällön analyysi ja ne esitetään tuloksissa alkuperäisinä ilmaisuina, alaluokkina, yläluokkina ja pääluokkina. Lisäksi ensihoitajien antamat toimintaehdotukset päivystykselle on kirjattuna erikseen.

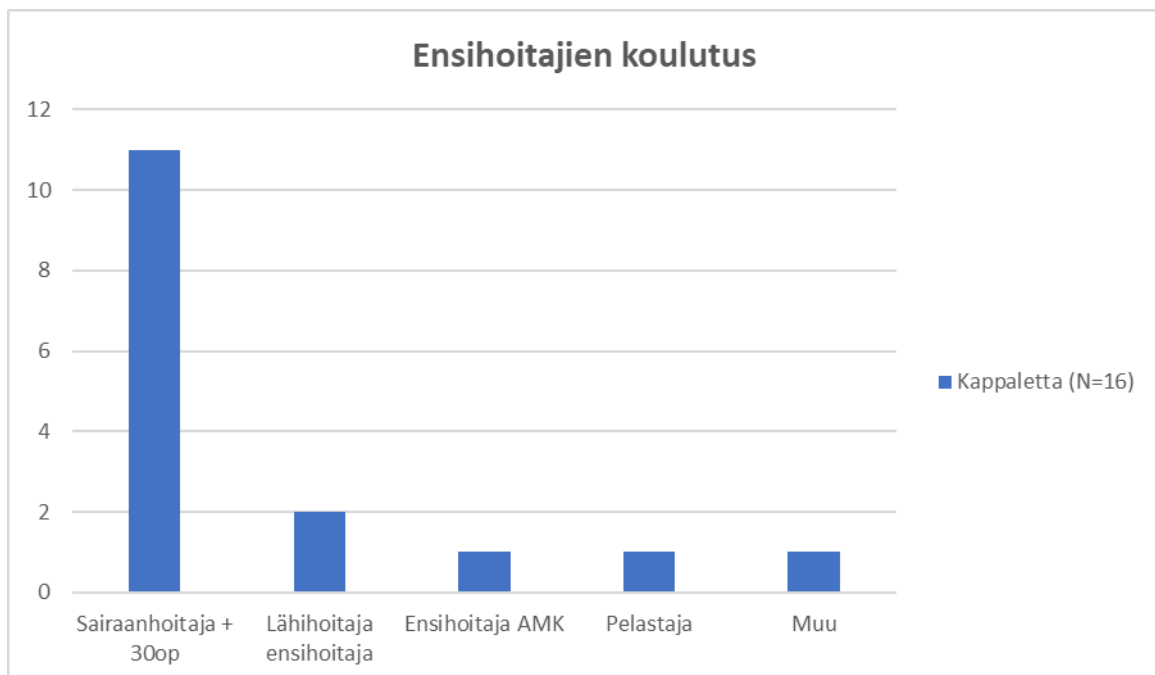
Määrälliset tulokset muodostuvat havainnointikaavakkeen ja taustatietolomakkeiden havainnoitavista kohdista, joissa vastausvaihtoehdot olivat määrällisiä. Tulokset on esitetty kronologisessa järjestyksessä siten, että tulosten esitysjärjestys mukailee havainnointikaavakkeen ja taustatietolomakkeiden järjestystä. Näin ollen laadulliset ja määrälliset tulokset vuorottelevat tekstissä.

Tulokset kuvataan sellaisena kuin ne havainnoinnissa tulivat esille. Havainnointikaavakkeen strukturoidut osat mukailivat suurimmaksi osaksi ISBAR –raportointimallin pohjaa ja havainnoinnissa kiinnitettiin huomiota muun muassa siihen, missä järjestyksessä ensihoitajat kävivät raportin kohdat läpi. Vaikka ensihoitaja ei olisi kertonut tekemäänsä huomiota ISBAR:n oikeassa kohdassa, se kirjattiin siihen kohtaan, jossa ensihoitaja kertoi kyseisen tiedon. Tämän vuoksi sisällön analyysissa esiintyy esimerkiksi potilaan taustatietojen kohdalla myös tietoja potilaan nykytilanteesta.

Tulokset kuvataan kokonaisuudessaan neljässä pääluokassa jaoteltuna omien otsikoidensa alle. Otsikot ovat: taustatiedot, suullisen raportin sisältö, kommunikaatio raportin aikana ja raportointiympäristö, sekä ajankohta, jolloin vastuu potilaasta siirtyy ensihoidolta päivystykselle. Suullisen raportin sisältö on lisäksi selkeyden vuoksi jaettu otsikoiden alle ISBAR -raportointimallin mukaisesti. Sekä laadulliset, että määrälliset tulokset kuvataan ja esitetään tekstinä ja kuvioina.

5.1 Tutkittavien ja suullisten raporttien taustatiedot

Tutkimuksen aineisto sisältää yhteensä 16 havainnoitua raportointitilannetta. Raportteja antaneista ensihoitajista hoitotason ensihoitajia oli yhteensä 12. Ensihoitajista 11 oli koulutuspohjaltaan sairaanhoitajia, jotka ovat käyneet lisäksi 30 opintopistettä ensihoidon opintoja (N=16). Vain yksi ensihoitaja oli suorittanut ensihoitaja AMK- tutkinnon. Raportteja antaneista ensihoitajista perustason ensihoitajia oli neljä. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Ensihoitajien koulutustausta

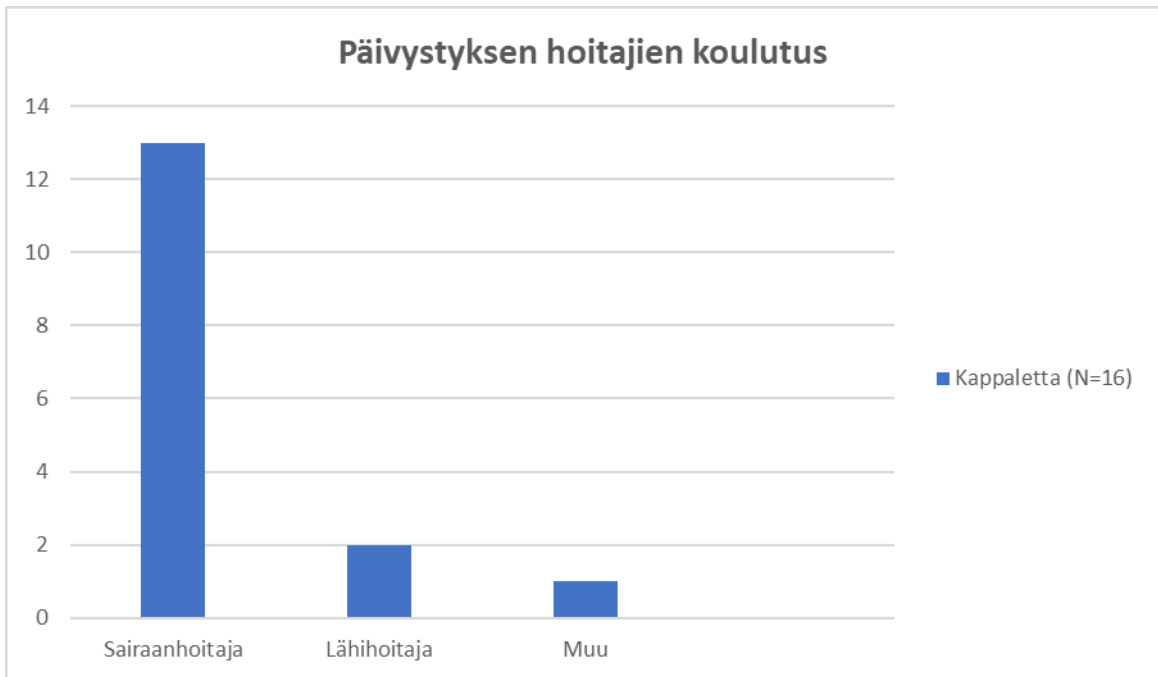
Työkokemusta vuosina tarkasteltaessa kaikki ensihoitajat olivat työskennelleet ensihoidossa vähintään vuoden. Yhdeksän oli työskennellyt ensihoidossa 4-10 vuotta (N=16). Yli kymmenen vuotta

työskennelleitä oli neljä. Vähiten työkokemusta omaavia ensihoitajia oli kolme. He olivat työskennelleet ensihoidossa 1-3 vuotta (N=16). (Kuvio 3.)

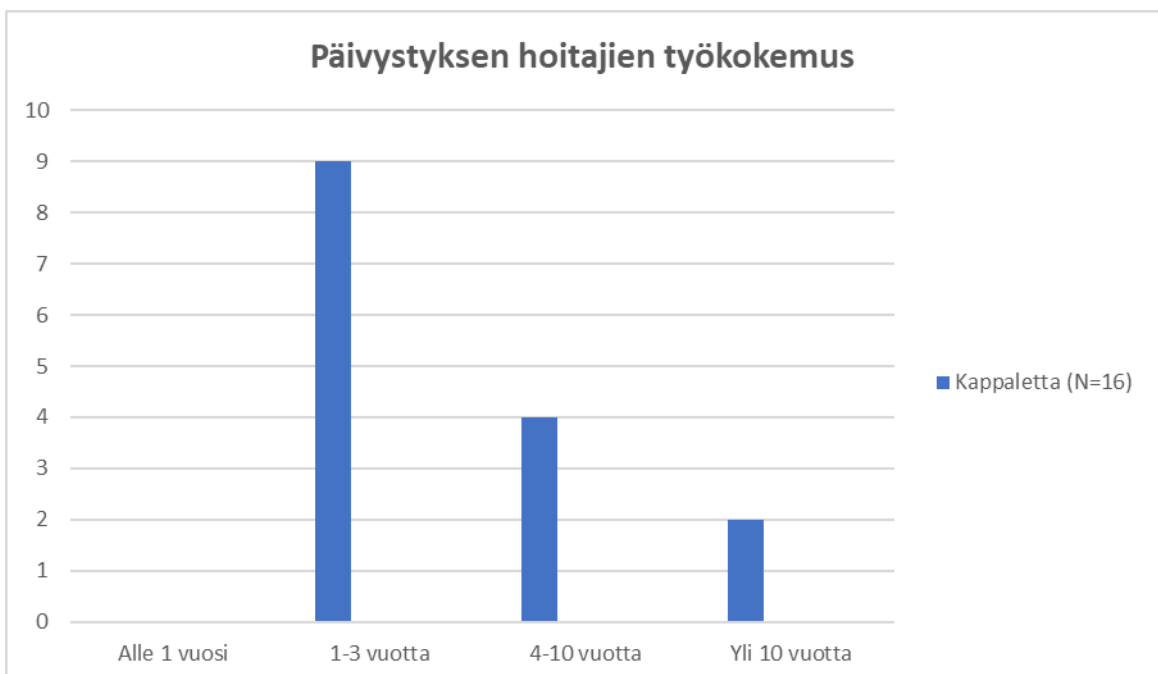


KUVIO 3. Ensihoitajien työkokemus vuosina

Raportteja vastaanottaneista yhteispäivystyksen hoitajista sairaanhoitajia oli 13 (N=16). Hoitajista kaksi oli lähihoitajia ja yksi jokin muun koulutuksen omaava. (Kuvio 4.) Yhdeksän yhteispäivystyksen hoitajista oli työskennellyt hoitajana 1-3 vuotta. Neljä raportin vastaanottanutta hoitajaa oli työskennellyt hoitajana 4-10 vuotta. Yli kymmenen vuotta hoitajana työskennelleitä hoitajia oli kaksi. (Kuvio 5.)



KUVIO 4. Päivystyksen hoitajien koulutustausta



KUVIO 5. Päivystyksen hoitajien työkokemus vuosina

Kaikki yhteispäivystykseen kuljetetuista ensihoidon potilaista kuljetettiin C- tai D-kiireellisyysluokalla. Ensihoidon tuomista potilaista yhdeksän kuljetettiin yhteispäivystykseen sairauden vuoksi (N=16). Vammapotilaita oli kolme ja siirtokuljetuksena tuotuja potilaita oli kaksi.

Ensihoitajien tuomista potilaista 15 kuljetettiin yhteispäivystykseen ilman lähetettä (N=16). Lähetteellä tulleen potilaan läheteeseen oli tutustuttu ennalta yhteispäivystyksessä. Ensihoitajan antamassa suullisessa raportissa lähetettä ei mainittu. Ennakoilmoituksia potilaista oli tehty yhden kerran. Yhdestäkään päivystykseen tuodusta potilaasta ei oltu konsultoitu lääkäriä. Kaikki ensihoidon ja yhteispäivystyksen hoitajista tunsivat ISBAR- raportointimenetelmän.

5.2 Suullisten raporttien sisällön laatu

Raportin sisällön laatu -osiossa keskitytään ISBAR:n sisältöön suullisessa raportointitilanteessa. Havainnointikaavakkeista saatiin poimittua niin määrällistä kuin laadullistakin tietoa, joten niitä on yhdistelty tuloksissa. Määrällisistä tuloksista esiin nousivat vahvimmin seuraavat asiat. Potilas identifioitiin yleensä hyvin suullisen raportin alussa. Sen sijaan ensihoitajat eivät esitelleet juuri koskaan itseään, kun aloittivat raportoinnin. Ensihoitajat kertoivat kattavan tapahtumakuvauksen jokaisessa raportissa. Allergiat tai se, ettei potilaalla ollut allergioita jäi mainitsematta melkein jokaisessa raportissa. Vitaaleista useimmin kerrottiin happisaturaatio. Pulssi, sydämen rytmi, GCS ja verensokeri jäivät useimmin mainitsematta. Ensihoitajat kertoivat yleensä potilaalle antamistaan hoidoista, mutta joissakin raporteissa hoitojen vaste jäi sanomatta. Ensihoitajat antoivat vain harvoin päivystykselle toimintaehdotuksia potilaan jatkohoidosta.

5.2.1 ISBAR – tunnistautuminen (identify)

Ensihoitaja esitteli itsensä (nimi, ammattinimike ja ensihoitoyksikkö) yhden (N=16) suullisen raportin alussa. Potilas identifioitiin nimen avulla 15:ssä suullisessa raportissa. Lisäksi potilaasta kerrottiin sosiaaliturvatunnus 14 kertaa. Potilaan ikä kerrottiin kolmessa suullisessa raportissa.

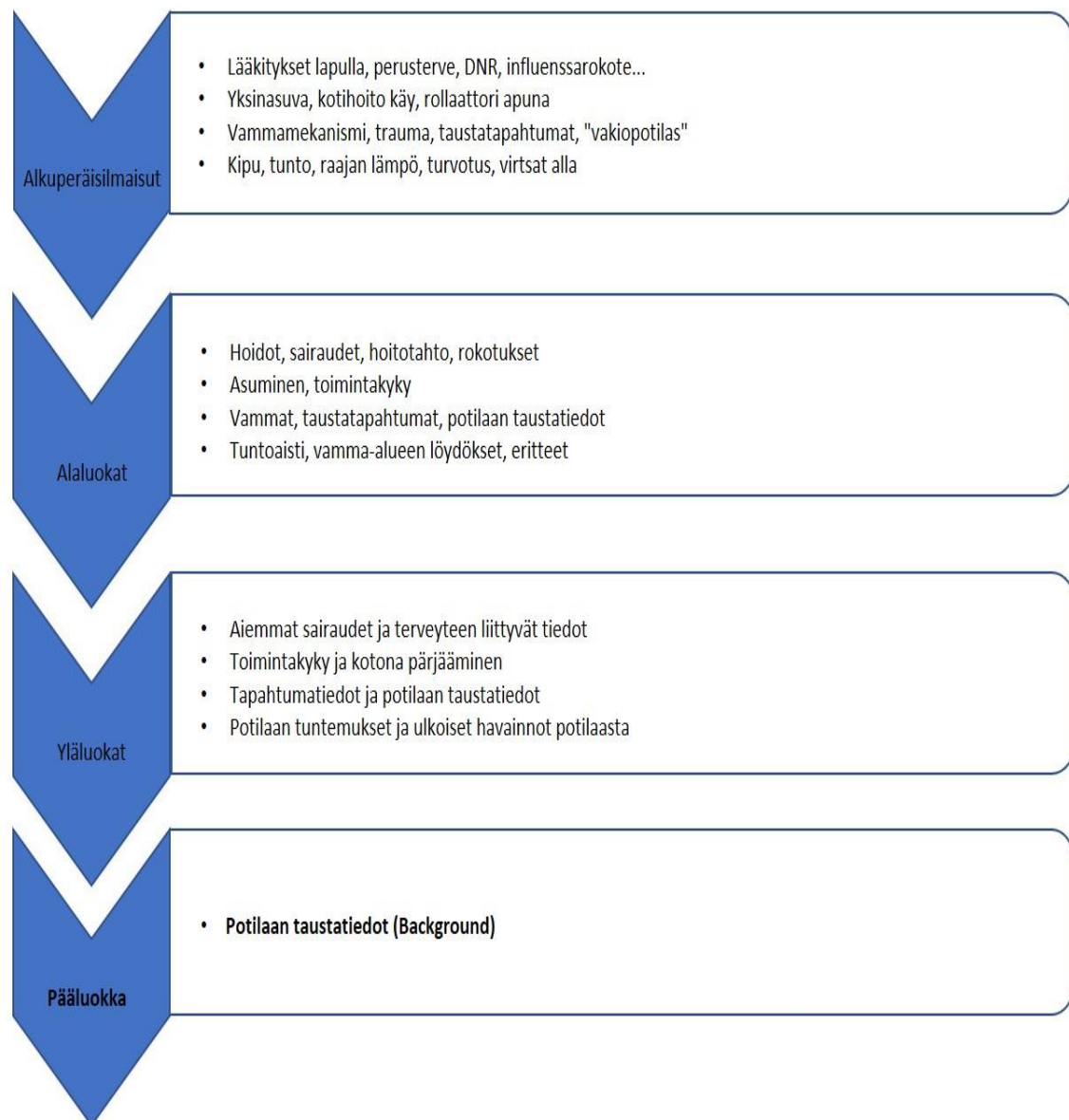
5.2.2 ISBAR – tilanne (situation)

Puolessa tapauksista (N=16) ensihoitajat kertoivat potilaan tulosyyn (esim. rintakipupotilas). Yksi-kään yhteispäivystykseen tuoduista potilaista ei ollut hätätilapotilas ja näin ollen sitä ei suullisissa raporteissa mainittu. Kaikissa ensihoitajien antamissa suullisissa raporteissa kävi ilmi tapahtumakuvaus.

5.2.3 ISBAR – tausta (background)

14:ssä tapauksessa ensihoitajat mainitsivat potilaan aikaisemmat sairaudet tai sen, että potilas on perusterve. Potilaalle annetut aiemmat hoidot mainittiin seitsemässä raportissa. Potilaan allergiat kerrottiin yhdessä suullisessa raportissa.

Ensihoitajat toivat ilmi lisähuomioita potilaan taustatiedoista 11:ssä suullisessa raportissa. Havainnoitsijat kirjasivat näitä lisähuomioita potilaan taustatiedoista havainnointikaavakkeisiin. Näistä huomioista muodostettiin sisällön analyysi (Kuvio 6). Ensihoitajien tekemät lisähuomiot potilaan taustatiedoista saatiin jaettua yhden pääluokan (potilaan taustatiedot) alle. Pääluokkaan päädyttiin alkuperäisilmaisujen, alaluokkien ja yläluokkien kautta.



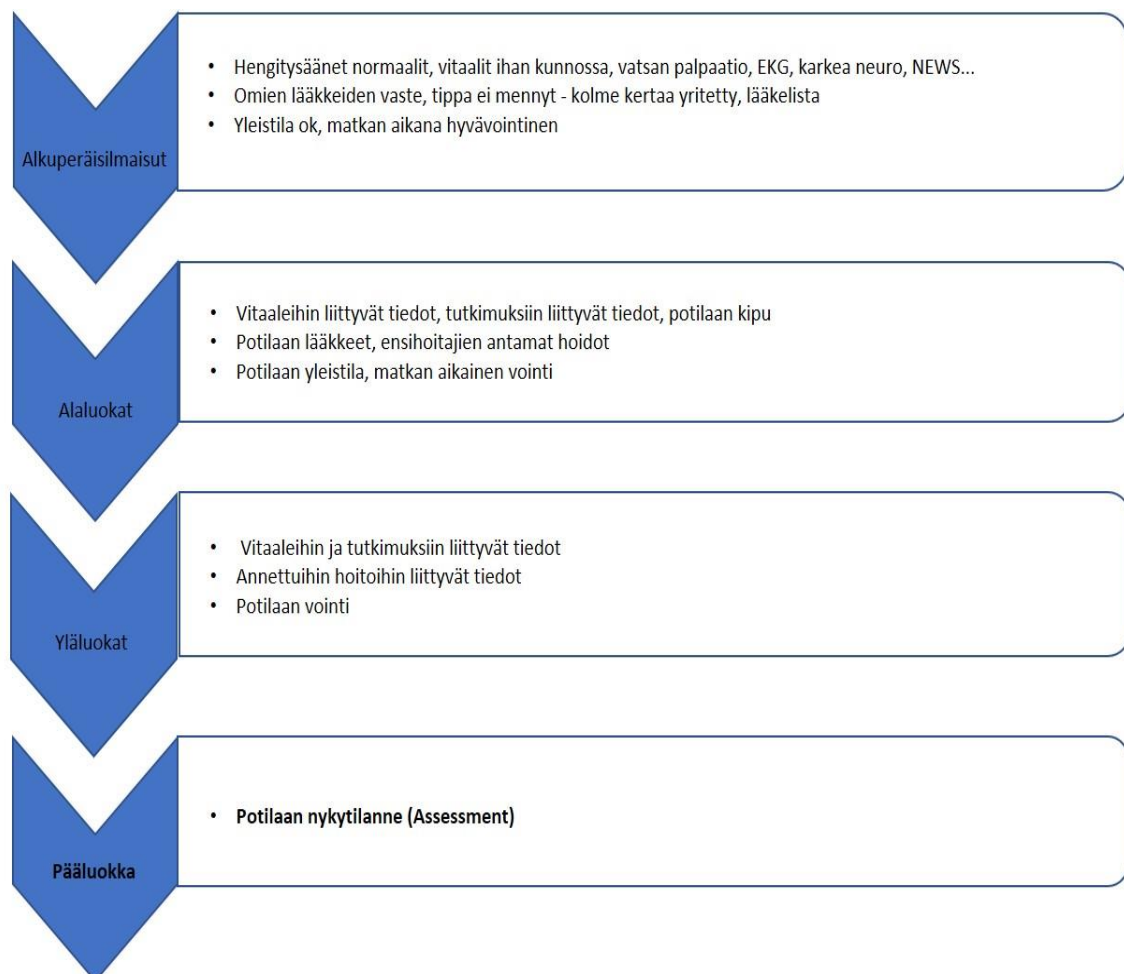
KUVIO 6. Potilaan taustatiedot (Background)

Kuviossa 6 on eriteltyä alkuperäisilmaisut, alaluokat, yläluokat ja lopuksi pääluokka. Ensihoitajat kertoivat huomioita potilaan aiemmista sairauksista ja terveyteen liittyvistä tiedoista. Toimintakyky ja potilaan kotona pärjääminen nousivat esille potilaan tilasta kerrottaessa. Myös tapahtumatiedoista ja potilaan taustatiedoista (kuten se, että potilas on ollut ensihoidon pidempiaikainen asiakas) tehtiin paljon huomioita ensihoitajien toimesta. Lisäksi suullisissa raporteissa kerrottiin usein potilaan tuntemuksista, sekä ulkoisista havainnoista, joita potilaasta oli tehty ensihoitajien toimesta.

5.2.4 ISBAR – nykytilanne (assessment)

Vain kolmessa suullisessa raportissa (N=16) ensihoitaja kertoi kaikki vaaditut potilaan vitaalielintoiminnot ja tutkimukset (liite 1, nykytilanne). Kahdessa suullisessa raportissa (N=16) vitaalielintoimintoja ei kerrottu ollenkaan. Kymmenessä suullisessa raportissa potilaan vitaalielintoiminnoista ei kerrottu pulssia, sydämen rytmiä, GCS:a tai verensokeria. Potilaan happisaturaatio mainittiin useimmin (f=10) suullisissa raporteissa. Hengitystaajuus ja hengityssänet jäivät sanomatta seitsemässä raportissa. Verenpaine ja ruumiinlämpö kerrottiin yhdeksässä raportissa (N=16).

Suullisissa raporteissaan ensihoitajat kertoivat paljon lisähuomioita liittyen potilaan nykytilanteeseen. Havainnoitsijat kirjoittivat näitä lisähuomioita ylös ja niistä tehtiin sisällönanalyysi (Kuvio 7). Ensihoitajien tekemät lisähuomiot potilaan nykytilanteesta saatiin jaettua sisällön analyysilla yhden pääluokan (potilaan nykytilanne) alle.



KUVIO 7. Potilaan nykytilanne (Assessment)

Kuviossa 7 on eriteltynä alkuperäisilmaisut, alaluokat, yläluokat ja lopuksi pääluokka. Potilaan nykytilanteesta kerrottiin vitaaleihin ja tutkimuksiin liittyviä tietoja. Lisäksi ensihoitajat toivat ilmi potilaalle annettuihin hoitoihin liittyviä tietoja, kuten ensihoitajien antamia hoitoja ja tietoja potilaan voinnista, kuten informaatiota potilaan matkan aikaisesta voinnista.

Ensihoitajat olivat antaneet 12:lle potilaalle jonkinlaista hoitoa ensihoidon kontaktin aikana ja kertoivat hoidoista raporteissaan. Toisaalta hoitojen vaste kävi ilmi harvemmin. Hoitojen vaste kerrottiin yhdeksässä suullisessa raportissa.

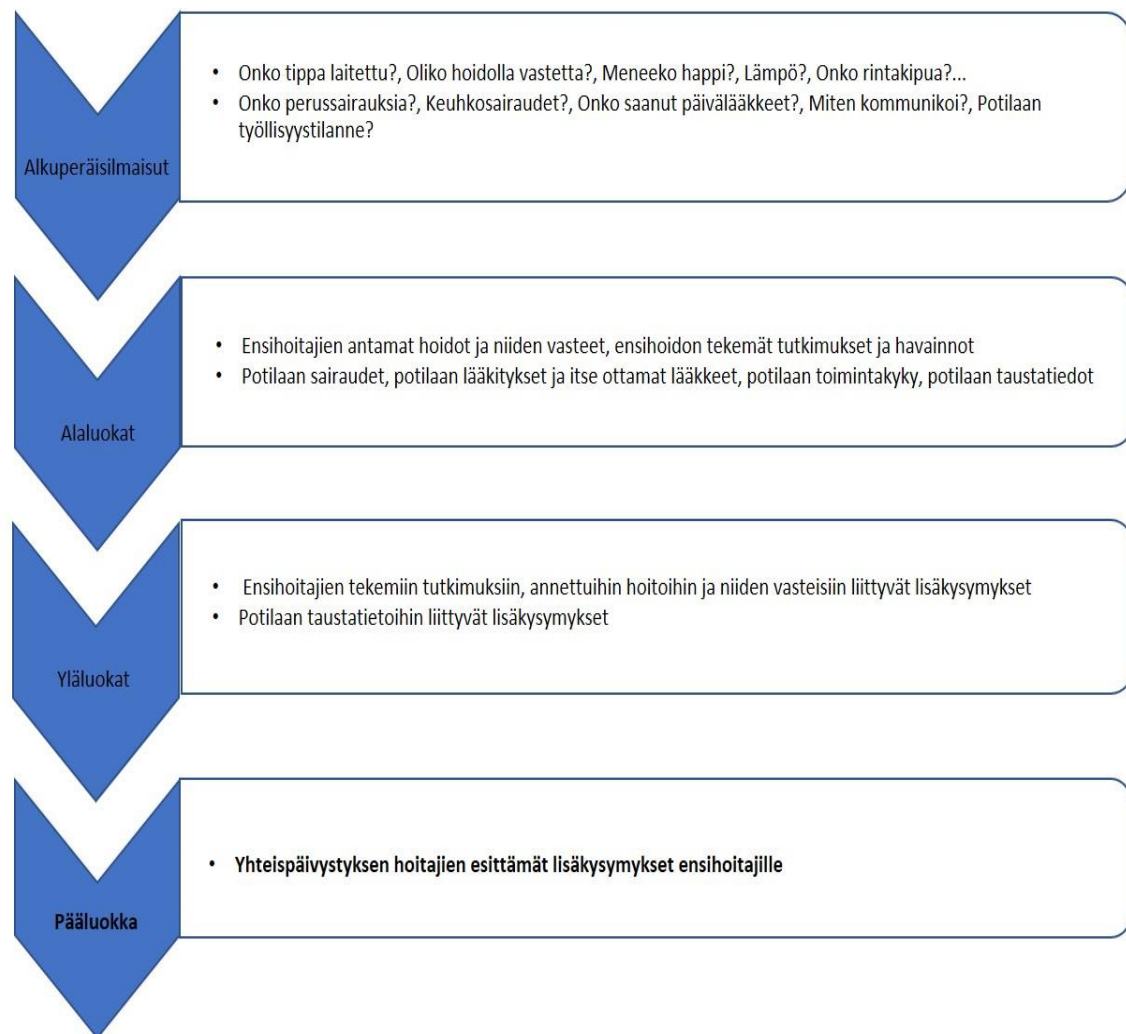
5.2.5 ISBAR – toimintaehdotus (recommendation)

Yhteispäivystykselle annettiin toimintaehdotus/toimintaehdotuksia potilaan hoitamisesta ensihoitajan toimesta harvoin (f=3). Toimintaehdotuksia olivat labrojen ottaminen, potilaan seuranta ja infektiopäily.

5.3 Kommunikaatio suullisen raportin aikana ja raportointiympäristö

ISBAR- raportointimallin mukaista järjestystä noudatettiin kolmessa suullisessa raportissa. Ensihoitajat eivät joutuneet toistamaan suullista raporttia kertaakaan. Yhteispäivystyksen hoitaja kysyi lisäkysymyksiä suullisesta raportista lähes aina (f=14).

Havainnoitsijat kirjasivat näitä lisäkysymyksiä havainnointikaavakkeisiin ja niistä tehtiin sisällön analyysi (Kuvio 8). Lisäkysymykset saatiin sisällön analyysin avulla jaettua yhden pääluokan (yhteispäivystyksen hoitajien esittämiä lisäkysymyksiä ensihoitajille suullisesta raportista) alle.



KUVIO 8. Yhteispäivystyksen hoitajien esittämät lisäkysymykset ensihoitajille

Yhteispäivystyksen hoitajien tekemät lisäkysymykset ensihoitajille muodostui alkuperäisilmaisista, alaluokista ja yläluokista. Yhteispäivystyksen hoitajat kysyivät ensihoitajilta lisäkysymyksiä ensihoitajien tekemistä tutkimuksista, annetuista hoidoista ja niiden vasteista, sekä potilaan taustatiedoista.

Suullinen raportti keskeytyi yhdeksässä raportissa (N=16). Havainnoijat kirjasivat keskeytysten syyt havainnointikaavakkeisiin. Keskeytyksien syyille tehtiin sisällön analyysi ja niistä muodostui yksi pääluokka (raportin keskeytyminen). Pääluokka muodostui seuraavista yläluokista: *ulkoiset häiriötekijät, yhteispäivystyksen työntekijöistä riippuvat häiriötekijät sekä ensihoitajasta riippuvat häiriötekijät*. Yläluokat saatiin seuraavista alaluokista: *puhelimien soiminen keskeyttää raportin, toinen yhteispäivystyksen hoitaja keskeyttää raportin, yhteispäivystyksen hoitajan toiminta keskeyttää ra-*

portin ja toinen ensihoitaja keskeyttää raportin. Alaluokat muodostuivat alkuperäisilmaisista, kuten: päivystyksen puhelin soi, vastaanottava hoitaja kertoo jotain toiselle hoitajalle, potilasrannekkeen tulostaminen ja toinen ensihoitaja keskeyttää kaksi kertaa.

Kaikki (N=16) suulliset raportit annettiin yhteispäivystyksen kansliassa. Suullisten raporttien kestot vaihtelivat suuresti. Suullisten raporttien keston keskiarvo oli 3,4 minuuttia ja mediaanikesto 4 minuuttia.

5.4 Ajankohta, jolloin vastuu potilaasta siirtyy ensihoidolta päivystykselle

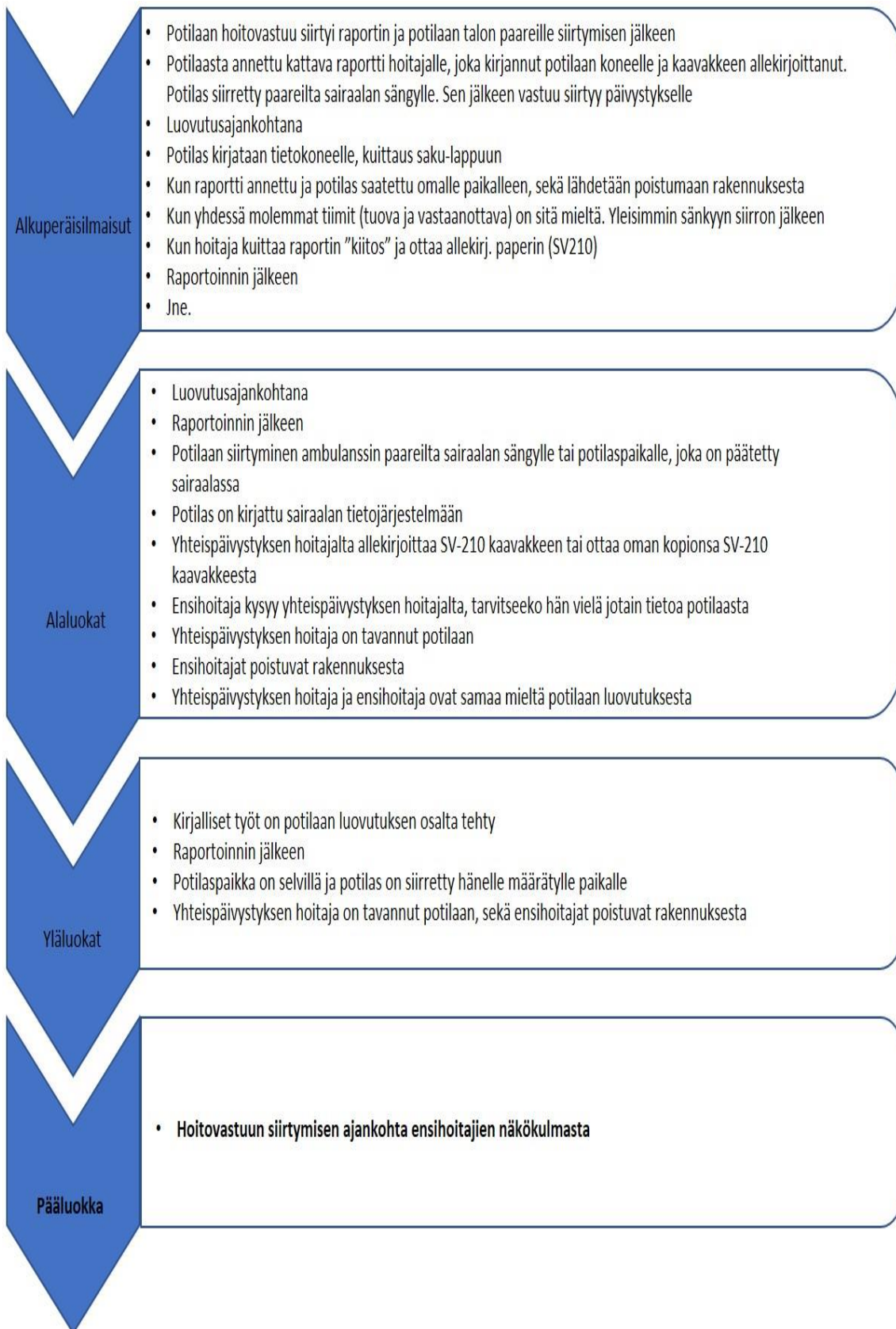
Ensihoitajien ja yhteispäivystyksen hoitajien täyttämien taustatietolomakkeiden viimeisessä kohdassa ensihoitajia ja yhteispäivystyksen hoitajia pyydettiin vastaamaan avoimeen kysymykseen: ”Kerro mahdollisimman tarkasti, milloin mielestäsi vastuu potilaasta siirtyi ensihoidolta päivystykselle?”.

Vastaukset käsiteltiin sisällön analyysin avulla ja ne on esitetty tekstinä ja kuvioina. Ensihoitajien ja yhteispäivystyksen hoitajien vastaukset on käsitelty erikseen. Alkuperäisilmaisut ovat listattuina kokonaisuudessaan kuvioiden ulkopuolelle.

Vastauksista selvisi, että potilaan luovuttamisajankohta oli harvoin ensihoitajille tai päivystyksen hoitajille selvä. Vastaukset vaihtelivat paljon ensihoitajien ja yhteispäivystyksen hoitajien kesken, sekä ammattiryhmien sisällä. Kumpikaan, ensihoitaja tai yhteispäivystyksen hoitaja ei koskaan sanonut ääneen suullisen raportin aikana, milloin potilaan hoitovastuu siirtyy ensihoidolta päivystykselle.

5.4.1 Ensihoitajien vastaukset

Ensihoitajien vastauksista muodostettiin sisällön analyysi (Kuvio 9). Kuviossa on esiteltyä alkuperäisilmaisista johdetut alaluokat, yläluokat ja pääluokka.



KUVIO 9. Hoitovastuun siirtymisen ajankohta ensihoitajien näkökulmasta

Ensihoitajien vastaukset vaihtelivat paljon keskenään, eikä yhtenäistä kantaa potilaan luovutusajankohdalle ollut. Vastaukset vaihtelivat paljon myös ensihoitajien ja yhteispäivystyksen hoitajien välillä. Vaikka hoitovastuun siirtyminen määrittyy sillä ajankohdalla, jolloin yhteispäivystyksen hoitaja on allekirjoittanut ensihoitokertomuksen ja luovutusajankohta on merkitty ensihoitokertomukseen, niin vain harva ensihoitaja vastasi kysymykseen tämän tapaisesti. Sen sijaan ensihoitajat kertoivat hoitovastuun siirtyneen raportoinnin jälkeen, kirjallisten töiden tekemisen jälkeen, potilaspaikan selvittyä ja potilaan siirryttyä hänelle määrätyle paikalleen sekä silloin, kun yhteispäivystyksen hoitaja on tavannut potilaan ja ensihoitajat ovat poistuneet rakennuksesta.

5.4.2 Yhteispäivystyksen hoitajien vastaukset

Yhteispäivystyksen hoitajat vastasivat samaan avoimeen kysymykseen kuin ensihoitajat. Hoitajien vastauksista muodostettiin sisällön analyysi (Kuvio 10). Kuviossa on esiteltyä alkuperäisilmaisista johdetut alaluokat, yläluokat ja pääluokka.



KUVIO 10. Hoitovastuun siirtymisen ajankohta päivystyksen hoitajien näkökulmasta

Myös yhteispäivystyksen hoitajien vastaukset vaihtelivat paljon keskenään, eikä heillä ollut yhteistä linjaa siitä, milloin hoitovastuu potilaasta on siirtynyt ensihoidolta päivystykselle. Yhteispäivystyksen hoitajien mielestä hoitovastuu siirtyy, kun työt potilaan luovutuksen osalta on tehty, raportoinnin jälkeen tai kun potilaspaikka on selvillä ja potilas on siirretty hänelle määrätyle paikalle.

Molemmissa sekä ensihoitajissa, että yhteispäivystyksen hoitajissa oli niitä, joiden vastauksista kävi ilmi, että useamman kuin yhden kriteerin oli täytyttävä, jotta heidän mielestään vastuu potilaasta oli siirtynyt ensihoidolta päivystykselle. Esimerkkinä tällaisesta vastauksesta seuraava: *"Mielestäni vastuu siirtyy sen jälkeen, kun raportti on annettu ja luovutusaika on merkitty."* Tällöin ensimmäinen kriteeri on *"raportti on annettu"* ja toinen *"luovutusaika on merkitty"*.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA UUDET TUTKIMUSAIHEET

Systemaattisen havainnoinnin avulla kerätyn aineiston perusteella saatiin tehtyä johtopäätöksiä siitä, miten ISBAR -raportointimalli toteutuu ensihoitajien ja yhteispäivystyksen hoitajien välisessä suullisessa raportissa, kun potilas luovutetaan ensihoidolta päivystykselle ja millaista on Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitajien ja Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystyksen hoitajien välinen kommunikaatio suullisen raportointitilanteen aikana.

Seuraavat johtopäätökset ovat opinnäytetyöstä eniten esille nousseita asioita. Niihin liittyvä syyseuraus suhteiden pohdinta perustuu tutkimustuloksiin, jotka näyttäytyvät tässä havainnoin aineistossa. Johtopäätösten lisäksi käydään läpi mahdollisia tulevia jatkotutkimusaiheita tähän tutkimukseen liittyen.

6.1 ISBAR -raportointimallin toteutuminen

Kaikki tutkimukseen osallistuneet ensihoitajat ja yhteispäivystyksen hoitajat tunsivat ISBAR -raportointimallin, joten oletuksena oli, että he raportoisivat sen mukaisesti. Tutkimustuloksista voidaan havaita, että näin ei kuitenkaan ollut, vaan raporttien järjestyksessä ja sisällössä oli paljon vaihtelua. ISBAR -raportointimallin järjestys ei toteutunut juuri koskaan ja asioita tuotiin esille väärissä paikoissa. Tämä voi johtaa siihen, että raportti pomppii asiasta toiseen ja kuulijan on haastavampaa pysyä raportin antajan ajatuksenjuoksun perässä.

Suullisen raportin alussa kuuluu esitellä itsensä (nimi, ammattinimike ja ensihoitoyksikkö). Nämä tiedot kuitenkin puuttuivat melkein aina, mikä voi johtua siitä, että ensihoitajat ja yhteispäivystyksen työntekijät tunsivat toisensa jo entuudestaan. Vaikka ensihoitajat eivät juurikaan esitelleen itseään, niin potilas identifioitiin kuitenkin suurimmaksi osaksi hyvin. Potilaan sosiaaliturvatunnus on ensimmäinen asia, jonka päivystyksen hoitaja tarvitsee, jotta hän voi kirjata potilaan tiedot potilastietojärjestelmään. Tästä syystä on luonnollista, että ensihoitajat kertovat tai paperista osoittavat potilaan sosiaaliturvatunnuksen aina raportin alkaessa.

Potilaan perussairaudet tai se, että potilas on perusterve, mainittiin miltei aina. Potilaan allergiat tai se, että potilaalla ei ole allergioita sanottiin ainoastaan kerran. Voidaan pohtia, kertovatko ensihoitajat potilaan perussairaudet hyvin sen takia, että ne ovat oleellinen osa esimerkiksi työdiagnoosia. Potilaan allergioita ensihoitaja taas tarvitsee yleensä sellaisissa tilanteissa, joissa potilasta lääkitään tai potilaalla on allerginen reaktio. Nämä tilanteet ovat harvemmassa, kun taas työdiagnoosiin tulisi pyrkiä jokaisella ensihoitotehtävällä.

Tapahtumakuvaus annettiin kaikissa suullisissa raporteissa. Laadukas tapahtumakuvaus auttaa päivystyksen hoitajaa ymmärtämään tapahtumien kulun ja syyseuraus suhteet potilaan tilassa.

Potilaiden vitaalit esiteltiin suullisessa raportissa vaihtelevasti. Usein kerrottiin vain sellaiset vitaalit, joissa oli jotakin poikkeavaa ja muut vitaalit kuitattiin esimerkiksi sanomalla *"muut vitaalit ok"*. On kuitenkin kyseenalaista, mitä *"muut vitaalit ok"* kullekin raportin antajalle/kuuntelijalle tarkoittaa.

Ensihoitajat kertoivat hyvin potilailleen antamista hoidoista, eli 12:ssa tapauksessa 16:sta. Hoitoja ei kerrottu lopuissa neljässä raportissa, mutta havainnoijilla ei ollut keinoa saada selville, oliko hoitoja edes annettu lopuille potilaille, sillä tutkimuksessa havainnoitiin ainoastaan suullisia raportteja. Näin ollen ei voida tietää, vaikka ensihoito olisikin antanut potilaalle hoitoa, mutta ei vain mainitse siitä päivystykselle antamassaan suullisessa raportissa.

Jostain syystä osassa suullisista raporteista hoitojen vaste jäi ensihoitajilta kertomatta. Kun ensihoitajat ovat tavanneet potilaan, ovat he arvioineet potilaan terveydentilan. Jos potilas on tarvinnut vaivaansa jotakin hoitoa ja hoidolla on ollut vaste, kertovat ensihoitajat yleensä suullisessa raportissa potilaan lähtötilanteen ja nykytilanteen. Voidaan siis pohtia, olettavatko ensihoitajat päivystyksen hoitajien päättelevän, että potilaan tilan muutos on johtunut annetuista hoidoista ja hoidon vastetta ei siksi erikseen ääneen mainita. Kuitenkin aina hoitoja annettaessa täytyisi muistaa kirjata ja raportoida myös niiden vaste, jotta tiedetään, onko annettu hoito riittävän tehokasta ja ettei siitä ole haittaa potilaalle.

ISBAR -raportointimallin viimeinen kohta on toimintaehdotuksen kertominen päivystykselle. Tutkimustuloksissa kävi ilmi, että toimintaehdotuksia kerrottiin ainoastaan kolmessa tapauksessa. Toimintaehdotuksen puuttuminen suullisesta raportista voi johtua esimerkiksi siitä, että ensihoitajat olettavat päivystyksen hoitajien tietävän, miten potilaan tutkimista ja hoitoa jatketaan sairaalassa

ensihoidtajien tekemän työdiagnoosin perusteella. Näin ollen toimintaehdotusta ei erikseen ääneen mainita.

Tutkimustuloksista nousi vahvasti esille, ettei juuri kenelläkään tutkimukseen osallistuneella ollut yhtenäistä mielipidettä siitä, milloin vastuu potilaasta siirtyy ensihoidolta päivystykselle. Sen lisäksi, ettei yhtenäistä mielipidettä vastuun siirtymisen ajankohdasta ollut, vastuuta ei myöskään siirretty kertaakaan ääneen sanoen. Vaikka ensihoidtajalla tai yhteispäivystyksen hoitajalla olisi vastuun siirtymisen ajankohtaan useampikin kriteeri, kuten *”Kun raportti annettu ja potilas saatettu omalle paikalleen, sekä lähdetään poistumaan rakennuksesta.”*, ei vastuun siirtymisen ajankohta ole yksiselitteinen ja selkeä. Se, ettei vastuun siirtymisen ajankohdasta ole yhtenäistä mielipidettä vaarantaa potilasturvallisuuden, koska ajoittain ei ole tiedossa kenen vastuulla potilas on.

6.2 Kommunikaatio raportointitilanteessa

Suullista raporttia ei jouduttu toistamaan kertaakaan. Tämä voi johtua siitä, että henkilö jolle raportti annettiin, oli ensihoidtajilla hyvin tiedossa. Raportointitilanteisiin ei myöskään liittynyt esimerkiksi tarvetta lääkärin läsnäololle, sillä päivystykseen tuodut potilaat olivat siinä kunnossa, että he eivät tarvitse lääkärin välitöntä arviota. Lääkärin tuleminen hetkeä myöhemmin tilanteeseen, jossa suullinen raportti on jo käynnissä voisi aiheuttaa sen, että suullinen raportti tulisi kertoa ensin hoitajalle ja sen jälkeen uudelleen lääkärille.

Ensihoitajien pitämät suulliset raportit keskeytyivät yli puolessa tapauksista. Raporttien antaminen kansliassa saattoi ajoittain häiritä raportin etenemistä, koska tilassa oli aina paljon muitakin työntekijöitä, jotka keskustelivat muista asioista samaan aikaan ja saattoivat hetkittäin puuttua raportin kulkuun. Keskeytykset johtuivat myös päivystyksen hoitajan samanaikaisesta työskentelystä muiden työtehtävien parissa. Keskeytyksiä tapahtui vähemmän silloin, kun raporttia pitävä ensihoitaja oli kansliassa antamassa suullista raporttia ilman työpariaan, sillä työpari saattoi keskeyttää raportin esimerkiksi omilla kommenteillaan tai kysymyksillään.

Ensihoitajien antamista suullisista raporteista kysyttiin lähes aina lisäkysymyksiä yhteispäivystyksen hoitajien toimesta. Tämä osoittaa toisaalta, että ensihoitajat ja yhteispäivystyksen hoitajat olivat hyvässä vuorovaikutuksessa keskenään ja yhteispäivystyksen hoitajaa kiinnosti, mitä ensihoidtajalla

oli sanottavana. Toisaalta taas suullisen raportin tiedot ovat voineet olla puutteellisia, minkä vuoksi yhteispäivystysten hoitaja joutuu kysymään lisäkysymyksiä.

6.3 Uudet tutkimusaiheet

Tulevaisuudessa jatkotutkimuksena voisi toteuttaa samankaltaisen tutkimuksen sen jälkeen, kun sähköinen kirjaaminen on otettu käyttöön Jokilaaksojen pelastuslaitoksella laajemmin. Voitaisiin tutkia, onko sähköisellä kirjaamisella vaikutusta suullisten raporttien laatuun verrattuna nykyiseen SV 210 -lomakkeen käyttöön. Sähköisessä kirjaamisessa ensihoitokertomus on mahdollista lähettää vastaanottavaan yksikköön edeltä, jolloin vastaanottava hoitaja voi tutustua siihen etukäteen. Lisäksi sähköiseen ensihoitokertomukseen voi kirjoittaa enemmän tekstiä kuin yhteen SV 210 -lomakkeeseen.

Tässä opinnäytetyössä suullisia raportteja annettiin ainoastaan C- ja D-kiireellisyyssluokan potilaista. Olisi mielenkiintoista tutkia lisäksi, millaista suullinen raportointi on hätätilapotilaasta raportoitaessa. Näin saataisiin selville, eroaako suullinen raportointi hätätilapotilaan ja kiireettömämmän potilaan välillä.

Jatkotutkimusaiheena voisi myös alkaa kehittää Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ja Oulaskankaan sairaalan yhteispäivystysten välistä yhteistyötä. Tutkimuksessa voisi kehittää ensihoitajien raportointitaitoja ja pohtia, kuinka raportointiympäristöä ja kommunikaatiota voisi entisestään parantaa.

7 POHDINTA

Pohdinta -osiossa tarkastellaan tutkimustuloksia aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden valossa, tutkimuksen luotettavuutta, tutkimuksen eettisiä kysymyksiä ja tutkijoiden omia oppimiskokemuksia.

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua aikaisempien tutkimuksien ja kirjallisuuden valossa

Seuraavassa verrataan opinnäytetyöstä saatuja tuloksia tietoperustassa oleviin tutkimuksiin. Lisäksi tutkimustuloksia verrataan aikaisemmin vuonna 2016 tehdyn Kähkösen YAMK -opinnäytetyön tuloksiin, jossa on osin käytetty samoja tutkimusmenetelmiä kuin tässä opinnäytetyössä.

7.1.1 Suullisten raporttien taustojen tarkastelua

Tutkimuksessa mukana olleet havainnoinnit kohdistuivat C- ja D -kiireellisyysluokan potilaista annettuihin suullisiin raportteihin. Yhteispäivystykseen ei tuotu yhtään hätätilapotilasta havainnointien aikana, eli A- ja B -kiireellisyysluokkien potilaita. Aikaisempien tutkimusten perusteella on tunnistettu kaksi potilaan luovutuksen raportointitapaa: raportointi kiireettömän potilaan kohdalla ja raportointi hätätilapotilaan kohdalla. Suullisen raportoinnin tulisi olla tasalaatuista riippumatta potilaan kiireellisyysluokasta, mutta kiireettömistä potilaista annetaan harvoin yhtä laadukasta raporttia kuin esimerkiksi kriittisesti sairaasta potilaasta. (Bost ym. 2012, 133, viitattu 04.03.2019; Mikkonen 2014, 25, viitattu 04.03.2019) Tutkimuksen perusteella emme voi todentaa onko kiireellisyysluokalla merkitystä raportointiin tai potilaan hoitoon, sillä tutkimuksessa ei havainnoitu yhtään suullista raporttia, joka olisi koskenut A- tai B -kiireellisyysluokan potilasta

Aiemmissa tutkimuksissa ISBAR -raportointimallin tunteminen on ollut vaihtelevaa tai osin jopa heikkoa, mikä on mahdollisesti vaikuttanut tiedonsiirron laatuun (Bost ym. 2012, 137; Mikkonen 2014, 32, 42, viitattu 04.03.2019). Tässä tutkimuksessa kaikki ensihoitajat ja yhteispäivystyksen hoitajat tunsivat ISBAR -raportointimallin. Tutkimuksessa selvisi silti, että ISBAR- raportointimallin järjestystä ei noudatettu täysin suullista raporttia annettaessa, eivätkä kaikki raportointimallin kohdat tulleet ilmi raportissa. Suullisten raporttien sisältö vaihteli suuresti ja osa mukaili raportointimalleja paremmin kuin toiset.

7.1.2 Raporttien sisällön tarkastelua

Tämän tutkimuksen havainnoinneissa potilaan identifioimisessa huomattiin jonkin verran eroavaisuuksia. Vastaavanlaista vaihtelevuutta tuloksissa on saatu myös Kähkösen (2016, 30, viitattu 05.03.2019) tekemässä ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä. Tutkimuksessa potilaan identifioiminen vaihteli vieläkin enemmän kuin omassa tutkimuksessamme. Kähkösen (2016, 30, viitattu 05.03.2019) tutkimuksessa potilaan identifioiminen tapahtui useimmin kertomalla potilaan nimi ja syntymävuosi tai nimi ja potilaan pääasiallinen oire.

Kähkösen (2016, 31, viitattu 05.03.2016) tutkimuksessa riskitiedoiksi luettiin esimerkiksi allergiat. Riskitietona pidettiin myös sitä, jos mainittiin ettei riskitietoja ole, esimerkiksi ”potilaalla ei ole allergioita”. Tässä opinnäytetyössä allergiat tai niiden puuttuminen mainittiin ainoastaan yhdessä suullisessa raportissa. Aikaisemmat sairaudet tai se, että potilas on perusterve, kerrottiin raporteissa miltei aina. Myös Kähkösen (2016, 31, viitattu 05.03.2019) tutkimuksessa perussairaudet olivat yleisimmin raportoituja asioita potilaan taustatiedoista.

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että vitaleista useimmin kerrottiin happisaturaatio. Pulssi, rytmi, GCS ja verensokeri jäivät yli puolessa havainnoinneista mainitsematta. Myös aiemmassa tutkimuksessa on todettu, että vitaalit on kerrottu puutteellisesti puolessa tapauksista (Kähkönen 2016, 32, viitattu 05.03.2019).

Tutkimuksessa mukana olleissa suullisen raportin havainnoinneissa ensihoitajien antamat hoidot kerrottiin, mutta hoitojen vaste jäi muutamassa tapauksessa sanomatta. Lähes vastaavanlaisessa tutkimuksessa annetut hoidot ja hoitojen vaste kerrottiin ylipäänsä vain harvoin. Tässä vastaavanlaisessakin tutkimuksessa hoidot kerrottiin useammin kuin hoitojen vaste. (Kähkönen 2016, 32, viitattu 05.03.2019)

7.1.3 Kommunikaation tarkastelua ensihoidon ja päivystyksen välillä

Opinnäytetyön tuloksissa havaittiin puutteita ISBAR:n etenemisjärjestyksessä ja sisällössä. ISBAR toteutui oikeassa järjestyksessä vain kolmessa suullisessa raportissa. Saman kaltaisia puutteita

havaittiin myös aiemmin tehdyssä tutkimuksessa. Aikaisemman tutkimuksen huomattavimmat ongelmat suullisissa raporteissa ilmenivät epäjohdonmukaisessa etenemisessä ja rakenteessa (Kähkönen 2016, 32, 34, viitattu 05.03.2019).

Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että suullinen raportti keskeytyi häiriötekijän vuoksi (esimerkiksi puhelimen soiminen päivystyksessä) yli puolessa tapauksista. Bost ym. (2012, viitattu 05.03.2019) tutkimuksen mukaan päivystyksen hoitaja keskeytetään suullisen raportin aikana toistuvasti esimerkiksi toisen hoitajan toimesta. Näin ollen tutkimustulokset tukevat toisiaan. Aikaisemmissa tutkimuksissa ilmeni, että raporttia jouduttiin toistamaan useita kertoja eri henkilöille, sen vuoksi, että ensihoitajien oli vaikea selvittää, kenelle raportti annetaan (Mikkonen 2014, 31; Bost ym. 2010, 216; Bost ym. 2012, 136-137, viitattu 05.03.2019). Tämän opinnäytetyön tuloksissa tällaista ongelmaa ei havaittu eli raporttia ei jouduttu toistamaan kertaakaan.

Tässä opinnäytetyössä ensihoitajien antamista suullisista raporteista esitettiin paljon lisäkysymyksiä yhteispäivystyksen hoitajan toimesta. Bost ym. (2012, 136, viitattu 05.03.2019) tutkimuksen mukaan lisäkysymysten esittäminen parantaa raportin laatua, sillä lisäkysymysten esittäminen tarkoittaa sitä, että vastaan ottava hoitaja on kiinnostunut annettavan raportin sisällöstä.

7.1.4 Hoitovastuun siirtymisen ajankohdan tarkastelua

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että hoitovastuun siirtyminen ensihoidon ja päivystyksen välillä potilasta luovutettaessa on ongelmallinen. Hoitovastuun siirtymisen ajankohdasta ei olla yhtä mieltä ensihoitajien ja päivystyksen hoitajien välillä ja tämä vaarantaa potilasturvallisuuden. (Mikkonen 2014, 41; Bost ym. 2010, 215; Bost ym. 2012, 138-139, viitattu 05.03.2019.) Opinnäytetyöstä saatiin samanlaisia tuloksia kuin aikaisemmistakin tutkimuksista. Lisäksi yhtä mieltä ei myöskään oltu ensihoitohenkilöstön kesken ja päivystyksen hoitajien kesken. Mikkosen (2014, 44, viitattu 05.03.2019) mukaan hoitovastuu olisi selkeintä siirtää ensihoidolta päivystykselle ääneen sanoen. Hänen tutkimuksessaan ei kuitenkaan sanottu hoitovastuun siirtymistä ääneen. Tässä opinnäytetyössä hoitovastuun siirtymistä ei myöskään mainittu raportin aikana.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan laadullisenkin tutkimuksen kohdalla arvioida uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden avulla (Kylmä & Juvakka 2007, 128-129). Laadullisessa tutkimuksessa uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että saadut tutkimustulokset todella vastaavat sitä, mitä tutkittavat ovat kertoneet ja ajatelleet, sekä miten he ovat toimineet. Uskottavuutta tutkimukselle tuo myös se, että tutkijat havainnoivat raportointitilanteita tarpeeksi kauan, jotta voidaan todeta, että tutkijat ovat olleet tekemisissä tutkittavan aiheen kanssa tarpeeksi pitkään. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Tämän tutkimuksen uskottavuutta lisää se, että havainnoinnin tukena ja pohjana käytetään yleisesti käytössä olevaa ja potilasturvallisuuden huomioonottavaa ISBAR-raportointimallia. Havainnoinnin tukena käytettävään havainnointikaavakkeeseen valikoitiin tutkimuksen tietoperustasta ilmi tulleita seikkoja, kuten raportointiympäristön vaikutus raportointitilanteeseen. Havainnointikaavake pyrittiin tekemään siten, että havainnoitavat asiat tulevat siinä ilmi yksiselitteisesti. Taustatietolomakkeeseen pyrittiin tekemään selkeät ja lyhyet kysymykset taustatietojen osalta ja avoimesta kysymyksestä helposti ymmärrettävä ja mahdollisimman tarkka.

Kvalitatiivisen tutkimuksen vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että ulkopuolinen henkilö pystyy tutkijoiden muistiinpanojen avulla seuraamaan tutkimuksen kulkua (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Vahvistettavuuteen pyritään vaikuttamaan sillä, että tutkimustehtävät pysyvät tutkijoiden mielessä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Näin pyritään takaamaan se, että tutkimustulokset vastaavat tutkimustehtäviin tarkasti. Tutkijat olivat kriittisiä sen suhteen, että tutkimustulokset olivat oikeellisia. Tutkimusprosessissa oli mukana myös asiantuntijoina opettajia, mikä parantaa tutkimuksen ja raportoinnin vahvistettavuutta.

Tutkijoiden täytyi tiedostaa se tosiasia, että heidän omat ajatuksensa ja käsityksensä saattoivat vaikuttaa hieman tutkimustulosten tulkintaan. Objektiivisuus pyrittiin kuitenkin säilyttämään koko tutkimuksen ajan. Tällä tarkoitetaan laadullisen tutkimuksen refleksiivisyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

On todettu, että havainnoijan läsnäolo voi muuttaa tutkittavien käyttäytymistä. Jotta havainnoija ei läsnäolollaan vaikuttaisi tutkittavien toimintaan, tulee havainnoijan toimia mahdollisimman neutraa-

listi taustahenkilönä. (Hirsjärvi ym. 2014, 213.) Tämänkin seikan vuoksi tässä tutkimuksessa päädyttiin ei-osallistuvaan havainnointiin. Vaikka tutkimuksessa käytettiin ei-osallistuvaa havainnointia, oli otettava huomioon, että tutkijoiden läsnäolo raportointitilanteessa saattoi vaikuttaa tutkimuskohdeiden käyttäytymiseen, esimerkiksi siten, että tutkittava yritti tietoisesti parantaa suoritustaan.

Tutkimuksen siirrettävyys on sitä, että tutkimuksesta saadut tulokset voidaan siirtää johonkin toiseen tutkimusympäristöön. Tämä edellyttää sitä, että tutkijat kuvaavat tutkimuksen toiminnan ja toimintaympäristön tarpeeksi yksityiskohtaisesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkimuksessa käytetyt taustatietolomakkeet ja havainnointikaavake ovat uudelleen käytettävissä myös jossain toisessa toimintaympäristössä, mikä kertoo tutkimuksen siirrettävyydestä.

Opinnäytetyön luotettavuutta parantaa se, että tutkimuksessa kerättiin sekä laadullista, että määrällistä aineistoa. Triangulaarisella lähestymistavalla saatiin kuvailevaa ja täsmällistä tietoa tutkittavasta aiheesta. Tutkimuksen toteutusvaiheessa suullisia raportteja oli havainnoimassa koko ajan kaksi tutkijaa. Tämä parantaa tutkimuksen luotettavuutta, sillä inhimillisen erehdyksen riski pienee huomattavasti, koska kahden ihmisen on paljon helpompi pysyä nopean raportointitilanteen perässä kuin yhden ihmisen.

7.3 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Ennen tutkimuksen toteutusta yhteistyökumppaneilta (Jokilaaksojen pelastuslaitos ja Oulaskankaan sairaala) anottiin tutkimuslupa. Kumpikin yhteistyökumppani puolsi tutkimuslupa-anomusta. Tutkimusaineistossa ei käsitelty potilastietoja tai mitään mikä voisi yhdistää aineistossa ilmi tulevan tiedon yksittäiseen potilaaseen, eikä tutkittavien henkilötietoja. Tästä syystä eettisen toimikunnan lausuntoa ei ollut tarpeellista pyytää ennen tutkimuksen toteuttamista.

Tutkimuksen eettisyyden kannalta on tärkeää, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että, osallistuminen perustuu riittävään tietomäärään (TENK 2019, viitattu 21.20.2019). Tutkimukseen osallistuvilta kysyttiin kirjallinen lupa tutkimukseen osallistumisesta. Tällä toimella kunnioitettiin osallistujien itsemääräämisoikeutta, sillä he pystyivät kieltäytymään tutkimukseen osallistumisesta. Tutkittavia informoitiin tutkimuksesta jo ennen tutkimuksen alkua tutkittavien työnantajan toimesta.

Tutkimuksesta tiedottamiseen tulisi sisällyttää seuraavat asiat: tutkijan yhteystiedot, tutkimuksen aihe, aineistonkeruun konkreettinen toteutustapa ja arvioitu ajankulu, kerättävän aineiston käyttötarkoitus, säilytys ja jatkokäyttö, sekä osallistumisen vapaaehtoisuus (TENK 2019, viitattu 21.02.2019). Tutkimuksen kirjallisessa tutkimuslupalomakkeessa (liite 4) kerrottiin tutkijoiden nimet, tutkimuksen aihe ja tarkoitus, aineistonkeruu menetelmä ja kerättävän aineiston käyttötarkoitus. Lisäksi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus tuli ilmi siten, että tutkimuslupalomakkeen allekirjoittamalla tutkijoille annettiin lupa käyttää saatua materiaalia tutkimuksessa.

On mahdollista, että joissakin tutkimuksissa tutkimuksen toteuttaminen, aineiston säilyttäminen ja tutkimuksen julkaiseminen aiheuttavat tutkimukseen osallistuvilla henkisiä, taloudellisia ja/tai sosiaalisia haittoja. Tieteellisen tutkimuksen eettisyyteen kuuluu olennaisesti näiden haittojen välttäminen. (TENK 2019, viitattu 21.02.2019.) Tämä tutkimus ei ole aiheuttanut tällaisia haittoja tutkimukseen osallistuvilla. Tutkimuksen tulokset on käsitelty objektiivisesti, ketään loukkaamatta. Havainnointitilanteessa tutkittaviin suhtauduttiin kohteliaasti ja asiallisesti. Tutkimuksesta ei aiheudu tutkittaville taloudellista tai sosiaalista haittaa, sillä tutkittavia ei voi identifioida tutkimusraportista.

Tutkimuseettisesti on tärkeää, että tutkittavien yksityisyydensuoja säilyy koko tutkimuksen ajan (TENK 2019, viitattu 21.02.2019). Tutkimusaineisto kerättiin ja esitettiin anonyymisti ja aineistoa käsittelevät ainoastaan tutkimuksen tekijät ja ohjaajat. Tutkimusaineisto säilytettiin muiden ihmisten ulottumattomissa.

7.4 Opinnäytetyöprosessi kokonaisuutena ja omat oppimiskokemukset

Opinnäytetyöprosessi oli kokonaisuudessaan onnistunut. Opinnäytetyön suunnitelma tehtiin huolellisesti ja aikataulusta tehtiin realistinen. Tämän vuoksi opinnäytetyö valmistui aikataulun mukaisesti, eikä kiire yllättänyt missään työn vaiheessa. Lisäksi loppuun asti mietitty opinnäytetyön suunnitelma helpotti etenkin opinnäytetyön toteuttamisvaihetta.

Tutkimuksen tiedonkeruu suoritettiin havainnoimalla. Havainnointien analysointia olisi voinut helpottaa, jos raportointitilanteet olisi nauhoitettu tai muutoin tallennettu niin, että niihin olisi voinut palata jälkikäteen. Videointia ei tehty, sillä videoilla olisi kuulunut muun muassa yksittäisiä potilastietoja. Havainnointiin ei myöskään loppujen lopuksi kerätty niin yksityiskohtaista tietoa (kuten viitaalielintoimintojen tarkkoja arvoja), että videointi olisi tuonut huomattavaa lisäarvoa tutkimuksen

tuloksille. Lisäksi havainnointi tapahtui samassa tilassa havainnoitavien kanssa, joka mahdollisesti vaikutti hieman havainnoinneista saatuihin tuloksiin.

Opinnäytetyöprosessissa haastavinta oli tulosten analysointi, sillä tutkimustuloksia analysoitiin sekä laadullisesti että määrällisesti. Näin ollen myös tulosten esittäminen oli haasteellista. Haasteita tulosten esittämiseen toi myös se, että tulokset koostuivat verrattain useista pienistä kokonaisuuksista, joita piti toisaalta yhdistellä ja toisaalta pitää erillään.

Yhteistyökumppaneiden kanssa toimiminen ja kommunikointi oli sujuvaa. Sopimukset, kuten tutkimusluvut saatiin nopeasti kuntoon ja palaverieita pidettiin tarpeen mukaan. Yhteistyökumppanit olivat aktiivisesti mukana opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa, joten opinnäytetyön tuloksetkin palvelivat todennäköisesti paremmin työn tilaajia. Lisäksi työn edetessä yhteistyökumppanit vastailivat pohdinnan alla oleviin kysymyksiin.

Opinnäytetyön eri vaiheiden (suunnittelu, toteutus ja raportointi) sisäistäminen ja hallitseminen olivat tärkeimmät oppimiskokemukset opinnäytetyöprosessin aikana. Välillä opinnäytetyö täytyi priorisoida muiden menojen edelle ja se opetti ajankäytön hallintaa. Etenkin raportointivaihe opetti suuren tekstikokonaisuuden hallintaa ja tieteellisen tekstin kirjoittamista. Opinnäytetyön valmistuttua voidaan myös sanoa, että opinnäytetyön tekijät ovat tutkittavan aiheen asiantuntijoita.

LÄHTEET

Annala, M. 2018. Ensihoitopäällikkö, Jokilaaksojen pelastuslaitos, luento 04.12.2018.

Bost, N., Crilly, J., Patterson, E. & Chaboyer, W. 2012. Clinical handover of patients arriving by ambulance to a hospital emergency department: A qualitative study. Viitattu 17.12.2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2011.10.002>.

Bost, N., Crilly, J., Wallis, M., Patterson, E. & Chaboyer, W. 2010. Clinical handover of patients arriving to the emergency department – A literature review. Viitattu 17.12.2018, <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.11.006>.

Castrén, M., Helveranta, K., Kinnunen, A., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O. 2012. Ensihoidon perusteet. Viides painos. Pelastusopisto, Suomen Punainen Risti.

de Lange, S., van Eeden, I. & Heyns, T. 2018. Patient handover in the emergency department: 'How' is as important as 'what'. Viitattu 23.1.2019, <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.09.009>.

Elsevier. 2018. Injury – International Journal of the Care of the Injured. Viitattu 2.1.2018, <https://www.journals.elsevier.com/injury>.

Evans, S., Murray, A., Patrick, I., Fitzgerald, M., Smith, S., Andrianopoulos, N. & Cameron, P. 2010. Assessing clinical handover between paramedics and the trauma team. Viitattu 17.12.2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2009.07.065>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Tammi: Helsinki.

Hämeenkorpi, T. 2019. Ensihoidon esimies. Jokilaaksojen pelastuslaitos. sähköpostihaastattelu 16.1.2019. Tekijän hallussa.

Jokilaaksojen pelastuslaitos 2018A. Ensihoito. Viitattu 11.12.2018, <https://www.jokipelastus.fi/en-sihoito>.

Jokilaaksojen pelastuslaitos 2018B. Ensihoito yksiköt ja hoitovälineet. Viitattu 11.12.2018, <https://www.jokipelastus.fi/ensihoitoyksik%C3%B6t-ja-hoitov%C3%A4lineet>.

Jokilaaksojen pelastuslaitos 2018C. Jokilaaksojen pelastuslaitos. Viitattu 11.12.2018, <https://www.jokipelastus.fi/>.

Kangasniemi M., Utriainen K., Ahonen S-M., Pietilä A-M., Jääskeläinen P. & Liikanen E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede. Viitattu 19.4.2018, <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1614408>.

Kansaneläkelaitos 2019. SV 210 – lomakkeen täyttöohje. Viitattu 28.03.2019 <https://www.kela.fi/documents/10180/1978560/SV+210.pdf/26178d29-ba78-453c-9ad0-14c05c71033d?version=1.0>.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen, T. 2017. Ensihoito. 6.-7. painos. Sanoma Pro Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kähkönen, J. 2016. Yhteistoiminnan kehittäminen ensihoidon ja päivystyspoliklinikan rajapinnassa. Metropolia YAMK -opinnäytetyö. Viitattu 05.03.2019, <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201702011844>.

Mikkonen S. 2014. Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. Viitattu 17.12.2018, <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96030/GRADU-1409307065.pdf?sequence=1>.

Murray, S., Crouch, R. & Ainsworth-Smith, M. 2010. Quality of the handover of patient care: A comparison of Pre-Hospital and Emergency Department notes. Viitattu 17.12.2018, <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2010.09.004>.

PPSHP 2019A. Oulaskankaan sairaala. Viitattu 30.1.2019, <https://www.ppsHP.fi/Toimipaikat/Oulaskangas/Pages/default.aspx>.

PPSHP 2019B. Yhteispäivystys Oulaskankaan sairaalassa. Viitattu 30.1.2019, <https://www.ppsHP.fi/Toimipaikat/Oulaskangas/Yhteispaivystys/Pages/default.aspx>.

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2018. KvaliMOTV. Johdatus kvalitatiivisen tutkimuksen oppimisympäristön käyttöön ja perusteisiin. Viitattu 11.4.2018, <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L1.html>.

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2018. KvaliMOTV. Sisällönanalyysi. Viitattu 23.1.2019, https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html.

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2018. KvaliMOTV. Tutkimuksen luotettavuus ja arviointi. Viitattu 19.4.2018, http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3.html.

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV: Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja 2009. Viitattu http://www.fsd.uta.fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Viitattu 10.01.2019, https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN_ISBN_978-952-00-3489-4.pdf?sequence=1.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2018. Terveystuoltolain ensihoitoa koskevat muutokset vuonna 2020. Viitattu 30.01.2019, <https://stm.fi/documents/1271139/6184550/Terveystuoltolaki+ensihoido+yksityiskohtaiset+perustelut+13.6.2018+%28002%29.pdf/33234b98-5947-4058-9a48-67d1554db3f1/Terveystuoltolaki+ensihoido+yksityiskohtaiset+perustelut+13.6.2018+%28002%29.pdf.pdf>.

Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. Viitattu 25.04.2018, http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf.

Tampereen teknillinen yliopisto 2018. Tiedon analysointi. Viitattu 3.1.2018, <http://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/tiedon-analysointi/>.

TENK 2018. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 25.4.2018, <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanta>.

TENK 2019. Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä. Viitattu 21.02.2019, <https://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-ihmistieteissa#1>.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.

THL 2011. Potilasturvallisuutta taidolla –ohjelma. Viitattu 25.4.2018, https://thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_final_180811.pdf.

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 583/2017.

Virtuaaliammattikorkeakoulu 2018. Tutkimuksen reliabiliteetti. Viitattu 19.4.2018, <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/0709019/1193463890749/1193464185783/1194413792643/1194415307356.html>.

Raportti alkoi klo .

	Ilmeneekö? (kyllä/ei)	
I		Tunnistautuminen: Lähetteellä tuleva potilas Mistä potilas tulee, lähettävä taho Ensihoitajan: -nimi -ammatti -yksikkö Potilaan: -nimi -ikä -sosiaaliturvatunnus
S		Tilanne (tulosyy): -Lyhyt selvennys siitä, millaisesta potilaasta ollaan raportoimassa, esim. rintakipupotilas -Onko kyseessä hätätilapotilas
B		Tausta: Tapahtumakuvaus Potilaan aiemmat: -sairaudet -hoidot -allergiat -mahdollinen tartuntavaara/eristys Muuta huomioitavaa:
A		Nykytilanne: -vitaalinelintoiminnot ja tutkimukset RR Syketaajuus Rytmi (ainakin tas./epätas.) Hengitystaajuus Hengitysäänet SpO2 GCS B-gluk Lämpö -ensihoidon antamat hoidot -hoitojen vaste Muuta huomioitavaa:

R		Toimintaehdotus: Toimintaehdotus päivystykselle
----------	--	---

		Muuta huomioitavaa:
Tuliko ISBAR oikeassa järjestyksessä	kyllä / ei	
Todetaanko hoitovastuun siirtyminen ääneen?	kyllä / ei	
Joudutaanko raportti toistamaan useasti?	kyllä / ei	
Kysyykö raportin vastaanottaja lisäkysymyksiä?	kyllä / ei	
Keskeytetäänkö raportin antamista kertaakaan?	kyllä / ei	
Mainitaanko mahdollinen lääkärin konsultaatio?	kyllä / ei	

Raportointiympäristö	-käytävä -kanslia -potilashuone -ensiapu/valvontahuone "elppari" -muu, mikä?
-----------------------------	--

Raportti päättyi klo .

Koulutus	-ensihoitaja AMK -lähihoitaja ensihoitaja -sairaanhoitaja + 30op -sairaanhoitaja -pelastaja -opiskelija -muu, mikä?
Työkokemus vuosina	alle 1 vuotta 1-3 vuotta 4-10 vuotta yli 10 vuotta
Tehtävän kuljetuskoodi (esim. 705B)	_____ A _____ B _____ C _____ D
Onko lääkäri tehnyt potilaasta lähetteen?	kyllä ei
Tehtiinkö potilaasta ennakoilmoitus?	kyllä ei
Konsultoitiinko lääkäriä? Mitä lääkäriä on konsultoitu (esim. Oulaisten etupäivystäjä, Finnhems 50...)?	kyllä ei lääkäri:
Onko ISBAR sinulle tuttu?	kyllä ei

Kerro mahdollisimman tarkasti, milloin mielestäsi vastuu potilaasta siirtyi ensihoidolta päivystykselle?

Koulutus	-sairaanhoitaja -lähinhoitaja -lääkäri -opiskelija -muu, mikä
Työkokemus vuosina	alle 1 vuotta 1-3 vuotta 4-10 vuotta yli 10 vuotta
Onko lääkäri tehnyt potilaasta lähetteen?	kyllä ei en tiedä
Oletko lukenut mahdollisen lääkärin lähetteen?	kyllä ei
Tehtiinkö potilaasta ennakoilmoitus?	kyllä ei
Onko ISBAR sinulle tuttu?	kyllä ei

Kerro mahdollisimman tarkasti, milloin mielestäsi vastuu potilaasta siirtyi ensihoidolta päivystykselle?

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia ensihoitajien ja yhteispäivystyksen hoitajien välisen raportoinnin onnistumisia ja haasteita. Allekirjoittamalla lupalomakkeen, suostutte siihen, että tutkijatyöpari Henna Lavander ja Katariina Larikka ovat läsnä, havainnoivat raportointitilannetta ja käyttävät saamiaan tuloksia tutkimuksessa. Tutkittavat säilyvät täysin anonyymina ja tunnistamattomana koko tutkimuksen ajan, eikä kenenkään yksittäisen ihmisen henkilöllisyys tule julki missään tutkimuksen vaiheessa.

Aika ja paikka _____

Allekirjoitus _____