



**LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU**  
*Lahti University of Applied Sciences*

# HÄTÄSEKTION TOIMINTAMALLIN LUOMINEN JA KÄYTTÖÖNOTTAMINEN PORVOON SAIRAALAN SYNNYTYSYKSIKÖSSÄ

Opinnäytetyö

LAHDEN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja  
johtamisen koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Kevät 2013  
Millariikka Rytönen

Lahden ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveystieteiden Ylempi Ammattikorkeakoulututkinto  
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

RYTKÖNEN, MILLARIKKA: Hätäsektion toimintamallin luominen ja  
käyttöönotto Porvoon sairaalan  
synnytysyksikössä

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen opinnäytetyö,  
79 sivua, 25 liitesivua

Kevät 2013

## TIIVISTELMÄ

---

Tämä opinnäytetyö oli työelämälähtöinen kehittämishanke Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Porvoon sairaalan kanssa. Kohdeyksikkönä oli synnytysyksikkö ja yhteistyöyksikköinä leikkaus- ja anestesiayksikkö sekä tehostetun valvonnan yksikkö. Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää Porvoon sairaalan hätäsektiojärjestelyjä ja sen myötä parantaa potilasturvallisuutta Porvoon sairaalan synnytysyksikössä. Kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda yhdessä henkilökunnan kanssa toimintamalli hätäsektiojärjestelyille sekä ottaa luotu toimintamalli käyttöön Porvoon sairaalan synnytysyksikössä.

Hätäsektiojärjestelyiden kehittäminen jaettiin kolmeen osa-alueeseen. Ensimmäinen osa-alue oli ennaltaehkäisevien ja mahdollista hätäsektiota helpottavien toimien kokoaminen omaksi osa-alueekseen. Toinen osa-alue oli varsinaisen hätäsektion toimintamalli eli tarkka kuvaus siitä, mitkä roolit hätäsektiossa kullakin on ja miten hätäsektiotilanteessa edetään. Hankkeen kolmas osa-alue oli koulutus-suunnitelma, jossa kätilöt ja tehostetun valvonnan sairaanhoitajat koulutetaan toimimaan tarvittaessa hätäsektiossa instrumentti- ja anestesiahoitajien tehtävissä.

Kehittämishanketta varten perustettiin moniammatillinen työryhmä, jossa oli yhteensä 10 jäsentä kaikista kohde- ja yhteistyöyksiköistä Porvoon sairaalassa. Työryhmä loi kolmiosaisen hätäsektion toimintamallin Porvoon sairaalaan ja uuden toimintamallin vaikutuksesta DDI – aika (decision-delivery-interval, aikaväli hätäsektiopäätöksestä syntymään) pysyy alle 20 minuutissa ja jopa lyhenee verrattuna aiempaan tilanteeseen, jossa hätäsektio aloitettiin vasta päivystävän leikkaustiimin toimesta.

Hätäsektiota vaativa tilanne tulee usein täysin arvaamatta ja turvallisuutta voidaan lisätä toimivalla ja osaavalla hoitoketjulla sekä harjoitellulla toimintamallilla. Tämän hankkeen myötä hätäsektiot saadaan nykyisin suoritettua entistä nopeammin Porvoon sairaalassa ja näin ollen potilasturvallisuus on lisääntynyt merkittävästi.

Avainsanat:

hätäsektio, toimintamalli, potilasturvallisuus, synnytystoiminta

Lahti University of Applied Sciences  
Master Programme in Developing and Management of Social and Health Care

RYTKÖNEN, MILLARIKKA:                      Creation and Introduction of Emergency  
Caesarean Section Operation Model on  
the Maternity Ward of Porvoo Hospital

Master's Thesis in Development and Management in Social and Health Care,  
79 pages, 25 appendices

Spring 2013

## ABSTRACT

---

This Thesis was a development project done together with HUS - The Hospital District of Helsinki and Uusimaa, Porvoo Hospital. The target unit was the maternity ward and the co-operating units were the Operation Room and Intensive Care Unit. The aim of the development project was to develop a model of emergency caesarean section approach at Porvoo Hospital and thus improve patient safety at Porvoo Hospital maternity ward. The objective of this development project was to create a model of emergency caesarean section approach together with the staff and use the model in Porvoo Hospital.

The development of a model of emergency caesarean section approach was divided into three sub-areas. The first part was gather together preventive and facilitating measures of emergency c-section. The second part was the actual emergency c-section model, an accurate description of what the roles are during emergency c-section and how to proceed in it. The third part of the project area was a training plan in which midwives and intensive care unit's nurses were trained to work in instrument and anaesthesiological roles during emergency C-section.

The development project was set up for a multi-professional group, which had a total of 10 members from the maternity ward and the other co-operating units of Porvoo hospital. The group created a three-part model of emergency caesarean section in Porvoo hospital and the effects of the new model on the DDI - time (decision-delivery-interval) was that it remained less than 20 minutes and even shorter compared to the previous situation, in which emergency c-section were only started by the actions of the surgery team on duty.

Situations requiring emergency c-section often come completely unexpectedly and the safety of this operation can be improved through practiced and tested model. This development project made it possible to do emergency c-section faster in Porvoo hospital and, therefore, as a result of this patients' safety has increased significantly.

Key words:

Emergency caesarean section, operation model, patient safety, obstetrics

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	SYNNYTYSPALVELUIDEN VALTAKUNNALLINEN TOTEUTTAMINEN NYT JA TULEVAISUUDESSA	5
2.1	Synnytyssairaalat Suomessa	5
2.2	Synnytysten keskittäminen Suomessa	8
2.3	Synnytykset Suomessa lainsäädännön, viranomaiskannanottojen ja tilastojen valossa	13
3	HÄTÄSEKTIO SYNNYTYKSEN ERITYISTILANTEENA	17
3.1	Hätäsektio	17
3.2	DDI, decision-delivery-interval eli aikaväli hätäsektiopäätöksestä syntymään	19
3.3	Potilasturvallisuus synnytyksen hoidossa	20
4	MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ OSANA ORGANISAATION KEHITTÄMISTÄ	23
4.1	Moniammatillinen yhteistyö synnytyksen hoidossa	23
4.2	Organisatorinen oppiminen ja muutos organisaatiossa	25
4.3	Kehittämismenetelmänä kehittävä työntutkimus	27
5	KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS, TAVOITE JA KOHDEYKSIKKÖ	30
5.1	Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoite	30
5.2	Kehittämishankkeen kohdeyksikkö	31
6	HÄTÄSEKTION TOIMINTAMALLIN LUOMISEN JA KÄYTTÖÖNOTTAMISEN PROSESSIN KUVAUS	36
6.1	Kehittämishankkeen työryhmä, prosessikuvaus ja aikataulu	36
6.2	Tiedonkeruu kehittämishankkeen työryhmän työskentelyn pohjaksi	41
6.2.1	Tiedonkeruun tutkimuskysymykset	41
6.2.2	Kysely Suomen synnytysyksiköille	42
6.2.3	Ryhmäteemahaastattelu hätäsektioon osallistuvalla henkilökunnalla ja sen analysointi	43
6.3	Hätäsektiökäytännöistä Suomen synnytyssairaaloissa	48
6.4	Porvoon sairaalan hätäsektiojärjestelyjen nykytila sekä toiveet Porvoon sairaalan luotavasta hätäsektion toimintamallista	52

6.4.1	Henkilökunnan näkemys siitä, millainen hätäsektion toimintamalli Porvoon sairaalaan halutaan luoda	52
6.4.2	Henkilökunnan näkemys siitä, mikä tämän hetkisessä toiminnassa koetaan hyväksi	53
6.4.3	Henkilökunnan näkemys siitä, mikä tämän hetkisessä hätäsektiotoiminnassa vaatii kehittämistä	53
6.5	Tiedonkeruun luotettavuus ja etiikka	54
7	<b>HÄTÄSEKTION TOIMINTAMALLI PORVOON SAIRAALASSA</b>	59
7.1	Hätäsektiota ennaltaehkäisevät ja hätäsektiotoimenpidettä helpottavat toimet	59
7.2	Hätäsektion toimintamalli ”näin meillä toimitaan”	60
7.3	Koulutussuunnitelma kätilöille ja tehostetun valvonnan sairaanhoitajille hätäsektiossa avustamisessa	62
8	<b>POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	64
8.1	Kehittämishankkeen pohdinta ja prosessin arviointi	64
8.2	Kehittämishankkeen merkitys hoitotyölle ja HUS Porvoon sairaalalle	67
8.3	Jatkokehittämissuositukset	68
	<b>LÄHTEET</b>	69
	<b>LIITTEET</b>	80

## LUETTELO KUVIOISTA JA TAULUKOISTA SEKÄ SANASTO

### KUVIOT

- Kuvio 1.** Sairaanhoidon erityisvastuualueet, sairaanhoitopiirit ja keskussairaalat 2012.....s. 7
- Kuvio 2.** Vasemmalla Suomen 31 synnytyssairaalaan vuonna 2010 (synnytysmäärät vuodelta 2008) sekä väestötiheys vuodelta 2005. Oikealla Venesmaan (2011) näkemys optimaalisesta 10 synnytyssairaalan verkostosta Suomessa.....s.11
- Kuvio 3.** Sektioiden osuus kaikista synnytyksistä Suomessa vuonna 2010.....s.18
- Kuvio 4.** Kehittävän työntutkimuksen vaiheet Engeströmiä mukaillen.....s.28
- Kuvio 5.** Hätäsektiojärjestelyjen kehittämisen kolme osa-aluetta.....s. 29
- Kuvio 6.** HUS:n erikoissairaanhoidon on Uudellamaalla organisoitu 26 kunnan alueella viideksi sairaanhoitoalueeksi.....s.31
- Kuvio 7.** HUS Porvoon sairaanhoitoalueen organisaatiokaavio.....s.32
- Kuvio 8.** Kehittämishankkeen työryhmän jäsenet ja työyksiköt.....s.35
- Kuvio 9.** Kehittämishankkeen prosessikuvaus ja aikataulu.....s.38
- Kuvio 10.** Suomen synnytyssairaalat vuonna 2011 THL:n jaottelun mukaan sekä kyselyyn vastanneiden osuus niistä.....s.46

### TAULUKOT

- Taulukko 1.** Kyselyyn vastanneiden synnytyssairaaloiden sekä Porvoon sairaalan miehitys vuonna 2011. ....s.50
- Liite 1.** Suomen synnytyssairaalat vuonna 2011 THL:n sairaalatyyppiijaottelun mukaisesti, synnytysmäärät vuosilta 2008-2009.
- Liite 8.** Opinnäytetyön ja kehittämishankkeen toteutunut aikataulu
- Liite 17.** Sähköpostikyselyyn vastanneiden synnytyssairaaloiden sektioprosentit

## SANASTO

**aktiivipäivystys** = lääkäri päivystää fyysisesti sairaalan tiloissa

**anestesiologi** = anestesiologian erikoislääkäri eli anestesia­lääkäri, kansanomaisesti nukutuslääkäri. Lyhenteenä taulukossa 1 ”**ane**”.

**ane.hoitaja** = anestesiahoitaja, lyhenteenä taulukossa 1.

**Apgarin pisteet** = vastasyntyneelle annettavat kuntoisuus­pisteet. Pisteitä saa 0-2 viidestä ominaisuudesta: ärtyvyydestä, sydämen sykkeestä, hengityksestä, lihaskäntevyydestä ja väristä. Pisteet annetaan 1 minuutin, 5 minuutin ja 10-15 minuutin iässä. Vastasyntynyt saa siis 0-10 pistettä. 7-10 katsotaan normaaleiksi pisteiksi.

**elektiivinen** = suunniteltu, esimerkiksi elektiivinen sektio = ennalta suunniteltu sektio

**etupäivystys** = kts. aktiivipäivystys

**gynekologi** = gynekologian ja obstetriikan erikoislääkäri eli naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri. Taulukossa 1. lyhenne gyn.

**gyn.tiimi** = gynekologinen leikkaustiimi. Leikkaussalissa työskentelevien sairaanhoitajien tiimi: anestesiahoitaja, instrumenttihoitaja ja avustava hoitaja eli passari. Lyhenteenä taulukossa 1.

**imukuppisyntyys, imukuppiulosautto** = synnytys, jossa vauva vedetään ulos kohdusta imukupin avulla

**instrumentaalinen synnytys** = synnytys, johon joudutaan puuttumaan instrumentein eli keisarileikkaus, imukuppi- tai pihtisyntyys

**kohdun inversio** = kohdun nurinpäin kääntyminen

**lapsivesiembolia** = lapsivettä ja/tai sen sisältämiä partikkeleita pääsee äidin verenkiertoon

**lh** = lastenhoitaja, lyhenteenä taulukossa 1.

**napanuoraprolapsi** = napanuoran esiinluiskahdus

**obstetriikko** = kts. gynekologi. Synnytysten erikoislääkäri

**Opera® – ohjelma** = leikkaussalin atk-pohjainen ohjausjärjestelmä

**pediatri** = lastentautien erikoislääkäri. Taulukossa 1. lyhennee ped.

**perinataalikuolleisuus** = kuolleenä syntyneiden ja ensimmäisen elinviikon aikana kuolleiden osuus kaikista synnytyksistä, ilmoitetaan usein prosentteina

**pihtisyntyys** = synnytys, jossa vauva vedetään ulos kohdusta pihtien avulla

**Stan® – sydänäänirekisteröinti** = sikiön sydänääniä rekisteröivä laite, joka analysoi samalla sikiön ekg:tä eli sydämen sähköistä toimintaa. Laitetta käytetään synnytyksen yhteydessä. Stan®-analysaattori mittaa automaattisesti sikiön ekg:n ja yhdessä sikiön sydänäänikäyrän kanssa antaa tietoa sikiön sydämen aineenvaihdunnasta ja tunnistaa sikiöt, joilla on synnytyksenaikainen asfyksia- eli hapenpuutteen riski.

**vastasyntyneen pH-arvo** = napanuoran valtimo- ja laskimoverestä tai vastasyntyneestä otettava verinäyte, jolla mitataan happo-emästasapainoa. Näistä verikäsuarvoista voidaan arvioida vastasyntyneen vointia.

# 1 JOHDANTO

Suomessa äiti- ja perinataalikuolleisuus on alhaisimmillaan maailmassa. Keskos-ten ja pienipainoisten määrä kuolleisuuden ohella ovat äitiyshuollon ja synnytysopin tason mittareita ja näillä mitattuna Suomi sijoittuu maailman kärkijoukkoon. (Rutanen & Ylikorkala 1998, 2209). Dosentti Eeva-Marja Rutanen ja professori Olavi Ylikorkala (1998, 2209) toteavat, että ”*on lottovoitto odottaa lasta ja synnyttää Suomessa*”. Hyviä tilastoja selittää suomalaisen synnytykskulttuurin nopea muutos viime vuosikymmeninä, jolloin suomalaisen synnytyspaikka siirtyi kotoa sairaaloihin toisen maailman sodan jälkeen. Kehitys oli nopeaa: vuonna 1940 alle puolet naisista synnytti sairaaloissa, mutta jo vuonna 1950 yli 90 % suomalaisista naisista valitsi sairaalasyntyksen. Nykyisin kotona synnyttää enää 0,01% naisista. (Tapper 2011, 10).

Synnytystoiminnan keskittäminen sairaaloihin paransi mahdollisuutta luoda ja ylläpitää erilaisia hätätilanteita varten tarvittavia rakenteita kuten erikoisalakoh- tainen päivystys, ammattilaisten käytännön toimien harjaantuminen, osaamisen ylläpito, tukipalvelut sekä tarvittavat välineet ja laitekanta. (Tapper 2011, 10). Keisarileikkaustaidon kehittyminen on ollut osaltaan parantamassa äiti- ja lapsi- kuolleisuustilastoja. Keisarileikkauksilla on lyhyt historia ja vielä viime vuosisa- dan alussa nainen saattoi kuolla pitkittyneeseen synnytykseen sikiön jäädessä nai- sen kohtuun. (Wiklund 2007, 8). Ruotsi-Suomen aikana tukholmalainen lääkäri Hoorn julkaisi vuonna 1697 ensimmäisen kättilötyön oppikirjan ja Suomeen saa- tiin ensimmäinen koulutettu kättilö Pietarsaareen vuonna 1752. Kuitenkin vielä 1900-luvun alussa vain 4% suomalaisista naisista synnytti sairaalassa. (Eskola & Hytönen 1997, 14-16).

Ruotsissa tehtiin koko 1800-luvulla 13 keisarileikkausta ja kaikki leikatut naiset kuolivat. Vuosina 1926-1930 Ruotsin keisarileikkausprosentti oli 0.25 kaikista synnytyksistä ja kuolleisuus niissä oli 9.5%. (Wiklund 2007, 8). Suomessa keisari- leikkausten määrä alkoi kasvaa nopeasti vasta 1970-luvulla nousen kuudesta 12 prosenttiin. Vielä 1950- ja 1960-luvuilla keisarileikkauksia tehtiin ainoastaan kolmesta kuuteen prosentille synnyttäjistä, vaikka yli 90 % naisista synnytti sai- raalassa. Mielenkiintoista on Luoman (2003) mukaan havaita se seikka, että suun-

niteltujen keisarileikkausten osuus ei juurikaan kasva 2000-luvulla, mutta suunnitelmattomien, esimerkiksi hätäsektioiden, määrä kasvaa koko ajan.

Synnytysten määrät Suomessa ovat 2000-luvulla jatkaneet tasaista kasvuaan 57 000 lapsesta nykyiseen 60 000 lapseen vuodessa. Samalla synnytysyksikköjen määrä on vähentynyt merkittävästi. Kun vuonna 1975 synnytysyksiköitä oli maassamme 62, vuoden 2012 lopussa niitä oli enää 30. Synnytysmäärät yksiköittäin vaihtelevat suuresti alle kolmestasadasta synnytyksestä liki kuuteen tuhanteen synnytykseen vuodessa yksikköä kohti. (Tapper 2011, 2-9; Suomen Kätilöliitto 2010; STM 2012c).

Suomessa ei ole erillistä synnytystoiminnan järjestämistä tai synnytyksiä hoitavan sairaalan päivystysjärjestelyä koskevaa selkeää velvoittavaa lainsäädäntöä tai ohjetta. (Tapper 2011, 8). Sosiaali- ja terveysministeriö valmistele parhaillaan päivystysasetusta, joka tulee määrittelemään kansalliset laatustandardit kiireelliselle hoidolle ja erikoisalojen päivystyksille. Myös synnytystoiminta tulee kuulumaan uuteen päivystysasetukseen, jossa määritellään muun muassa se, että synnytysraalassa pitää välitön hätäsektiovalmius ja lastenlääkärin tulee päivystää sairaalassa ympäri vuorokauden. Asetuksella halutaan taata se, että synnytykset sujuvat turvallisesti ja että hoito on laadukasta. (STM 2012c).

Päivystysasetuksen yhteiset laatustandardit tulevat vaikuttamaan terveydenhuollon rakenteisiin eivätkä kaikki sairaalat pysty toteuttamaan nousevia laatuvaatimuksia. Varmaa sosiaali- ja terveysministeriön mukaan tulee olemaan se, että synnytysraaloiden määrä vähenee entisestään. Ministeriön mukaan synnytysraalaverkoston karsimisessa ei ole kuitenkaan kyse rahasta, sillä päivystysasetus ei tule lisäämään eikä vähentämään kustannuksia. Kyse on resursseista, sillä ministeriön mukaan kunnallisella tasolla on pulaa kätilöistä ja lääkäreistä. Lopulta kyse tulee olemaan kuitenkin tasapainon löytämisestä, sillä kuinka löydetään taso, jolle synnytysraalaverkostoa voidaan harventaa niin, etteivät synnyttäjät kärsi. Matka-kuolemat voivat kasvaa, jos sairaaloita on jatkossa Suomessa liian vähän. (STM 2012c).

Synnytysten keskittäminen Suomessa suurempiin yksiköihin on ollut esillä jo pit-

kään. Kolmekymmentä vuotta sitten lääkintöhallitus ja ministeriö yrittivät saada synnytyksiä pienistä aluesairaaloista, mm. Porvoosta, siirretyksi keskussairaaloihin. (Punnonen 2009,15). Keskustelu synnytystoiminnan keskittämisestä käy edelleen kiivaana. Tammisaaren synnytysyksikön lakkauttaminen vuonna 2010 konkretisoi keskittämisen ja jäljelle jäi uhkakuva kaikkien alle 1000 synnytyksen yksiköiden lakkauttamisesta Suomessa. (Karppinen 2012). Porvoon sairaalassa syntyi vuonna 2012 827 lasta. Vuoteen 2011 verrattuna synnytysten määrä koko Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä eli HUS:ssa väheni 229:lla ja vauvojen määrä 273:llä. Synnytykset lisääntyivät ainoastaan Hyvinkään sairaalassa ja Porvoon sairaalassa. Muissa HUS:n synnytysairaaloissa synnytysten määrät vähenivät. (HUS 2013).

Quinlanin (2012) haastatteleman sosiaali- ja terveysministeriön lääkintöneuvos Timo Keistisen mukaan valmisteilla olevassa uudessa terveydenhuoltolain asetuksessa ei tule olemaan mitään absoluuttista 1000 synnyttäjän vuosivaatimuskriteeriä. Hoidon tärkein laatukriteeri tulee olemaan Keistisen mukaan ympärivuorokautinen hätäsektiovalmius. Keistinen sanoo Porvoon sairaalan täyttävän laatukriteerit tämän tärkeimmän kriteerin eli välittömän valmiuden suhteen jo nyt. Keistinen muistuttaa samassa yhteydessä, että myöskään sairaalan maantieteellinen etäisyys ei ole ykköskriteeri, vaan se on yksi lähestymistapa, kun tietoja eri sairaaloista kartoitetaan. Keistinen kiteyttää, että tärkein tavoite on potilasturvallisuus.

Jokainen vastasyntynyt on oikeutettu turvalliseen syntymään. Synnytysten hoidon taso on järjestettävä jokaisessa synnytysyksikössä siten, että jokaisen syntyvän lapsen oikeus terveyteen, hyvinvointiin, yhdenvertaisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen toteutuu. Ympärivuorokautinen hätäsektiovalmius tulee olla jokaisen synnyttäjän ja vastasyntyneen oikeus kaikissa maamme synnytysyksiköissä. Hätäsektiotaitojen oppimiseksi ja ylläpitämiseksi tarvitaan säännöllistä koulutusta, koska varsinaisia hätätilanteita on harvoin. Hätätilanteisiin tulee synnytysyksiköissä varautua riittävästi ja esimerkiksi vastasyntyneen elvytyksestä on olemassa Käypä hoito – suositus. (Tapper 2011, 2-8.)

Hätäsektiovalmius nousee esille jokaisessa asiantuntijalausunnossa ja – raportissa, joissa käsitellään suomalaisia synnytyspalveluita tänä päivänä. Tästä syystä olisi

jokaisen synnytysyksikön hyvä tarkastella omaa hätäsektiovalmiuttaan ja – käytäntöään kriittisesti. Jokainen synnytysyksikkö tarvitsee selkeän koulutus- ja toimintamallin hätätilanteita varten. Hätäsektiota varten on mahdollista luoda samantyyppinen henkilökunnan koulutus- ja toimintamalli, jollainen on käytössä valtakunnallisesti vastasyntyneen elvytyksestä. Hyvän hätäsektiojärjestelyn oppimiseksi ja ylläpitämiseksi tarvitaan säännöllistä koulutusta. Kätilöt ovat avainasemassa hätäsektiotilanteissa. Hätäsektiota vaativa tilanne tulee usein täysin arvaamatta ja turvallisuutta voidaan lisätä toimivalla ja osaavalla hoitoketjulla sekä harjoitellulla toimintamallilla. Porvoon sairaalan synnytysyksikkö on halukas lähtemään luomaan yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa toimintamallia hätäsektiojärjestelyille.

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää Porvoon sairaalan hätäsektiojärjestelyjä ja sen myötä parantaa potilasturvallisuutta Porvoon sairaalan synnytysyksikössä. Kehittämishankkeen tavoitteena on luoda yhdessä henkilökunnan kanssa toimintamalli hätäsektiojärjestelyille sekä ottaa luotu toimintamalli käyttöön Porvoon sairaalan synnytysyksikössä.

## 2 SYNNYTYSPALVELUIDEN VALTAKUNNALLINEN TOTEUTTAMINEN NYT JA TULEVAISUUDESSA

Synnytysten määrät Suomessa ovat 2000-luvulla jatkaneet tasaista kasvuaan 57 000 lapsesta nykyiseen 60 000 lapseen vuodessa. Samalla synnytysyksikköjen määrä on vähentynyt merkittävästi. Kun vuonna 1975 synnytysyksiköitä oli maassamme 62, vuoden 2012 lopussa niitä oli enää 30. Synnytysmäärät yksiköittäin vaihtelevat suuresti alle kolmestasadasta synnytyksestä liki kuuteen tuhanteen synnytykseen vuodessa yksikköä kohti. (Tapper 2011, 2-9; Suomen Kätilöliitto 2010; STM 2012c).

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama selvityshenkilö Anna-Maija Tapper (2011) on tehnyt ministeriön toimeksiannosta raportin synnytyspalveluiden valtakunnallisesta toteuttamisesta Suomessa. Raportti julkaistiin 11.5.2011 ja sen mukaan synnytysyksikön minimivaatimuksena tulee olla ympärivuorokautinen häätäsektiovalmius. Tämän lisäksi sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira on antanut lausunnon koskien synnytystoiminnan turvallisuutta. Valviran asiantuntijan kannanotossa todetaan, että synnytysten turvallinen hoito edellyttää mahdollisuutta tutkia sikiön hapetusta kaikkina vuorokauden aikoina ja että häätäsektion suorittaminen riittävän nopeasti vaarantuu silloin, kun leikkaussalihenkilökunta päivystää kotonaan. (Tapper 2011, 2-9; Petäjä 2009, 6-8).

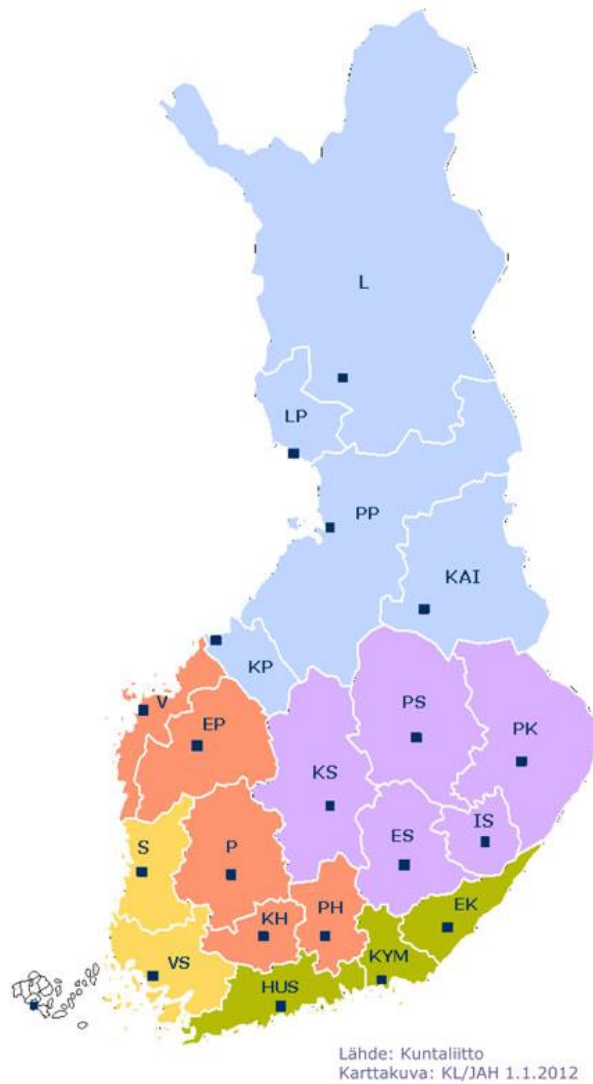
### 2.1 Synnytyssairaalat Suomessa

Suomessa julkinen terveydenhuolto on porrastettu ja julkiset sairaalat ovat jaoteltu yliopistosairaaloihin, sairaanhoitopiirien keskussairaaloihin sekä aluesairaaloihin. Suomessa kaikilla näillä sairaalatasoilla hoidetaan synnytyksiä. Näiden lisäksi Suomessa on paikallisia sairaaloita, kuten kaupunginsairaaloita sekä yksityisiä sairaaloita, mutta niissä ei hoideta synnytyksiä. Julkisissa sairaaloissa annetaan pääosin erikoissairaanhoidon palveluja, mikä tarkoittaa sairaalassa toteutettavaa erikoislääkärin tekemää tutkimusta ja hoitoa, kuten esimerkiksi kirurgien tekemiä leikkauksia tai lastenlääkärin tutkimuksia. Erikoissairaanhoidon yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö ja sai-

raaloiden toiminnasta säädetään terveydenhuoltolaissa ja toiminnan järjestämistä säädetään erikoissairaanhoitolaissa. (STM 2012a.)

Kunta vastaa siitä, että sen asukkaat saavat tarpeellisen erikoissairaanhoidon ja erikoissairaanhoidon varten Suomi (mukaan luettuna Ahvenanmaa) on jaettu kahteenkymmeneen sairaanhoidopiiriin. Jokainen kunta Suomessa kuuluu johonkin sairaanhoidopiiriin ja jokaisessa sairaanhoidopiirissä on keskussairaala sekä muita sairaaloita. Suomen sairaaloista viisi on erityistason hoitoa antavia yliopistosairaloita ja kaikki sairaanhoidopiirit kuuluvat jonkin yliopistosairaalan erityisvastuualueeseen. (STM 2012a).

Jotta kunnan järjestämisvelvoite toteutuu, kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoidopiiriin kuntayhtymään. Laki ei kuitenkaan tarkemmin määritä, millä tavoin synnytyspalvelut tulisi kuntalaisille tuottaa. (Tapper 2011, 8). Sosiaali- ja terveysministeriön valmisteleva päivystysasetus pyrkii palauttamaan terveyskeskusten ja sairaaloiden päivystyksen laadun korkealle tasolle ja asetus tulee käsittämään myös synnytyspalveluiden valtakunnallisen toteuttamisen. Asetusluonnoksessa synnytyssairaloissa pitää olla lastenlääkäri sekä välitön valmius keisarileikkaukseen. Päivystysasetuksen tuomat yhteiset laatustandardit tulevat vaikuttamaan terveydenhuollon rakenteisiin ja on selvää, että kaikki sairaalat eivät pysty nousevia laatuvaatimuksia toteuttamaan asetuksen velvoittamin tavoin. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan varmaa on se, että synnytyssairaaloiden määrä tulee vähenemään entisestään. Sairaaloiden vähenemisessä ei kuitenkaan ole kyse rahasta, vaan pikemminkin kyse on resursseista, sillä päivystysasetus ei lisää eikä vähennä kustannuksia. Päivystysasetuksen on suunniteltu tulevan voimaan 1.5.2014. (STM 2012c). Kuviossa 1 on nähtävissä Suomen sairaanhoidon erityisvastuualueet, sairaanhoidopiirit ja keskussairaalat vuonna 2012.



**Sairaanhoidon erityisvastuualueet ja sairaanhoitopiirit:**

- |   |  |
|---|--|
| <p><b>■ HYKS erityisvastuualue</b><br/>Helsinki ja Uusimaa (HUS)<br/>Etelä-Karjala (EK)<br/>Kymenlaakso (KYM)</p> <p><b>■ KYS erityisvastuualue</b><br/>Pohjois-Savo (PS)<br/>Etelä-Savo (ES)<br/>Itä-Savo (IS)<br/>Keski-Suomi (KS)<br/>Pohjois-Karjala (PK)</p> <p><b>■ OYS erityisvastuualue</b><br/>Pohjois-Pohjanmaa (PP)<br/>Länsi-Pohja (LP)<br/>Lappi (L)<br/>Kainuu (KAI)<br/>Keski-Pohjanmaa (KP)</p> | <p><b>■ TAYS erityisvastuualue</b><br/>Pirkanmaa (P)<br/>Etelä-Pohjanmaa (EP)<br/>Kanta-Häme (KH)<br/>Päijät-Häme (PH)<br/>Vaasa (V)</p> <p><b>■ TYKS erityisvastuualue</b><br/>Varsinais-Suomi (VS)<br/>Satakunta (S)</p> <p><b>■ Keskussairaaloiden sijaintikunnat</b></p> |
|---|--|

Kuvio 1. Sairaanhoidon erityisvastuualueet, sairaanhoitopiirit ja keskussairaalat 2012. (STM 2012b.)

Vuonna 2011 aloittaessani työstämään tätä opinnäytetyötä, Suomessa oli 31 synnytysairaala. Synnytyksiä on keskitetty suurimpiin sairaaloihin ja pelkästään 2000-luvulla synnytysosasto on lakkautettu kymmenestä sairaalasta. Esimerkiksi

vuosina 2008-2009 synnyttäjiä oli noin neljä prosenttia enemmän kuin vuosina 2004-2005. Vaikka synnytysmäärät kasvavat, synnytyssairaaloiden lukumäärä vähentyy vuosi vuodelta. Esimerkiksi vuosien 2008-2009 aikana lakkautettiin synnytysosastot Kuusamosta ja Loimaalta. Samaan aikaa synnytysten määrät kasvovat yliopistosairaaloissa seitsemän prosenttia. Vuonna 2010 lakkautettiin Tammisaaren sairaalan synnytysosasto ja vuonna 2012 synnytystoiminta lopetettiin Raahessa resurssisyistä. Päätöksen taustalla olivat uudet laatuvaatimukset, joita synnytystoiminnalle ollaan asettamassa valtakunnallisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö linjaa varmaksi sen, että synnytyssairaaloiden määrä tulee väheneään entisestään. Sairaaloiden vähenemisessä kyse on ministeriön mukaan rahan sijaan resursseista, sillä päivystysasetus ei lisää eikä vähennä kustannuksia. Sen sijaan pulaa on kättilöistä ja lääkäreistä. Tällä hetkellä Suomessa synnytyksiä hoidetaan 30 sairaalassa. (THL 2010, 1-2; HUS 2010a; Karppinen 2012; STM 2012c; RAS 2012).

## 2.2 Synnytysten keskittäminen Suomessa

Synnytysten keskittäminen suurempiin yksiköihin on ollut esillä jo pitkään. Kolmekymmentä vuotta sitten lääkintöhallitus ja ministeriö yrittivät saada synnytyksiä pienistä aluesairaaloista, mm. Porvoosta, siirretyksi keskussairaaloihin. (Punnonen 2009,15). Keskustelu synnytystoiminnan keskittämisestä käy edelleen kiiuvaana. Tammisaaren synnytysyksikön lakkauttaminen vuonna 2010 konkretisoi keskittämisen ja jäljelle jäi uhkakuva kaikkien alle 1000 synnytyksen yksiköiden lakkauttamisesta Suomessa. Lääkintäneuvos Timo Keistinen sosiaali- ja terveysministeriöstä totesi YLE Perämeren uutisille 5.5.2011, että valmisteilla olevaan asetukseen tuskin tulee mainintaa synnytysten määrästä, vaan siinä keskitytään laatuun ja potilasturvallisuuteen. (YLE Perämeri 2011). Raahen synnytystoiminnan lakkauttaminen kesällä 2012 perusteltiin resurssisyillä, jotka aiheutuisivat uusista valmisteilla olevista laatuvaatimuksista, joita synnytystoiminnalle ollaan asettamassa valtakunnallisesti. (Karppinen 2012).

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä laati raportin yhtenäisistä päivystyshoidon perusteista vuonna 2010 ja työryhmä ehdotti ennen lausuntokierrosta

Suomeen mallia, joissa synnytykset keskitettäisiin yli tuhannen synnytyksen yksiköihin. Tällöin synnytysyksiköitä olisi enää 19. (Tapper 2011, 2-9). Suomen Kätilöliitto antoi työryhmälle lausunnon 13.4.2010, jossa se toteaa:

*”Kätilöliitto ei kannata sitä, että tarvittavan henkilöstön saamiseksi ja ympärivuorokautisen päivystysvalmiuden takaamiseksi lakkautetaan kaikki < 1000 synnytyksen yksiköt. Aiheellista olisi tarkastella synnytyksen turvallisuutta mm. medikalisaation aiheuttaman uhan kautta ja kehittää synnytyskulttuuria kohti ei-medikalisoitunutta suuntaa.(...) Pienemmän synnytysyksikön henkilöstön ammattitaidon takaamiseksi tulisi järjestää säännöllinen työpaikkakoulutus ja työkierto suuremmassa yksikössä.(...) Valtakunnallisesti tulisi järjestää esimerkiksi Kätilöliiton ja Suomen Gynekologiyhdistyksen kanssa yhteistyössä ns. ”häätätilanne-koulutusta” johon sekä kätilöt että synnytys- ja naistentautien erikoislääkärit voisivat osallistua”.*  
(Suomen Kätilöliitto 2010).

Oulun yliopiston maantieteen laitoksen vuonna 2012 tekemän matkailaselvityksen mukaan Suomessa on viisi synnytyssairaalaa, joiden lakkauttamisesta koituisi synnyttäjille matkustusaikojen näkökulmasta vähiten haittoja. Selvityksen tilasi sosiaali- ja terveysministeriö ja selvityksen mukaan Porvoon, Lohjan, Pietarsaaren, Raahen ja Vammalan synnytyssairaaloiden lakkauttamisesta koituisi vähiten vahinkoa synnyttäjille matka-aikoja tarkasteltaessa. Selvityksessä tarkasteltiin missä lapsiperheet asuvat, missä sairaalat sijaitsevat ja millaisia teitä pitkin sairaalaan päästään. Selvityksestä poistettiin kuntarajat, jotta tuloksia voitiin tarkastella puolueettomasti. (Siukonen & Vihavainen 2012). Kysymys on lopulta kuitenkin tasapainosta. Sosiaali- ja terveysministeriö pohtii tällä hetkellä, kuinka paljon synnytyssairaalaverkostoa voidaan harventaa siten, että synnyttäjät eivät kärsi. Uhkana on, että matkakuolemat saattavat Suomessa kasvaa, jos synnytyssairaloita on liian harvassa. (STM 2012c).

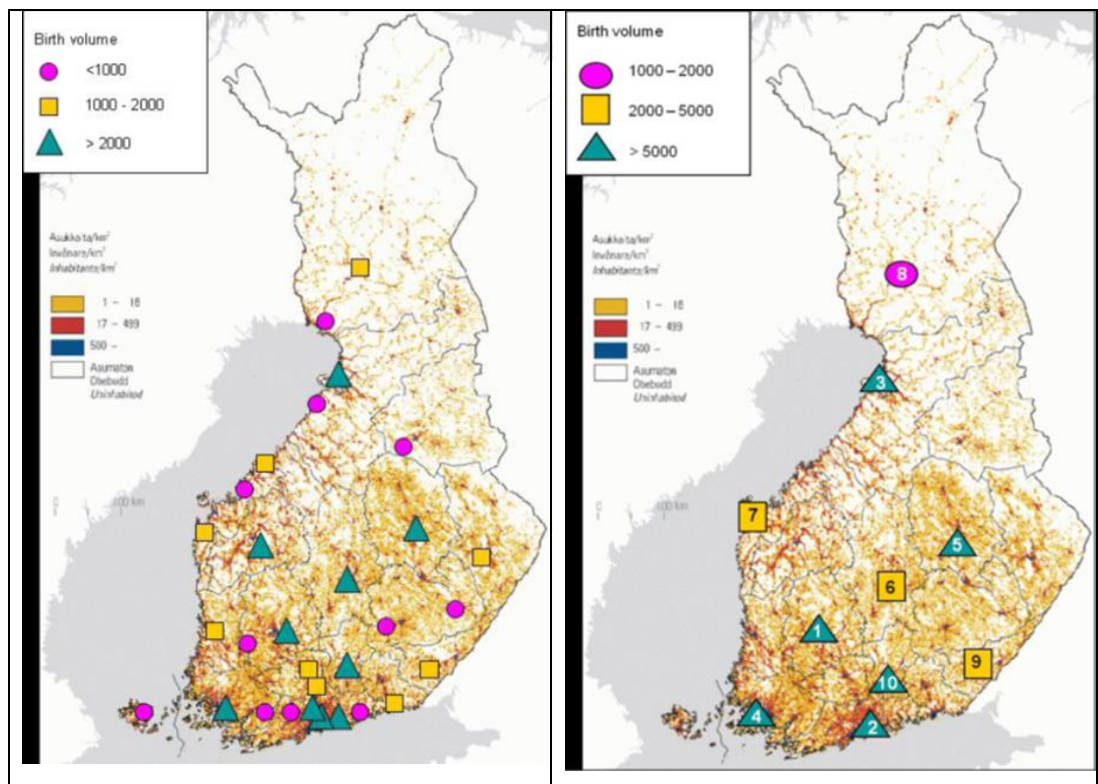
Matka-ajan aiheuttamat haitat synnyttäjille liittyvät olennaisesti Suomen synnytyssairaaloiden verkoston tiheyteen. Alueellista synnytysverkostoa tutkittiin tehokkuus-saatavuus arvovalintaongelman kautta Venesmaan (2011) lisensiaattityössä, joka käsitteli synnytys- ja neuvolaverkoston järjestämisestä Suomessa. Saatavuudella Venesmaa tarkoittaa maantieteellistä saatavuutta ja tehokkuudella kustannustehokkuutta. Venesmaan mukaan kustannustehokkaan ja turvallisen

synnytyssairaalan volyymin tulisi olla vähintään 1000 synnytystä vuodessa. Lisensiaattityö toi kuitenkin esille sen, että liiallisella keskittämällä on haittansa, sillä sairaalan ulkopuolisten synnytysten riski kasvaa jos välimatka kodin ja sairaalan välillä kasvaa ja välimatka pitenee yli kahden tunnin. Tutkija muistuttaa, että nämä kaksi asiaa on otettava huomioon järjestettäessä synnytyssairaalamerkostoa Suomessa. Samoilla linjoilla on sosiaali- ja terveysministeriö, joka on esittänyt, että tilastollisesti keskittäminen ei välttämättä hankaloita sairaalaan pääsyä ja vaikka nykyisestä 30 synnytysyksiköstä viiden yksikön toiminta lopetettaisiin, synnyttäjän keskimääräinen matka-aika sairaalaan pitenisi ministeriön mukaan vain 30 sekunnilla. (Venesmaa 2011, 2, 74-75; STM 2012c).

Venesmaa (2011, 2, 74-75) kehitti lisensiaattityössään synnytysyksikköjen sijoittelumallin olemassa olevien ja laajalti käytettyjen sijoittelumallien pohjalta. Malli otti huomioon synnytyssairaaloiden minimivolyymitason ja etäisyyden rajoitukset. Mallin antamat tulokset analysoitiin arvovalintamallin avulla, jossa malli etsi optimiratkaisua saatavuuden ja kustannustehokkuuden välillä. Venesmaan työssä saatujen tulosten mukaan Suomen synnytyssairaalamerkoston tulisi koostua kymmenestä synnytysyksiköstä. Muutos nykyisestä 30 synnytyssairaalaista kymmeneen yksikköön olisi erittäin suuri. Oulun yliopiston maantieteen laitoksen matkailu- ja liikennetutkimuksen mukaan Suomessa olisi kuitenkin vain viisi synnytyssairaala, joiden lakkauttamisesta koituisi vain vähän haittaa synnyttäjille matkustusaikojen näkökulmasta. (Siukonen & Vihavainen 2012).

Venesmaa (2011, 2, 74-75) mainitsee viime vuosikymmenien trendin keskittää synnytyspalveluita suurempiin yksiköihin ja perustelee keskittämisehdotusta sekä äidin että syntyvän lapsen turvallisuudella. Erityisesti pienillä keskosilla on paremmat eloonjäämismahdollisuudet suuressa synnytysyksikössä. Tämä on totta, mutta keväällä 2011 valmistuneessa Hemmingin, Heinon ja Gisslerin (2011, 1186-1195) tutkimuksessa todetaan, että lasten voinnissa ei havaita järjestelmällisiä eroja asuinkunnan sairaalan koon mukaan. Hemminki ym. (2011, 1186-1195) selvittivät synnytysten tilannetta 2000-luvulla ja tutkivat mm. sitä, mitkä ovat lasten välittömät terveystulokset eri tason sairaaloissa ja onko turvallisempaa asua alueella, jota palvelee yliopistosairaala. Tutkimuksen mukaan vain 17 % alle 1500 grammaa syntyessään painaneista lapsista syntyi yliopistosairaalan ulkopuolella.

Lisäksi lasten voinnissa ei voitu todeta järjestelmällisiä eroja äidin asuinkuntaa palvelevan sairaalan koon mukaan. Tutkijat totesivat, että synnytysten keskittämistä nykyistä harvempiin sairaaloihin ei voida perustella terveydellisin perustein, koska Suomen vastuualueisiin ja aktiiviseen lähetekäytäntöön perustuva järjestelmä toimii nykyisinkin jo hyvin. Venesmaan (2011, 2, 74-75) mukaan pienissä synnytys sairaaloissa on kuitenkin vaikeuksia järjestää ympärivuorokautinen erikoislääkäripäivystys sekä ylläpitää henkilöstön osaamista vaikeiden tapauksien hoidossa. Myös sosiaali- ja terveysministeriö näkee synnytys sairaaloiden vähentymisen tulevaisuudessa resursseista johtuvana ilmiönä, sillä kunnallisella tasolla on pula kättilöistä ja lääkäreistä. (STM 2012c). Kuviossa 2 on nähtävillä Suomen 31 synnytys sairaalaa vuonna 2010 sekä Venesmaan näkemys optimaalisesta 10 synnytys sairaalan verkostosta Suomessa.



Kuvio 2. Vasemmalla Suomen 31 synnytys sairaalaa vuonna 2010 (synnytyismäärät vuodelta 2008) sekä väestötiheys vuodelta 2005. Oikealla Venesmaan (2011) näkemys optimaalisesta 10 synnytys sairaalan verkostosta Suomessa. (Venesmaa 2011, 40, 68.)

Viisaisen (2000, 11-12) väitöskirjassa “Choices in Birth Care – The Place of Birth” tarkastellaan synnytyspaikan valintaa terveydenhuollon arvioinnin ja sosiaalitieteen kysymyksenä. Terveydenhuoltojärjestelmässä resurssien saatavuus ja hoidon tulokset eri synnytyspaikoissa ovat keskeisiä oikean synnytyspaikan määrittämisessä. Synnytys on kuitenkin myös tärkeä elämäntapahtuma, johon liittyy tutkijan mukaan paljon muitakin kysymyksiä kuin oikea resurssien käyttö järjestelmässä. Sosiaalitieteen näkökulmasta synnytyspaikan valintaan liittyy oleellisesti kysymykset yksilön valinnanvapaudesta, ammattiryhmien välisistä valtasuhteista sekä valintoja määrittävän tiedon statuksesta. Väitöskirjan tulosten mukaan synnytyssairaalaverkoston harveneminen ei ole ollut ongelmatonta, sillä sairaalan ulkopuolisen synnytyksen riski näyttää lisääntyneen erityisesti harvaan asutuilla seuduilla. Perinataalikuolleisuudella mitattuna myös pienet synnytyssairaalat ovat turvallisia synnytyspaikkoja suomalaisessa järjestelmässä. Tutkija kuitenkin muistuttaa, että niiden turvallisuutta ei voi määritellä yksittäisen sairaalan tasolla, vaan ainoastaan osana koko porrastettua järjestelmää.

Venesmaan (2011, 2, 74-75) synnytysyksikköjen sijoittelumallissa kymmenen synnytysyksikön mallia perusteltiin sekä äidin että syntyvän lapsen turvallisuudella ja Venesmaan mukaan erityisesti pienillä keskosilla on paremmat eloonjäämismahdollisuudet suuressa synnytysyksikössä. Hemmingin ym. (2011, 1186-1195) tutkimuksen mukaan synnytysten keskittämistä nykyistä harvempiin synnytyssairaaloihin ei voida kuitenkaan perustella terveydellisin perustein. Tutkimustulosten mukaan pienten sairaaloiden alueella asuvien äitien synnytykset sujuivat yhtä hyvin kuin pääkaupunkiseudulla asuvien äitien synnytykset.

Viisainen (2000, 12) linjasi väitöskirjassaan, että yksittäiset synnytyspaikat eivät toimi erillisinä koko järjestelmästä eikä niiden tulosten vertailu anna sellaista tietoa, jota voitaisiin helposti yleistää muihin konteksteihin sellaisenaan. Tutkimus osoittaa, että järjestelmissä tarjolla oleviin valintoihin vaikuttavat useat toimijat: palveluiden tarjoajat, politiikan tekijät sekä palveluita käyttävät naiset. Nämä kaikki kolme osa-aluetta toimivat Viisaisen mukaan tietyssä historiallisessa, sosiaalisessa ja kulttuurisessa kontekstissa. Väitöskirjassa tarkasteltiin synnytyshoidon tuloksia myös aluepohjaisesti eikä vakioimattomissa eikä syntymäpainovakioiduissa perinataalikuolleisuusluvuihin löytyneet eroja alue-, keskus- ja yli-

opistosairaaloiden vastualueiden välillä. Sen sijaan kuolleisuusluvut saattavat sosiaali- ja terveysministeriön mukaan jatkossa kasvaa synnytyssairaalaverkoston harvenemisen myötä, jos synnytysten keskittämisessä ei löydetä oikeanlaista tasapainoa. Matkakuolemat voivat lisääntyä, jos sairaaloita on liian harvassa. (STM 2012c). Hemmingin ym. (2011, 1186-1195) tutkimuksen avulla ei voitu päätellä, ovatko synnytyssairaaloiden sulkemiset syynä 2000-luvulla lisääntyneiden matkasynnytysten määrään. Ilmiön taustalla voi olla muitakin tekijöitä, mutta tutkimustulosten mukaan matkasynnytysten määrä on kasvanut.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE antoi kannanoton 25.3.2010 koskien synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettisiä perusteita ja nostaa esille synnytysten hoidon keskittämiskeskusteluun sen, että synnytysyksiköiden lakkauttaminen lisää vääjäämättä syrjäseudulla asuvien naisten riskiä joutua synnyttämään kokonaan sairaalan ulkopuolella. Lisäksi ETENE näkee, että olisi tarkasteltava myös sitä, mitä perheiden kannalta merkitsee se, että äiti matkustaa useita viikkoja ennen synnytystä satojen kilometrien päässä sijaitsevan sairaalan läheisyyteen. Synnytysyksiköiden keskittämistä koskevaa päätöstä ei voida ETENEn mukaan tehdä perustellusti ottamatta huomion sen monia erilaisia vaikutuksia. Synnytysten hoitoa tulee tarkastella osana koko sairaalaverkkoa ja terveydenhuoltopalveluita. Päätöstä tehtäessä ETENE näkee, että on huomioitava se, että synnytysten hoito ei ole erillinen äitiyshuollon alue, vaan osa laajempaa kokonaisuutta, johon kuuluvat myös neuvolapalvelut raskauden ja synnytyksen jälkeen. (STM 2010). Synnytyksen hyvään hoitoon liittyen Hemminki ym. (2011, 1186-1195) toteavat, että pitkät matkat ja vanhempien huoli sairaalaan ehtimisestä saattavat vaikuttaa epäedullisesti raskauteen ja synnytykseen ja nämä seikat vaativat tutkijoiden mukaan jatkoselvittelyä.

### 2.3 Synnytykset Suomessa lainsäädännön, viranomaiskannanottojen ja tilastojen valossa

Suomessa ei ole erillistä synnytystoiminnan järjestämistä tai synnytyksiä hoitavan sairaalan päivystysjärjestelyä koskevaa selkeää velvoittavaa lainsäädäntöä tai ohjetta. (Tapper 2011, 8). Perustuslaissa (731/1999; 19§) säädetään, että julkisen

vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sen mukaan kun lailla tarkemmin määrätään. Kansanterveyslain (66/1972) sekä erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että kuntalaiset saavat tarvitsemansa sairaanhoidon palvelut. Synnytystoiminnan kannalta tilanteen tekee Tapperin (2011, 8) mukaan haastavaksi se, että käsitteitä riittävä tai tarpeellinen ei ole tarkemmin määritetty, mutta erikoissairaanhoidolaissa annetaan kiireelliselle hoidolle etusija kiireettömään nähden. Koska synnytystoiminta on verrattavissa päivystykselliseen sekä kiireelliseen hoitoon, kyseessä olevat säännökset koskevat osaltaan myös synnytyspalveluiden järjestämistä.

Synnytystoiminnan järjestämiseen liittyvä lainsäädäntö ja viranomaiskannanotot ovat ensimmäistä kertaa yhtenäisen tarkastelun alla Tapperin (2011) Suomen synnytyspalveluita käsittelevässä raportissa. Suomessa viranomaisten valvonnan kohteena ovat terveydenhuollon piirissä toimivat ammattihenkilöt sekä palvelun tuottajat ja näitä koskevat lait ovat laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), potilasvahinkolaki (585/1986) sekä laki sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta Valvirasta (669/2008). Suomen lainsäädännön mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon ja laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) otetaan huomioon myös käytävissä olevat voimavarat terveyspalveluita tuottaessa. Jokaisen potilaan hoito on järjestettävä ja potilasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen yksityisyyttään ja vakaumustaan kunnioitetaan. Potilaan yksilölliset tarpeet, hänen äidinkieltensä ja kulttuurinsa tulee ottaa mahdollisuuksien mukaan huomioon häntä hoidettaessa. Potilaan oikeudesta käyttää suomen tai ruotsin kieltä, tulla kuulluksi suomen tai ruotsin kielellä säädetään kielilaisissa (423/2003). Lisäksi hallintoa järjestettäessä tulee pyrkiä edistämään kielellisiä oikeuksia sekä on tavoiteltava kielellisesti yhteensopivia aluejaotuksia.

Jotta lain mukainen järjestämisvelvoite toteutuu, kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Laki ei kuitenkaan tarkemmin määritä, millä tavoin synnytyspalvelut tulisi kuntalaisille tuottaa. Sairaanhoitopiirien kuntaliitoilla on velvollisuus huolehtia alueellaan erikoissairaanhoidopalvelujen yhteensovittamisesta. Yhteistyössä terveyskeskusten kanssa niiden tulee suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoidoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoido muo-

dostavat järkevän toiminnallisen kokonaisuuden. Tässä yhteydessä ei synnytyspalveluita mainita erikseen. (Tapper 2011, 8).

Suomessa syntymättömällä lapsella ei ole juridisia oikeuksia, vaan hänen oikeutensa määräytyvät äidin oikeuksien kautta. Kaiken kaikkiaan Tapperin (2011, 8) mukaan synnytystoiminnan järjestämisessä on lainsäädännöllinen ja yleiseettinen velvollisuus painottaa lääketieteellisesti perusteltua hoitoa ja ennen kaikkea potilaan turvallisuutta sekä vastasyntyneen subjektiivista oikeutta parhaaseen mahdolliseen hoitoon siinä tapauksessa, että hän on sairas tai vaarassa. Lakeja tarkasteltaessa on kuitenkin otettava juridisten näkökulmien lisäksi huomioon eettiset ja sosiaaliset näkökulmat ja Tapper (2011, 9) toteaa, että yhteiskunnan ja yhteisön etu voi poiketa yksilön edusta, ja yksilön oikeus päätöksentekoon voi sopia jonkun toisen etuja vastaan. Eturistiriitojen havaitseminen ja tunnustaminen on kuitenkin Tapperin mukaan myös mahdollinen lähtökohta toimintojen parantamiselle.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) on sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla toimiva tutkimus- ja kehittämislaitos, joka muodostui Kansanterveyslaitoksen ja Stakesin yhdistyessä 1.1.2009. THL julkaisee kahden vuoden välein synnytyksiin ja synnytystoimenpiteisiin liittyvää tilastoa ”*Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain*”. Tilastot julkaistaan kaksivuotisjaksoissa satunnaisvaihtelun pienentämiseksi. Tässä työssä on hyödynnetty 10.12.2010 julkaistua tilastoa, joka kattaa vuodet 2008-2009. Tilasto kuvaa synnyttäjiin ja synnytysesä tehtäviin toimenpiteisiin liittyvää tilastotietoa koko maan tasolla, sairaalatyypeittäin ja sairaaloittain. THL:n synnytyssairaaloiden jaottelu poikkeaa totutusta sairaalajaottelusta yliopisto-, keskus- ja aluesairaaloihin. THL jakaa synnytyssairaalat neljään eri sairaalatyypin: yliopistosairaalat, sairaalat joissa yli 1500 synnytystä vuodessa, sairaalat joissa 750-1499 synnytystä vuodessa ja sairaalat, joissa on alle 750 synnytystä vuodessa. (THL 2010; THL 2012). Liitteessä 1. on esitelty Suomen synnytyssairaalat vuodelta 2011 THL:n sairaalatyypijaottelun mukaisesti.

Suomessa oli vuosina 2008–2009 synnyttäjiä noin neljä prosenttia enemmän kuin vuosina 2004–2005. Synnytyssairaaloiden määrä on vähentynyt samalla kun synnytyismäärät ovat kasvaneet. Vuosien 2008-2009 aikana lakkautettiin Kuusamon

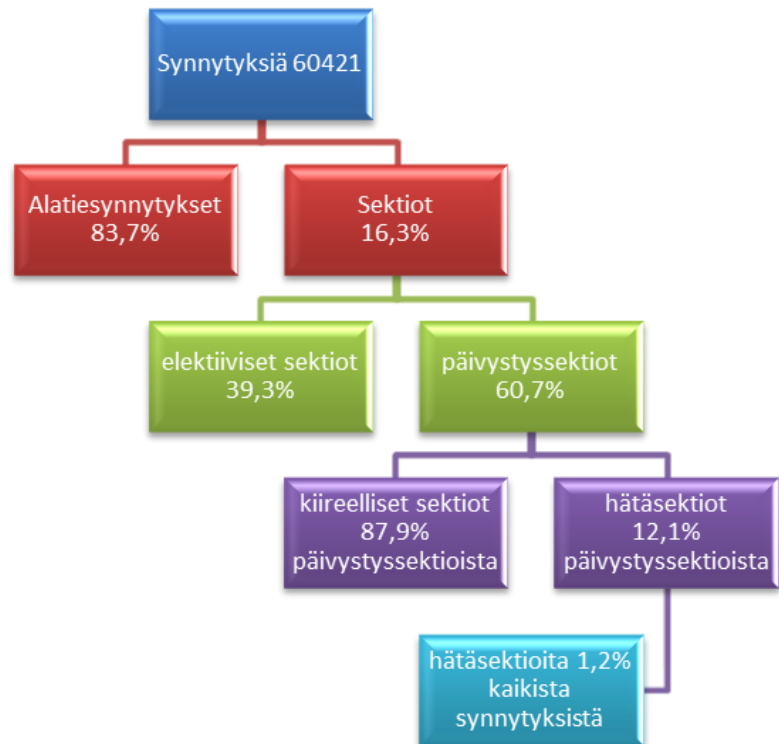
ja Loimaan sairaaloiden synnytysosastot. Samaan aikaan yliopistosairaaloissa synnytysmäärät kasvoivat seitsemän prosenttia. Synnytyksenaikainen kivunlievitys oli hyvin kattavaa vuosina 2008-2009: lähes 90 prosenttia kaikista alakautta synnyttäneistä ja ensisynnyttäjistä 96 prosenttia sai vähintään jotain kivunlievitystä. Viimeisen kymmenen vuoden aikana keisarileikkausten osuus on lisääntynyt jonkin verran, mutta laskenut hiukan vuonna 2009. Keisarileikkausprosentit olivat kolmessa sairaalassa yli 20 prosenttia vuonna 2009. Sairaalan koko ei ollut merkittävä tekijä vuosina 2008-2009 tarkasteltaessa suunniteltujen sektioiden määrää, vaan kaikissa sairaalaryhmissä niitä oli tasaisesti. Vuosina 2008–2009 kaikista synnytyksistä hätäkeisarileikkauksia (eli hätäsektioita) oli eniten yliopistosairaaloissa (1,3 prosenttia kaikista synnytyksistä). Imukuppisynnytykset ovat yleistyneet vuosina 2008–2009 siten, että ensisynnyttäjillä synnytys päättyi imukuppiulosauttoon 15,4 prosentilla ja kaikilla synnyttäjillä 8,4 prosentilla. Tarkasteltavien vuosien aikana joka neljäs kaikista synnyttäjistä ja runsas kolmannes ensisynnyttäjistä päättyi muuhun kuin spontaaniin alatiesynnytykseen. (THL 2010).

### 3 HÄTÄSEKTIO SYNNYTYKSEN ERITYISTILANTEENA

Keisarileikkaus eli sektio (sectio caesarea) on leikkaus, jossa lapsi syntyy äidin vatsanpeitteiden ja kohdun läpi tehdyn viillon kautta. Sana ”keisarileikkaus” pohjautuu verbiin *caedere*, leikata. Sana ”keisari” pohjautuu samaan verbiin: keisareita olivat ne, jotka oli leikattu äidistä. Hätäsektio on yksi keisarileikkausmuoto. (Tuimala 1996, 487; Uotila 2007, 490-494).

#### 3.1 Hätäsektio

Keisarileikkaukset luokitellaan ennalta suunnitelluiksi eli elektiivisiksi tai päivystysluonteisiksi. Päivystysluonteinen keisarileikkaus voi olla joko kiireellinen tai hätäluonteinen. Tätä hätäluonteista keisarileikkausta kutsutaan hätäsektioksi. Päivystyssektion kiireellisyys voi vaihdella siis välittömästi tehtävästä hätäsektiosta useamman tunnin marginaalilla aloitettavaan kiireelliseen leikkaukseen. Valtaosa eli lähes 88 % päivystyksellisistä keisarileikkauksista on kiireellisiä ja vain vajaat kaksi prosenttia kaikista synnytyksistä päättyy hätäsektioon. Noin kuusitoista prosenttia suomalaislapsista syntyy keisarileikkauksella. Näistä alle puolet on ennalta suunniteltuja ja lopuissa leikkauspäätös tehdään päivystyksellisesti synnytyksen ollessa käynnissä. (Uotila 2007, 490-494; Tekay & Kulju 2010, 474-475; THL 2011a). Sektioiden osuus kaikista synnytyksistä Suomessa vuonna 2010 on havainnollistettu kuviossa 3.



Kuvio 3. Sektioiden osuus kaikista synnytyksistä Suomessa vuonna 2010. (THL 2011a.)

Hätäsektio on kaikkein riskialttein tilanne sekä synnyttäjälle että syntyvälle lapselle (Hall & Bewley 2005). Hätäsektio on päivystyksellinen hätäluonteinen keisari-leikkaus, jossa sikiötä tai äitiä kohdanneen akuutin hätätilanteen vuoksi leikkaukseen siirrytään hätäjärjestelyjä ja mahdollisesti hätätyövoimaa käyttäen välittömästi. Tyypillisiä syitä hätäsektioon ovat oletettu sikiön hätä, napanuoraprolapsi eli napanuoran esiinluiskahdus sekä äkillinen istukan irtoaminen. (Uotila 2007, 490-494).

Pallasmaa, Ekblad, Aitokallio-Tallberg, Uotila, Raudaskoski, Ulander ja Hurme (2010, 896-902) kokosivat 12 suomalaisesta synnytysairaalaista tiedot 2496:sta sektioista. Vastaavanlaista laajaa eri synnytystapojen välistä vertailua ei ole Suomessa aiemmin tehty. Tutkimustulosten mukaan sektorin jälkeen 27 prosenttia naisista sai komplikaatioita. Näistä kymmenen prosenttia oli vakavia ja kaksi prosenttia henkeä uhkaavia. Komplikaatoriski oli korkeampi kiireellisissä sektioissa kuin elektiivisissä eli suunnitelluissa sektioissa. Kaikkein riskialttein toimenpide oli hätäsektio. Äitien vakavia komplikaatioita lisääviä yksittäisiä riskitekijöitä

tutkimuksen mukaan ovat kiireellinen ja hätäsektio, pre-eklampsia eli ns. raskausmyrkytys, äidin lihavuus sekä äidin korkea ikä.

Pallasmaa, Ekblad ja Gissler (2008, 662-668) tarkastelivat suomalaisia synnytystilastoja vuosilta 1997 ja 2002 ja havaitsivat vakavien äitejä kohdanneiden komplikaatioiden lisääntyneen viidessä vuodessa. Tutkijat huomioivat molemmilta tarkasteluvuosilta kaikki yksisikiöiset synnytykset (n=110717). Vertailussa huomioitiin synnyttäjien diagnoosit, sairaaloiden toimenpiderekisterit, syntymärekisterin tiedot sekä synnytystapa: spontaani alatiesynnytys, imukuppi- ja pihtisynnytys, suunniteltu eli elektiivinen sektio sekä ei-elektiivinen sektiota (kiireelliset ja hätäsektiot). Komplikaatiot äideillä olivat pääosin seuraavanlaisia: syvä laskimoveritulppa, lapsivesiembolia (lapsivettä ja/tai sen sisältämiä partikkeleita pääsee äidin verenkiertoon), vakava lapsivuodeajan infektio, vakava verenvuoto, tapahtumat operatiivisia toimia vaatineiden synnytysten jälkeen, kohdun repeämä ja inversio (nurinpäin kääntyminen) sekä suolitukos. Kun kaikkien synnytysten kohdalla vakavien komplikaatioiden osuus oli noussut 5.9:stä 7.6:een per 1000 synnytystä, vastaava luku ei-elektiivisiä sektioita tarkasteltaessa oli noussut 19.6:sta 27.2:een per 1000 synnytystä. Päätelmänä tutkivat näkivät, että sektioissa, jopa ennalta suunnitelluissa, äidillä oli selkeästi korkeampi riski saada henkeä uhkaava komplikaatio kuin alatiesynnytyksessä.

### 3.2 DDI, decision-delivery-interval eli aikaväli hätäsektiopäätöksestä syntymään

Aika hätäsektiopäätöksestä synnytykseen ilmaistaan käsitteenä DDI: decision-delivery-interval. Kansainvälisissä tutkimuksissa ja tieteellisissä julkaisuissa käytetään samaa tarkoittavaa käsitettä D-D time: decision-delivery-time. Se, mikä olisi oikeanmittainen tavoiteaika puhuttaessa DDI:stä, on puhuttanut synnytyslääkäreitä ympäri maailmaa jo vuosia. Pohjois-Amerikassa ja Iso-Britanniassa synnytys- ja naistentautien yhdistykset ovat määritelleet sopivaksi DDI:ksi 30 minuuttia. Saksassa suositus on 20 minuuttia. Suomessa DDI:n uskotaan jäävän alle 30 minuuttiin tällä hetkellä. Tieteellinen näyttö ei tällä hetkellä riitä puoltamaan

ajatusta, että lyhentämällä DDI:tä entisestään, onnistuttaisiin parantamaan sikiö- ja äitikuolleisuutta. (Tekay & Kulju 2010, 474-475).

Thomas, Paranjothy ja James (2004, 665-668) vertasivat tutkimuksessaan alle 15 minuutissa suoritettujen sektioiden seurauksia äidille ja sikiölle 15 minuutin viiveen jälkeen suoritettujen sektioiden tuloksiin. Tutkimuksessa oli mukana 17780 päivystysluonteista keisarileikkausta ja tutkittujen ryhmien välillä ei havaittu eroja DDI:n ollessa alle 15 minuuttia tai 16-75 minuuttia. Vasta 75 minuutin viiveen jälkeen riski Apgarin eli vastasyntyneen kuntoisuuspisteiden vähäiseen laskuun nousi 1,7-kertaiseksi. Tutkijat toteavat pohdinnassaan, että aiemmin esitetty 30 minuutin empiirinen raja DDI:ksi ei ole perusteltavissa. Vastasyntyneen kuntoisuuteen liittyen Hillemanns, Strauss, Hasbargen, Weninger ja Hepp (2005, 161-165) tutkivat DDI:n vaikutusta vastasyntyneen veren pH-arvoon ja Apgarin pisteisiin ja tulosten mukaan vastasyntyneen pH-arvo ei näy riippuvan DDI:stä. Murphy ja Koh (2007, 145) vertasivat alle 15 minuutin ja alle 30 minuutin viivettä instrumentaalisisa synnytyksissä, joissa sikiö oli ahdingossa. Tulosten mukaan vastasyntyneen pH:n, Apgarin pisteiden ja elvytys- tai tehohoidon tarpeen suhteen ryhmien välillä ei todettu eroa. Tieteellinen näyttö ei siis tällä hetkellä riitä puoltamaan ajatusta, että lyhentämällä DDI:tä entistä enemmän pystyttäisiin parantamaan sikiö- ja äitikuolleisuutta entisestään. (Tekay & Kulju 2010, 474.)

### 3.3 Potilasturvallisuus synnytyksen hoidossa

Potilasturvallisuus on keskeinen osa hoidon laatua. Turvallinen hoito on vaikuttavaa ja se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan. Kaikessa synnytyksen hoidossa tulee huolehtia synnyttäjän ja lapsen turvallisuudesta. (Raussi-Lehto 2007, 209; STM 2011). Hoito ei kuitenkaan aina suju toivotulla tavalla. Kansainvälisten arvioiden mukaan sairaaloiden hoitajaksoista joka kymmenenteen liittyy jonkinlainen hoitovahinko. Joka sadannen kohdalla seurannut haitta on vakava johtaen joka tuhannen kohdalla pysyvään haittaan tai kuolemaan. Usein haittatapahtuman syyinä ovat puutteet tai häiriöt toimintatavoissa tai -järjestelmissä. Potilaille aiheutuneita haittoja voidaan estää selvittämällä niiden syitä ja ottamalla oppia poikkeamista. (THL 2011b).

Härenstam, Elg, Svensson, Brommels ja Øvretveit (2009, 168-182) tutkivat ruotsalaisairaaloitten johtajien käsityksiä potilasturvallisuudesta ja tutkimus toi esille johtajien mielestä viisi parasta tapaa parantaa potilasturvallisuutta. Johtajien mielestä organisaatiokulttuuria tulisi kehittää siten, että se rohkaisee haittatapah- tumien raportoinnissa ja välttää syyllistämisen. Henkilöstön ja potilaiden välistä keskustelua tulisi edistää kuten myös terveydenhuollon ammattilaisten parempaa harjoittelua. Tutkimukseen osallistuneiden johtajien näkemysten mukaan olisi tärkeää panostaa enemmän infektioiden kontrolloimiseen, mukaan lukien käsien pesuun. Standardisoidut lääketieteelliset laitteet ja menetelmät nähtiin myös merkittävänä tekijänä potilasturvallisuuden parantamisessa.

Potilasturvallisuuden edistäminen on keskeinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden päivittäistä laadunhallintaa, jotta ihmiset voivat luottaa hoidon turvallisuuteen. Potilasturvallisuutta edistää syyllistämätön, rakentava ja myönteinen toimintakulttuuri, tilanteiden ennakointi, johdon sitoutuminen potilasturvalli- suuden edistämiseen, omasta ja muiden toiminnasta oppiminen, tiimityö, yhteises- ti sovitut toimintatavat sekä potilaiden ja heidän läheistensä aktiivinen mukanaolo. On tärkeää, että potilasturvallisuus otetaan kattavasti mukaan terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen ja perehdytykseen, ja että Suomessa tehdään potilas- turvallisuutta edistävää tutkimusta. (THL 2011b).

Kätilötyötä ohjaavat yhteisesti sovitut arvot ja periaatteet ja yksi niistä on turvalli- suuden periaate. Se toteutuu synnytyksessä silloin, kun kätilön vuorovaikutustai- dot ja työskentelytapa luovat turvallisen hoitoympäristön ja – ilmapiirin ja edistä- vät näin osaltaan synnyttäjän terveyttä. Fyysisen hoitoympäristön tulee olla ris- keistä vapaa, turvallinen ja rauhallinen. Synnyttäjät kokevat sairaaloitten kätilöi- den antaman valmennuksen lisäävän luottamusta ja turvallisuutta. Synnytyksessä turvallisuutta luovat tutkimusten mukaan miehen läsnäolo, kätilön mukanaolo, neuvot ja käyttäytyminen sekä synnyttäjän kokonaisvaltainen huomiointi. (Väyry- nen 2007, 35-36; Vallimies-Patomäki 2007, 63, 73-74.)

Synnytys on luonnollinen tapahtuma ja suurin osa synnytyksistä sujuu normaalis- ti. Äitikuolleisuus on Suomessa alhaisinta maailmassa, samoin perinataalikuollei- suus (kuolleenä syntyneiden ja ensimmäisen elinviikon aikana kuolleiden osuus

kaikista synnytyksistä, %) (Tapper 2011, 10-13). Suomi on ollut maailman alhaisimpien äiti- ja perinataalikuolleisuuslukujen kärkimaana jo pitkään eikä tilastoja pystytä enää parantamaan, sillä luvut ovat jo nyt niin alhaisella tasolla. Perinataalikuolleisuus Suomessa oli vuonna 2010 4,8 kuolemaa 1000 synnytystä kohden ja äitikuolleisuus 8,4 kuolemaa 100 000 synnytystä kohden. (Tekay & Kulju 2010, 475; Venesmaa 2011, 43). Lisäksi vuotuinen sektioprosenttimme, joka on ollut pitkään noin 17 prosentin tasolla, on kansainvälisesti verrattuna keskimääräistä vähemmän. Maailman terveysjärjestö WHO:n arvion mukaan sektioprosentin tulisi olla noin 10-15 prosenttia synnytyksistä, kun oikeat potilaat leikataan eli ne, jotka sektiosta todella hyötyvät. (WHO 1985).

Pallasmaan (2012) mukaan kuitenkin esimerkiksi Yhdysvalloissa noin kolmannes ja Italiassa lähes puolet lapsista syntyy sektiolla. Tämä johtuu paljolti joissain maissa vallitsevasta yksityislääkärikulttuurista, joka suosii leikkauksia. Vaikka sektio on äidille riskialttiimpaa kuin alatiesynnytys, lääkärille ne ovat helpompia ja monissa maissa myös taloudellisesti kannattavampia kuin pitkien ja arvaamattomien alatiesynnytysten hoitaminen. Se ei kuitenkaan ole lääketieteellisesti perusteltua. Turun yliopistollisessa keskussairaalassa työskentelevä gynekologi Nanneli Pallasmaa työstää parhaillaan väitöskirjaa synnytystapojen vaikutuksesta äidin synnytyskomplikaatioihin ja hän toteaa, että synnytysturvallisuutta ei paranneta sektioita lisäämällä. Pallasmaa muistuttaa, että tärkeää on synnytyksiä hoitavan henkilökunnan jatkuva kouluttautuminen.

#### 4 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ OSANA ORGANISAATION KEHITTÄMISTÄ

Kykyä tehdä yhteistyötä pidetään ihmiskunnan evoluution kannalta tärkeänä ominaisuutena ja se onkin hyvin keskeinen tekijä ihmisen kehityksessä. Michael Argylen (ks. Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 26-35) määritelmä yhteistyöstä on hyvin laaja: yhteistyö on koordinoitua toimimista yhdessä työssä, vapaa-aikana tai sosiaalisissa suhteissa yhteisten tavoitteiden eteen, siinä toteutuu yhdessä toimimisen ilo ja sosiaaliset suhteet vahvistuvat. Nykyaikainen terveystalouden työyhteisö tarvitsee yhä kehittyneempiä yhteistyön muotoja. Pirstaleisesti, päällekkäisin ja ristiriitaisin tavoittein työskentelevät asiantuntijat eivät toimi taloudellisesti tehokkaalla ja järkevällä tavalla. Asiakaslähtöistä yhteistyötä, jossa on mukana useita asiantuntijoita ja mahdollisesti myös eri organisaatioita, kutsutaan moniammatilliseksi yhteistyöksi. (Isoherranen ym. 2008, 26-35).

Organisatorinen oppiminen lähtee Kosken (2007, 19-22) mukaan oletuksesta, että oppiminen tapahtuu pääasiassa ihmisten välisissä interaktioissa ja keskusteluissa. Samoin tieto luodaan näissä samoissa tilanteissa. Tietoa ja tietämistä ei tule Kosken mukaan nähdä niinkään hallussapitona, vaan suhteessa sosiaalisiin käytäntöihin. Organisaatioiden käytännöt ja rakenteet vaikuttavat yksilöiden oppimiseen ja oppiminen varastoituu organisaatioiden käytäntöihin, järjestelmiin ja rakenteisiin. Näin ollen tässä kehittämishankkeessa voidaan lähteä olettamuksesta, että organisatorinen oppiminen moniammatillisen yhteistyön avulla voi saada aikaan uuden toimintamallin hätäsektiökäytännöstä Porvoon sairaalassa hyödyntäen kohde- ja yhteistyöyksiköiden aiemmin opittuja tietoja ja taitoja, jotka ovat varastoituneet yksiköiden käytäntöihin ja rakenteisiin.

##### 4.1 Moniammatillinen yhteistyö synnytyksen hoidossa

Moniammatillisuuden merkitys tänä päivänä painottuu, sillä vuosikymmenien saatossa sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijatyötä on ohjannut Wacklinin (2009, 11) mukaan erikoistuminen. Samalla kun ammattitaitoa on kerrytetty omalta alalta, asiantuntijuus on kaventunut eikä ihmisten tilanteita osata välttämättä katsoa muusta kuin omasta ammatillisesta näkökulmasta käsin. Isoherranen ym.

(2008, 26-35) mukaan moniammatillisuuden kautta yhteistyöhön tulee mukaan useita erilaisia osaamisen ja tiedon näkökulmia, joita systeemisen kokonaisuuden rakentaminen edellyttää. Erityisen tärkeää on löytää yhteinen kieli tiedon kokoamiseksi. Oleellista tässä tiedon kokoamisessa ja sen onnistumisessa on vuorovaikutustaidot. Olipa työympäristö millainen tahansa, moniammatillisessa yhteistyössä on huomioita asiakaslähtöisyys, tiedon kokoamisen mahdollisuus, vuorovaikutustaidot, roolien muutokset sekä yhteyden verkostoihin.

Kätilöillä on Suomessa itsenäinen rooli säännöllisen synnytyksen hoitajina. Tästä huolimatta syntymän aikainen hoitotyö vaatii myös moniammatillista yhteistyötä ja osaamista. Erityisesti säännöllisistä poikkeavissa tilanteissa korostuu yhteistyö obstetrikkojen eli synnytyslääkäreiden ja anestesiologien eli anestesia- ja lääketieteiden kanssa. Moniammatillinen yhteistyö korostuu tilanteissa, joissa ilmenee häiriö synnytyksen etenemisessä tai mikä tahansa häiriö synnyttäjän tai sikiön voinnissa tai tilanteet, joissa synnytyskivun lievittämiseen käytetään farmakologisia menetelmiä. Synnytyksen hyvässä hoidossa toteutuvat synnyttäjien yhdenvertaisuus, oikeudenmukaisuus, ammattihenkilöstön vastuullinen osaaminen ja yhteistyö eri osapuolten kesken. (Raussi-Lehto 2007, 207; STM 2010.)

Synnytyksen hyvä hoito edellyttää moniammatillista yhteistoimintaa. Hyvän hoidon kannalta on tärkeää, että ammattihenkilöstö ylläpitää ja kehittää synnytyksen hoitoa koskevaa asiantuntemustaan. Synnytyksen hoidon tulee perustua tutkimukseen ja kokemukseen, jossa yhdistyvät kätilötyön ja lääketieteen tietoperusta ja osaaminen. Ammattitaidon syventämiseen kuuluu myös oman ja hoitoyhteisön jatkuva vastuun pohtiminen. (STM 2010). Moniammatillinen yhteistyö synnytyksen hoidossa näyttäytyy myös päätöksenteossa, joka on tavoitteeseen pyrkivää toimintaa ja jonka lähtökohtana on synnyttäjän ja sikiön vointiin liittyvät tarpeet. Päätöksenteon tärkeä vaihe on tuottaa erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja. Raussi-Lehdon (2007, 207) mukaan mitä useampia mahdollisuuksia löytyy, sitä paremmat mahdollisuudet on tehdä potentiaalisesti parhaat ratkaisut synnytyksen hoidossa.

## 4.2 Organisatorinen oppiminen ja muutos organisaatiossa

Kosken (2007, 19-22) mukaan organisatorisen oppimisen tutkimus on tuonut mukanaan tietämiseen ja oppimiseen liittyvää sosiaalista ulottuvuutta korostavia lähestymistapoja ja tutkimuksessa on otettu käyttöön uusina analyysiyksikköinä käytäntöyhteisöt ja toimintajärjestelmät. Huysman (ks. Koski 2007, 19-22) varoittaa käsitteiden ”ajatus” ja ”oppiminen” liittämistä muihin kuin elollisiin olentoihin kuten esimerkiksi organisaatioon. Sen sijaan organisaation oppimisen mahdollisuuden kannattajat näkevät, että organisatorinen oppiminen ei palaudu pelkästään yksilöihin. Organisaatioiden käytännöt ja rakenteet vaikuttavat yksilöiden oppimiseen ja oppiminen varastoituu organisaatioiden käytäntöihin, järjestelmiin ja rakenteisiin. Tästä osoituksena Koski (2007, 19-22) mainitsee seikan, että vaikka organisaation johtajat ja jäsenet vaihtuvat, tietyt käyttäytymismallit, mentaalit kartat ja normit säilyvät organisaation muistissa. Tikkamäen (2006, 339) mukaan tämän päivän nopeatempoinen ja tehokkuutta tavoitteleva ja jatkuvasti uusiutumaan pyrkivä tuotanto muodostaa haastavan yhdistelmän yhdessä toimintojen pitkäjänteisen kehittämistyön ja oppimisen edistämisen kanssa. Olennaista hänen mukaansa on olla tietoinen siitä, millaista oppimista organisaatiossa kulloinkin tavoitellaan ja millaiset mahdollisuudet sille käytännössä luodaan. Oppiminen ja kehittämistoiminta vaativat väistämättä aika-resursseja, sillä uusien ajattelu- ja toimintatapojen sisäistäminen, rutiinien uudelleen arvioiminen sekä toimintatapojen muuttaminen ovat prosesseja, jotka vievät aikaa.

Kosken (2007, 7-8) mukaan organisatorinen oppiminen on ytimeltään poliittinen prosessi. Hänen teolliseen ympäristöön sijoittuvassa väitöskirjassaan nousi esille seikka, että työssä tapahtuvalle kehittämistyölle oli leimallista epävirallisuus ja pisteittäisyys. Tällöin työntekijöiden kokeilut ja parannukset jäivät yksilöllisen hiljaisen tiedon varaan tai pienen ryhmän sisäiseksi tiedoksi. Kosken tutkimus antoi kuitenkin lupaavia tuloksia työprosessitiedon kehittämisen näkökulmasta. Työprosessitiedon kehittymisen myötä henkilöstön ymmärrys prosessin eri vaiheiden merkityksestä kokonaisuuden kannalta paranee. Työilmapiiri parani merkittävästi, kun väärinkäsitykset häiriöiden ja vastoinkäymisten syistä vähenivät. Syitä alettiin etsiä faktapohjalta itse tuotantoprosessista sen sijaan, että niitä olisi etsitty henkilötasolta tai naapuriosaston tahallisesta toiminnasta. Työntekijät pys-

tyvät aiempaa paremman työprosessitiedon varassa tekemään johtopäätöksiä prosessin kulussa nähtävissä olevista yllättävistä muutoksista ja reagoiminen häiriötilanteisiin nopeutuu sekä kyky varautua ennakolta ongelmatilanteisiin paranee. Tällaisessa tilanteessa johtamisen merkitys korostuu ja Kinnusen (2008, 5) näkemyksen mukaan hyvin johdetulla ja hallitulla muutosprosessilla luodaan puitteita onnistumiselle, mutta organisaatiossa työskentelevät ihmiset ratkaisevat viime kädessä sen, kuinka muutosprosessin tavoitteisiin päästään. Jotta uusi toimintatapa saadaan juurrutettua organisaation kulttuuriin, se vaatii tiedottamiseen, kouluttamiseen ja tukemiseen panostamista pitkän aikaa.

Tikkamäki (2006, 337-339) tutki väitöskirjassaan työn ja organisaation muutoksissa oppimista sekä tarkasteli työssä oppimista edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä sitä, miten työelämässä todella opitaan. Väitöskirjassaan Tikkamäki esitteli tutkimustulosten perusteella neljä paradoksia, jotka ilmenivät työssä oppimisessa. Ensimmäisenä paradoksina organisaatiomuutokset koettiin sekä mielenkiintoisiksi ja vaihtelua tuoviksi haasteiksi että toisaalta stressaaviksi rasitteiksi. Toisena paradoksina työhön osallistumisen, työn kehittämisen sekä työssä kehittymisen vaatimukset olivat korkeat. Sen sijaan osan työntekijöistä kokemat osallistumis- ja kehittämismahdollisuudet olivat puutteelliset. Kolmantena paradoksina työssä oli jatkuva kiire ja samalla uuden oppiminen vaati yhtä enemmän aikaa. Neljäntenä paradoksina Tikkamäki kuvasi seikan, jossa eri alojen töissä ja organisaatioissa oli tunnistettavissa suuri työssä oppimisen ja kehittymisen potentiaali, mutta käytännössä ilmenneissä oppimis- ja kehittämismahdollisuuksissa sekä niiden tukemisessa oli puutteita. Oikarinen (2008, 3) puolestaan näkee, että organisatoriset oppimisprosessit sekä organisaatiota uudistava innovatiivinen ja kehittävä sopeutuva oppiminen että vakiinnuttava mukautuva oppiminen näyttäytyvät hänen väitöskirjään tutkimuksen tulosten valossa erilaisten jännitteiden sävyttäminä. Oikarisen tulokset osoittavat, että organisaation viralliset ja sosiaaliset rakenteet voivat muokata yksilöiden toiminnan. Vakiinnuttavan oppimisprosessin etenemiseen osallistuu kuitenkin Oikarisen näkemyksen mukaan jännitteitä, joita syntyy ennen kaikkea työntekijöiden toiminnan ja asenteiden sekä yrityksen tuotanto- ja oppimistavoitteiden välisistä ristiriidoista.

Organisaatiot muuttuvat, koska ympäröivä maailma muuttuu. Organisaatioiden toimintakyky asetetaan jatkuvalla koetukselle, koska ne ovat jatkuvassa muutoksen tilassa. Kinnusen (2008, 12-13) mukaan organisaation henkilöstö joutuu ponnistelemaan selviytyäkseen niistä tehtävistä, joita varten he ovat olemassa. Kinnunen vertaa organisaatiomuutosta matkaan, jossa lähtöpisteenä on vanhat ajattelu- ja toimintatavat ja niistä matkataan toiseen pisteeseen: uusiin ajattelu- ja toimintatapoihin. Koska organisaatiomuutoksessa on kyse uuden ajattelu- ja toimintatavan omaksumisesta, organisaation henkilöstöltä edellytetään oppimista. Vanhan toimintatavan muuttaminen uudeksi vaatii henkilöstöltä paljon. Yleisillä muutoksia koskevilla strategisilla päätöksillä ja järjestelmäratkaisuilla luodaan puitteet muutokselle, mutta tutkijan mukaan vasta työyhteisöjen arjessa ratkaistaan, missä määrin annetut mahdollisuudet realisoituvat. Organisatorinen oppiminen ja muutos organisaatiossa nähdään avainasemassa esimerkiksi yrityksen kilpailukyvyn kehittämisessä. (Oikarinen 2008, 3). Koistisen (2007, 164) tutkimuksen johtopäätökset haastavat tutkijan mukaan arvioimaan organisaation oppimista uudella tavalla ja tutkimus avasi näkökulman organisaation oppimisen luonteeseen: tarvitaan edellä käyvää ja kehitystä ennakoivaa organisaation oppimista. Parhaimmillaan organisaation oppiminen on Koistisen näkemyksen mukaan kehityksen edelle menemistä ja näin ollen Oikarisen (2008, 3) esiin tuoma näkemys organisatorisen oppimisen kilpailukykyä kasvattavasta voimasta on perusteltu.

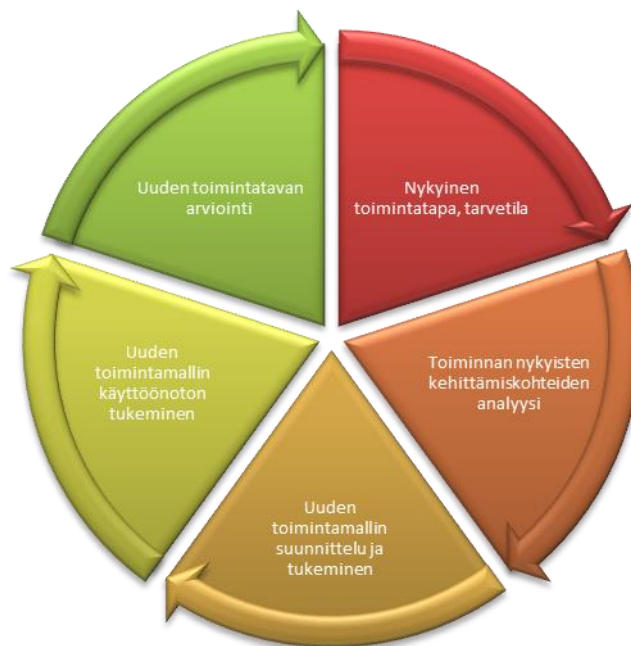
#### 4.3 Kehittämismenetelmänä kehittävä työntutkimus

Tämän kehittämishankkeen metodologisena lähestymistapana käytetään kehittävää työntutkimusta, joka yhdistää koulutuksen, tutkimuksen ja käytännön kehittämistyön muutosstrategiaksi.

Kehittävän työntutkimuksen juuret ovat 1920- ja 1930-lukujen venäläisten psykologien Leontjevin, Lurijan ja Vygotskin alkuun saattamassa kulttuurihistoriallisessa toiminnan teoriassa. Keskeisintä toiminnan teoriassa on toiminnan kohde inhimillistä toimintaa ja sen kehitystä määrittävänä tekijänä. Lisäksi teoria perustuu ihmiskäsitykseen, jonka mukaan inhimillinen toiminta on aina merkkien ja erilaisen aikojen saatossa kehitettyjen kulttuuristen välineiden välittämää. Tähän toi-

minnan teoriaan pohjautuvassa kehittävän työntutkimuksen metodologiassa liikkeelle panevana voimana nähdään ristiriidat toiminnan osatekijöiden välillä. Ristiriidat nähdään myös kehittävän työntutkimuksen eteenpäin vievänä voimana. (Muutoslaboratorio 2011a.)

Engeströmin (1995) mukaan kehittävän työntutkimuksen lähestymistapana on muutosstrategia, joka yhdistää koulutuksen, tutkimuksen ja käytännön kehittämistyön. Tämän metodologisen lähestymistavan tavoitteena on tuoda tutkimuksellinen ote työn kehittämiseen. Tärkeänä periaatteena on se, että kehittäminen toteutetaan yhdessä niiden työntekijöiden kanssa, jotka työskentelevät kyseisessä työyhteisössä. Tutkittavat ovat tällöin aktiivinen osapuoli eli kehittävä työntutkimus on osallistuvaa tutkimusta. Kuviossa 4 esitellään kehittävän työntutkimuksen vaiheet Engeströmiä mukaillen.



Kuvio 4. Kehittävän työntutkimuksen vaiheet Engeströmiä mukaillen (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 176, Muutoslaboratorio 2011b.)

Uusien toimintamallien suunnittelusta vastaavat työntekijät itse ja toimintamallit neuvotellaan ja muotoillaan kehittämistoiminnan pohjalta ja sen aikana. Siksi uusi

toimintamalli ei ole kenenkään tiedossa ennen kehittämisprosessia. Oppiminen ja toiminnan kehitys eivät ole suoraviivaisia, vaan eri vaiheiden välillä saatetaan liikkua edestakaisin. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 175). Tässä kehittämishankkeessa on sovellettu kuviossa 4 esiteltyjä kehittävän työntutkimuksen vaiheita ja kuviossa 9 sivulla 38 on esitelty tämän kehittämishankkeen vaiheet Engeströmiä mukaillen.

## 5 KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS, TAVOITE JA KOHDEYKSIKKÖ

Tämän kehittämishankkeen lähtökohdat ovat hankkeen tarkoitus sekä sille asetetut tavoitteet. Tässä kehittämishankkeessa hätäsektiojärjestelyiden kehittäminen on ensisijaisesti suunniteltu Porvoon sairaalan tarpeisiin, koska jokaisen synnytysyksikön hyvä tarkastella omaa hätäsektiovalmiuttaan ja – käytäntöään kriittisesti. Jokainen synnytysyksikkö tarvitsee selkeän koulutus- ja toimintamallin hätätilanteita varten. Vastasyntyneen elvytystä varten on olemassa valtakunnallisesti käytössä oleva Käypä hoito – suositus ja hätäsektiota varten on mahdollista luoda samantyyppinen henkilökunnan koulutus- ja toimintamalli.

### 5.1 Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoite

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää Porvoon sairaalan hätäsektiojärjestelyjä ja sen myötä parantaa potilasturvallisuutta Porvoon sairaalan synnytysyksikössä. Kehittämishankkeen tavoitteena on luoda yhdessä henkilökunnan kanssa toimintamalli hätäsektiojärjestelyille sekä ottaa luotu toimintamalli käyttöön Porvoon sairaalan synnytysyksikössä.

Hätäsektiojärjestelyiden kehittäminen voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen, jotka on esitelty kuviossa 5.



Kuvio 5. Hätäsektiojärjestelyjen kehittämisen kolme osa-alueetta

Ensimmäinen osa-alue on ennaltaehkäisevien ja mahdollista hätäsektiota helpottavien toimien kokoaminen omaksi osa-alueekseen. Toinen osa-alue on varsinaisen hätäsektion toimintamalli eli tarkka kuvaus siitä, mitkä roolit hätäsektiössä kullakin on ja miten hätäsektiotilanteessa edetään. Tämä toimintamalli on kuvaus siitä, miten Porvoon sairaalan synnytysyksikössä toimitaan hätäsektiotilanteessa.

Hankkeen kolmas osa-alue on koulutussuunnitelma, jossa kätilöt ja tehostetun valvonnan sairaanhoitajat koulutetaan toimimaan tarvittaessa hätäsektiössä instrumentti- ja anestesiahoitajien tehtävissä.

## 5.2 Kehittämishankkeen kohdeyksikkö

Tämä kehittämishanke toteutettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) Porvoon sairaalan synnytysyksikölle, jossa vuonna 2010 syntyi 835 lasta. Hätäsektioita on vuodessa noin kahdeksan. Hankkeen kohdeyksikkö on siis Porvoon sairaalan synnytysyksikkö ja yhteistyöyksiköt ovat Porvoon sairaalan leikkaus- ja anestesiayksikkö ja Porvoon sairaalan tehostetun valvonnan yksikkö. Ke-

hittämishanke pystyttiin toteuttamaan Porvoon sairaalassa normaalin toiminnan rinnalla, eikä se vaatinut erillisiä resursseja tai rahoitusta.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (HUS) on Suomen suurin sairaanhoitopiiri ja toiseksi suurin kuntatyönantaja Suomessa. HUS tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja 26 jäsenkunnan lähes 1,5 miljoonalle asukkaalle ja vastaa lisäksi eräistä valtakunnallisesti keskitetyistä erityistason palveluista koko maassa. HUS:n 20 sairaalassa hoitoa saa vuosittain lähes puoli miljoonaa potilasasiakasta. Kuntayhtymän liikevaihto on yli 1,7 mrd. euroa ja HUS:n palveluksessa on noin 21 000 terveydenhuollon ammattilaista. (HUS 2012a).

HUS:n erikoissairaanhoidon on Uudellamaalla organisoitu 26 kunnan alueella viideksi sairaanhoitoalueeksi. *Porvoon sairaanhoitoalueeseen* kuuluvat Askola, Lapinjärvi, Loviisa, Pornainen, Porvoo ja Sipoo. Alueella toimii Porvoon sairaala. (HUS 2012b). Kuviossa 6 on nähtävissä HUS:n kunnat sekä viisi sairaanhoitoaluetta.



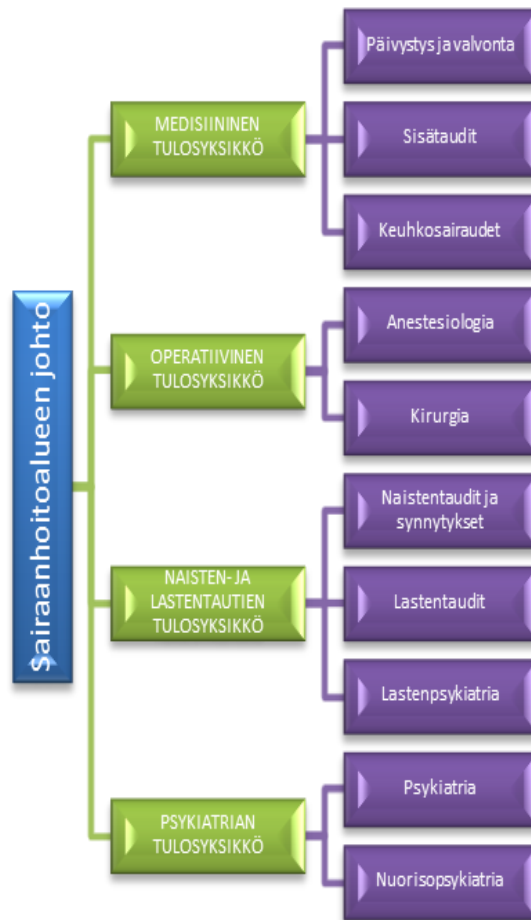
Kuvio 6. HUS:n erikoissairaanhoidon on Uudellamaalla organisoitu 26 kunnan alueella viideksi sairaanhoitoalueeksi. (HUS 2012b).

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaaloissa syntyy vuosittain yli 18000 lasta eli lähes joka kolmas suomalainen syntyy HUS:ssa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella asuva synnyttävä voi vapaasti valita synnytys-

paikkansa alueen kuudesta synnytyssairaalaista, jotka ovat Hyvinkään, Jorvin, Kätilöopiston, Lohjan ja Porvoon sairaalat sekä Naistenklinikka. (HUS 2011a.)

Porvoon sairaala Itä-Uudellamaalla tarjoaa kodinomaisen ja turvallisen ympäristön tärkeälle perhetapahtumalle, lapsen syntymälle. Keskeiseksi hoitotyötä ohjaaviksi periaatteikseen Porvoon sairaalan synnytysyksikkö mainitsee perhekeskeisyyden, yksilöllisyyden, ihmisarvon kunnioittamisen, oikeudenmukaisuuden sekä terveyden edistämisen. Hoitotyön tavoitteena on hyväkuntoinen vastasyntynyt sekä turvallinen, yksilöllinen ja perhekeskeinen synnytyskokemus äidille ja perheelle. Ajanmukainen lääketieteellinen välineistö sekä osaava henkilökunta turvaavat äidin ja vastasyntyneen hyvinvoinnin raskauden, synnytyksen sekä varhaisen vierihoidon aikana. Hoitokäytännöt ovat lääketieteellisesti modernit ja hoitolinjaukset toteutetaan Helsingin yliopistollisen keskussairaalan käytännön mukaisesti. (HUS 2011b.)

Porvoon sairaalan naistentautien ja synnytysten yksikkö kuuluu HUS Porvoon sairaanhoitoalueen Naisten- ja lastentautien tulosityksikköön. Kuviossa 7 on esitelty Porvoon sairaanhoitoalueen organisaatiokaavio. Naistentautien ja synnytysten yksikkö tuottaa kattavasti koko erikoisalansa erikoissairaanhoidon palveluita Itä-Uudellamaalla asuville. Yksikkö käsittää naistentautien poliklinikan, äitiyspoliklinikan, jossa toimii lisäksi sikiön ultraääniseulonnat ja imetyspoliklinikka, synnytyssalit sekä 22 -paikkaisen yhdysvuodeosaston, jossa hoidetaan synnyttäneiden ja naistentautipotilaiden lisäksi rintasyöpäpotilaita sekä kirurgisia naispotilaita. Osastolla on parhaillaan käynnissä vauvamyönteisyysprojekti, joka tähtää kansainvälisen vauvamyönteisyysohjelman (Baby Friendly Hospital Initiative) sertifiointiin saamiseen loppuvuodesta 2013. Vauvamyönteisyysohjelma on maailman terveysjärjestön (WHO) ja Unicefin vuonna 1991 käynnistämä toimintaohjelma ja tällä hetkellä Suomessa on vain neljä sairaalaa, joille on myönnetty vauvamyönteisyys eli baby friendly hospital -sertifikaatti. (HUS Porvoo 2012b; THL 2012b).



Kuvio 7. HUS Porvoon sairaanhoitoalueen organisaatiokaavio. (HUS Porvoo 2012a).

Porvoon sairaalan naistentautien ja synnytysten yksikössä on 25 kättilön vakanssia ja kaksi lastenhoitajan vakanssia sekä osastonhoitaja ja kaksi apulaisosastonhoitajaa. Kokonaishenkilökuntamäärä yksikössä on yhteensä noin 40 hoitotyöntekijää, sillä osa-aikaisuuksien, vuosilomien sekä muiden poissaolojen vuoksi yksikössä työskentelee myös pitkäaikaisia sijaisia. Lisäksi yksikössä työskentelee kolme osastonsihteerä, ylilääkäri, apulaisylilääkäri, kolme gynekologia ja erikoistuva lääkäri. HUS:n hallinnolliset ja sairaanhoidolliset tukipalvelut huolehtivat mm. apteekkipalveluista, kuvantamisesta, näytteenotosta ja laboratoriotutkimuksista, laitos- ja välinehuollonpalveluista, kiinteistöpalveluista, materiaalihallinnosta, henkilöstö- ja talouspalveluista, ravitsemuspalveluista, tietohallinnosta ja pesupalveluista. (HUS Porvoo 2012b).

Naistentautien ja synnytysten yksikkö toimii yhteistyössä muiden sairaalan yksiköiden kanssa ja leikkaus- ja anestesiayksikkö sekä lastentautien yksikkö ovat päivittäisiä yhteistyötahoja. Hoitotyön vuosiraportti vuodelta 2011 kuvaa naisten- tautien ja synnytysten yksikön toimintaa kattavasti. Porvoon sairaalassa syntyi tuolloin 815 lasta. Kaikista synnytyksistä 13 % päätyi Porvoossa keisarileikkaukseen. Näistä 58 % (n = 68) oli kiireellisiä sektioita ja hätäsektioita oli 9 eli 8 % kaikista sektioista. Kaikista Porvoon sairaalassa hoidetuista synnytyksistä 1,1% päätyi hätäsektioon. Suomessa vuonna 2011 kaikista synnytyksistä päätyi keisari- leikkaukseen 16 % ja hätäsektioon 1,2 %. (HUS Porvoo 2012b; THL 2012c, 36).

## 6 HÄTÄSEKTION TOIMINTAMALLIN LUOMISEN JA KÄYTTÖÖNOTTAMISEN PROSESSIN KUVAUS

Tässä kappaleessa kuvaan prosessin, jossa yhdessä moniammattillisen työryhmän kanssa loimme hätäsektion toimintamallin Porvoon sairaalan synnytysyksikköön. Käyn lisäksi läpi toimintamallin käyttöönottamisen vaiheet. Tässä kappaleessa kuvaan käyttämäni tiedonkeruun muodot hätäsektiotyöryhmän työskentelyn pohjaksi sekä niistä saadut tulokset. Lopuksi tarkastelen tiedonkeruun luotettavuutta ja etiikkaa.

### 6.1 Kehittämishankkeen työryhmä, prosessikuvaus ja aikataulu

Kehittämishanketta varten solmin 11.11.2011 yhteistyösopimuksen (liite 2) HUS Porvoon sairaalan kanssa. Kehittämishankkeen ideointia varten järjestin 10.11.2011 kokouksen, johon kutsuin edustajia jokaisesta kolmesta hankkeen kohde- ja yhteistyöyksiköstä, jotka ovat synnytysyksikkö, leikkaus- ja anestesiyksikkö sekä tehostetun valvonnan yksikkö. Ideointikokoukseen osallistujat on esitelty liitteessä 3. Ideointikokouksessa nimettiin työryhmä kehittämishanketta varten ja työryhmään kuului tässä vaiheessa yhteensä kymmenen jäsentä: synnytysyksiköstä kättilö, osastonhoitaja ja ylilääkäri, leikkaus- ja anestesiyksiköstä kaksi anestesiahoitajaa, kaksi instrumenttihoitajaa, osastonhoitaja ja ylilääkäri sekä tehostetun valvonnan yksiköstä sairaanhoitaja ja osastonhoitaja. Työryhmän jäsenenä sekä hankkeen projektipäällikkönä toimin itse. Olen koulutukseltani kättilö-sairaanhoitaja (AMK) ja hankkeen alkaessa olin opintovapaalla sairaanhoitajan toimestani Porvoon sairaalan leikkaus- ja anestesiyksikön LEIKO (leikkaukseen kotoa) - yksiköstä 31.5.2012 asti. Aloitin 1.6.2012 uudessa toimessani Porvoon sairaalan naistentautien ja synnytysten yksikön apulaisosastonhoitajana. 7.1.2013 alkaen olen työskennellyt kyseisen yksikön vs. osastonhoitajana. Tätä kehittämishanketta varten, joka on minun opinnäytetyöni, anoin asianmukainen tutkimusluvan HUS:lta 19.12.2011. Sairaanhoitoalueen johtaja myönsi kehittämishankkeelle ja opinnäytetyölle HUS:n tutkimusluvan 23.12.2011. (Liite 4).

Kesällä 2012 työryhmään kutsuttiin mukaan lastentautien yksikön edustus, koska työskentelyn aikana havaittiin, että myös heidän näkemyksensä ja erityisosaami-

sensa huomioiminen on tärkeää mietittäessä hätäsektion uutta toimintamallia Porvoon sairaalaan. Lastentautien tulosityksiköstä työryhmään tulivat mukaan osastonhoitaja, kaksi lastensairaanhoitajaa sekä ylilääkäri.

Työryhmässä oli kaiken kaikkiaan mukana 16 jäsentä neljästä eri yksiköstä neljältä eri erikoisalalta. Työryhmän jäsenet ja hankkeeseen osallistuvat työyksiköt on esitelty kuviossa 8.



Kuvio 8. Kehittämishankkeen työryhmän jäsenet ja työyksiköt.

Marraskuussa 2011 nimetty työryhmä aloitti työskentelyn 19.12.2011. Työryhmä kokoontui neljä kertaa ja jokaisesta tapaamisesta laadin muistion. Ensimmäisessä työryhmän tapaamisessa päätettiin, että hätäsektiotyöryhmä jaetaan kahteen koulutustyöryhmään: anestesiakoulutustyöryhmään ja instrumenttikoulutustyöryhmään. Lisäksi päätettiin, että synnytysyksikön kätilö toimii oman yksikkönsä vastuhenkilönä hankkeessa ollen päävastuussa synnytysyksikön osuuksien käytännön työstöistä. Koulutustyöryhmät aloittivat työskentelyn helmikuussa 2012 ja työskentely koulutustyöryhmissä päättyi joulukuussa 2012. Olin mukana seuraamassa molempien koulutustyöryhmien työskentelyä sekä koulutustilanteita ja koulutustyöryhmät pitivät minut ajan tasalla koulutustyöryhmien aikatauluista ja

työskentelystä sähköpostitse. Lisäksi synnytysyksikön kättilö tiiviissä yhteistyössä kanssani työsti hätäsektiotaskukortin (liite 5) sekä osallistui ennaltaehkäisevien ja mahdollista hätäsektiota silmällä pitäen itse toimenpidettä helpottavien toimien kokoamiseen omaksi osa-alueekseen. Hän myös työsti tarkan kuvauksen siitä, kuka tekee mitään missäkin tilanteessa hätäsektiossa ja miten hätäsektiotilanteessa edetään (liite 6).

Anestesiakoulutustyöryhmä suunnitteli ja toteutti tehostetun valvonnan sairaanhoitajien koulutuksen hätäsektion anestesiaan. Koulutustyöryhmään kuuluivat tehostetusta valvonnasta osastonhoitaja ja sairaanhoitaja sekä leikkausosastolta kaksi anestesiahoitajaa sekä ylilääkäri. Tämä työryhmä piti keväällä 2012 tehostetun valvonnan henkilökunnalle osastotunnin hätäsektion anestesiasta sekä aloitti tehostetun valvonnan sairaanhoitajien pienryhmissä toteutettavat tutustumiskäynnit sektiosaliin. Tehostetun valvonnan sairaanhoitaja työsti leikkaus- ja anestesiayksikön anestesiahoitajien kanssa tarkan kuvauksen siitä, miten hätäsektiotilanteessa toimitaan anestesiahoitajana (liite 6).

Instrumenttikoulutustyöryhmä suunnitteli ja toteutti synnytysosaston kättilöiden koulutuksen hätäsektion instrumentteihin. Koulutustyöryhmään kuuluivat leikkausosastolta osastonhoitaja ja kaksi instrumenttisairaanhoitajaa sekä synnytysosastolta osastonhoitaja, kättilö ja ylilääkäri. Tämä työryhmä piti esimerkiksi helmikuussa 2012 synnytysyksikön henkilökunnalle osastotunnin hätäsektiosta leikkaustiimin näkökulmasta sekä aloitti kättilöiden pienryhmissä toteutettavat tutustumiskäynnit sektiosaliin.

Hätäsektiotyöryhmän neljän tapaamisen osallistujat on esitelty liitteessä 7. Työryhmän työskentely tapaamisissa oli aktiivista ja keskustelevaa. Minä projektipäällikkönä laadin tapaamisista muistiot ja lähetin ne sähköpostitse työryhmän jäsenille mahdollisimman pian tapaamisen jälkeen. Ennen uutta tapaamista lähetin työryhmän jäsenille sähköpostitse kokoontumiskutsun sekä kokoontumiskerran ohjelmarungon. Tapaamisen alussa kävin aina läpi edellisen tapaamisen jälkeen aikaan saadut asiat kaikissa kolmessa yhteistyöyksikössä sekä esille nousseet haasteet ja kysymykset hätäsektiotoimintaan liittyen. Lisäksi työryhmä kävi aina tapaamisissa läpi hätäsektiot kyseiseltä ajalta.

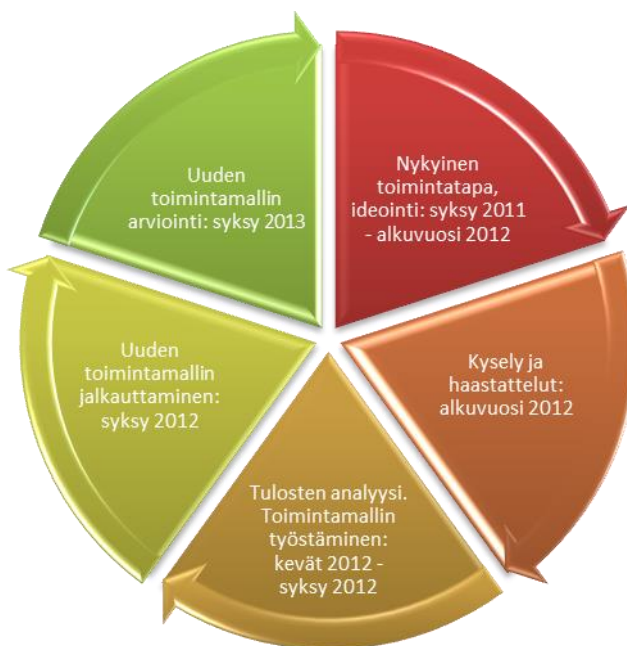
Hätäsektiötyöryhmän viimeinen tapaaminen oli 4.12.2012 ja tuolloin työryhmä saattoi todeta, että hankkeen kaikki tavoitteet oli saavutettu edellä aikataulua onnistuneesti. Liitteessä 8 on kuvattu tämän kehittämishankkeen aikataulullinen eteneminen ja siitä ilmenee työryhmän työskentelyaikataulu sekä opinnäytetyön eteneminen. Työryhmän luoma kolmiosainen hätäsektion toimintamalli Porvoon sairaalaan esitellään kokonaisuudessaan kappaleessa 7.

Tätä kehittämishanketta ehdotettiin 15.3.2012 HUS:n kliinisen palvelutuotannon tuloksellisuuspalkkion piiriin. HUS Porvoon sairaanhoitoalueen lautakunta päätti 12.4.2012 ottaa käyttöön kliinisen palvelutuotannon tuloksellisuuspalkkion vuodelle 2012. Palkkio liittyy HUS:n hallituksen 7.12.2010 päättämään uuteen palkkapolitiikkaan ja –strategiaan vuosille 2011-2013. HUS:ssa halutaan palkita hyvin tehdystä työstä, tuloksista ja innovaatioista. Uutena mallina otettiin käyttöön nopea palkitseminen ja tuloksellisuuspalkkio eli kliinisen palvelutuotannon tuloksellisuuspalkkio sekä osittain uutena suoritepalkkiomalli. Kliinisen tuloksellisuuspalkkio on ryhmäpalkitsemismuoto ja palkkion tavoitteena on kannustaa HUS:n tavoitteiden mukaisesti toiminnan kehittämiseen, parantaa tuloksellisuutta ja tehostaa toimintaa, motivoida henkilöstöä, sitouttaa henkilöstö organisaatioon ja houkutella uusia osajia sekä lisätä yhteistyötä ja verkostoitumista. Perusteena palkkiolle on tuloksellinen ja tuottava toiminta, jota mitataan palvelutoiminnan sujuvuudella ja tehokkuudella, asiakastyytyväisyydellä, tulosyksikkötason tuloskorttitavoitteiden saavuttamisella sekä toiminnan taloudellisella tuloksella. (HUS 2010b, HUS Porvoo 2011, HUS Porvoo 2013a). Tarkempi kuvaus tuloksellisuuspalkkiota varten määritellyistä mittareista on esitelty liitteessä 9.

Johtoryhmän työjaosto suoritti mukaan hyväksytyjen hankkeiden arvioinnin samoin kuin johtoryhmä kahdessa eri kokouksessaan. Tällöin arvioitiin saatujen arviointien perusteella toteutumista verrattuna asetettuihin tavoitteisiin ja niihin liittyviin mittareihin. Käsittelyn perusteella esitettiin palkkioiden jakamista siten, että tämän kehittämishankkeen toteutumisasteen arvioitiin olevan 100% ja lautakunta päätti 12.2.2013, että vuoden 2012 kliinisen palvelutuotannon tuloksellisuuspalkkiot maksetaan hankkeiden piirissä oleville henkilöille maaliskuun 2013 palkanmaksun yhteydessä. Hankkeelle oli ehdotettu palkkioksi 10 800€ ja tämän

kehittämishankkeen alkuperäinen kymmenhenkinen työryhmä sai summan täysimääräisenä. (HUS Porvoo 2013a).

Kehittämishanke ajoittui syksystä 2011 alkuvuoteen 2013. Hanketta varten laadittiin prosessikuvaus sekä aikataulu, jotka ovat kuvattuna kuviossa 9. Hanke eteni suunnitellun aikataulun mukaisesti ja osittainen uuden toimintamallin jalkauttaminen päästiin aloittamaan jopa suunniteltua aiemmin. Hankkeen toteutunut aikataulu on esitelty liitteessä 8.



Kuvio 9. Kehittämishankkeen prosessikuvaus ja aikataulu.

Hankkeen ensimmäinen vaihe oli alkuselvitys, josta ilmeni hätäsektion nykyinen toimintatapa Porvoon sairaalassa. Ensimmäisessä vaiheessa hahmotettiin tarvetta ja ideoitiin uutta toimintamallia syksystä 2011 alkuvuoteen 2012. Seuraavassa vaiheessa hankin tietoa Suomen kaikkien muiden synnytysyksiköiden (n=30) hätäsektiökäytännöistä lähettämällä yksiköiden osastonhoitajille kyselyn sähköpostitse alkuvuodesta 2012 (liitteet 10 ja 11). Samassa vaiheessa hanketta kartoitin Porvoon sairaalan hätäsektioihin osallistuvan henkilökunnan näkemyksiä nykyisestä toimintatavasta ryhmätemahaastattelun avulla (liitteet 12 ja 13). Haastattelut ammattiryhmät olivat kättilöt, gynekologit, anestesiologit ja leikkaussalihenkilökunta ja haastatteluiden ajankohta toteutui keväällä 2012.

Kolmannessa vaiheessa analysoin kyselyn ja haastattelujen aineiston keväällä ja kesällä 2012. Tämän pohjalta työryhmä aloitti uuden toimintamallin työstämisen ja tähän vaiheeseen oli varattu aikaa useampi kuukausi kevästä syksyyn 2012. Neljännessä vaiheessa uuden toimintamallin käyttöönottoa tuettiin ja malli jalkautettiin käytäntöön syksyllä 2012. Viimeisessä eli viidennessä vaiheessa uusi käytöön otettu toimintamalli arvioidaan. Tämä vaihe ajoittuu vuoden 2013 syksyyn, jotta uusi toimintamalli olisi ehtinyt olla käytössä vuoden verran. Tämä opinnäytetyö rajautuu siis toimintamallin luomiseen ja osittaiseen jalkauttamiseen ja lopullinen uuden toimintamallin käyttöönotto tapahtuu portaittaisella jalkauttamisella ja arviointi tapahtuu pidemmällä aikavälillä. Tästä syystä ideointikokouksessa joulukuussa 2011 ehdotettiin, että uuden toimintamallin arvioinnissa voisi tehdä yhteistyötä alueella toimivan ammattikorkeakoulun kanssa. Työryhmä päätti, että hankkeen arviointia tarjotaan opinnäytetyön aiheeksi Laurea ammattikorkeakoulun, Metropolia ammattikorkeakoulun tai Arcada Yrkeshögskolanin terveystieteiden opiskelijoille.

## 6.2 Tiedonkeruu kehittämishankkeen työryhmän työskentelyn pohjaksi

### 6.2.1 Tiedonkeruun tutkimuskysymykset

Tässä kehittämishankkeessa Porvoon sairaalan hätäsektiojärjestelyitä kehitetään kolmessa osa-alueessa, jotka esiteltiin kuviossa 5. Tämän kehittämishankkeen lähtökohdaksi tehtiin tutkimuksellinen osio, jossa haluttiin löytää vastaus seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten hätäsektiotilanteessa toimitaan Suomen muissa synnytysyksiköissä?
2. Miten tällä hetkellä Porvoon sairaalassa toimitaan hätäsektiotilanteessa?  
Mikä tämän hetkisessä toiminnassa koetaan hyväksi ja mitkä osa-alueet toiminnassa vaativat kehittämistä?
3. Millainen hätäsektion toimintamalli Porvoon sairaalan synnytysyksikköön halutaan luoda?

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen haettiin vastauksia sähköpostikyselyllä kaikilta Suomen synnytyssairaaloiden osastonhoitajilta. Toiseen ja kolmanteen tutkimuskysymykseen haettiin vastauksia ryhmäteemahaastatteluilla, jotka tehtiin Porvoon sairaalassa hätäsektioissa työskenteleville ammattiryhmille.

### 6.2.2 Kysely Suomen synnytysyksiköille

Tässä kehittämishankkeessa Porvoon sairaalan hätäsektiotyöryhmä halusi kartoittaa Suomen synnytyssairaaloiden tämän hetkisiä hätäsektiökäytäntöjä kyselyn avulla. Kyselyn kysymykset muotoiltiin helposti vastattaviksi, koska Hirsjärven ym. (2010, 198) mukaan vastausprosentti saadaan siten mahdollisimman korkeaksi. Kysymyksistä tehtiin avoimia kysymyksiä, jossa esitetään vain kysymys ja jätetään tyhjä tila vastauksia varten. Kysymyksillä kartoitettiin lähinnä kunkin synnytysyksikön nykyisiä hätäsektiökäytäntöjä ja – järjestelyjä. Lähetin kyselyn sähköpostitse kaikille Suomen synnytysyksiköiden osastonhoitajille (Porvoota lukuun ottamatta). Sähköpostiviesti käsitti saatekirjeen osastonhoitajille (liite 10), varsinaisen kyselyn (liite 11) sekä HUS:n myöntämän tutkimusluvan pdf - tiedoston (liite 4). Sähköpostiviestissä lupasin tarvittaessa lähettää kehittämishankesuunnitelman sitä kaipaaville.

Kyselyllä aineistoa voidaan kerätä standardoidusti eli siten, että asiat kysytään vastaajilta täsmälleen samalla tavalla. Aineisto voidaan kerätä kahdella päätävällä, postikyselyllä ja kontrolloidulla kyselyllä. Postikyselyssä lomake lähetetään tutkittavalle ja heidän täytettyään sen, he postittavat sen tutkijalle. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 193-197). Tässä kehittämishankkeessa kysyttiin puolistrukturoidulla sähköpostikyselylomakkeella siitä, miten hätäsektiotilanteessa toimitaan Suomen synnytysyksiköissä.

Kysymykset käsittelivät viittä aihealuetta: vuoden 2011 synnytysten ja sektioiden lukumäärää, synnytyssairaalan miehitystä hoitajien ja lääkärin osalta niin virka- kuin päivystysaikana, DDI -aikaa, nykyisiä hätäsektiojärjestelyitä sekä visiota siitä, millaiset olisivat synnytysyksikön hätäsektiojärjestelyt, jos kyse ei olisi resursseista. Sähköpostitse lähetettävän kyselyn kysymykset laadittiin yhdessä ke-

hittämishankkeen työryhmän kanssa, koska kysymysten tarkalla suunnittelulla voidaan Hirsjärven ym. (2010, 198) mukaan tehostaa tutkimuksen onnistumista.

Vastausaikaa oli kaksi viikkoa ja vastausajan päätyttyä vastauksia tuli 12 kappaletta. Lisäksi neljä osastonhoitajaa otti yhteyttä ja kertoi heidän sairaalan vaativan oman tutkimusluvan anomista heiltä. Lähetin uuden sähköpostin niille osastonhoitajille (n=14), jotka eivät olleet vastanneet kyselyyn. Sähköposti lähetettiin tässä vaiheessa yksitellen kullekin osastonhoitajalle, jotta lähetyslistasta ei voisi päätellä sitä, kuka oli jo vastannut kyselyyn. Toukokuun 2012 loppuun mennessä 16 osastonhoitajaa 30:stä oli vastannut kyselyyn. Yhtä luvattua vastausta ei koskaan saapunut ja yhdeksän osastonhoitajaa ei vastannut sähköpostiviestiin lainkaan.

### 6.2.3 Ryhmäteemahaastattelu hätäsektioon osallistuvalla henkilökunnalla ja sen analysointi

Haastattelua voidaan kuvata yhdenlaiseksi keskusteluksi. Kun tavallisessa keskustelussa molemmat osapuolet ovat tasa-arvoisia kysymysten ja vastausten antamisessa, haastattelussa ohjat ovat haastattelijalla. Tutkimushaastattelu voidaan jakaa kolmeen ryhmään: strukturoitu haastattelu eli lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja avoin haastattelu. Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit eli teema-alueet ovat tiedossa. Teemahaastattelun voi toteuttaa yksilö- ja ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastattelun avulla saadaan nopeasti tietoa samanaikaisesti usealta vastaajalta. Haastattelumenetelmän muoto on *täsmäryhmähaastattelu*, englanninkielellä *focus group interview*. Tutkimusmenetelmästä käytetään myös nimitystä *fokusryhmähaastattelu*. (Hirsjärvi ym. 2010, 204-212; Hirsjärvi & Hurme 2011, 61-63; Mäntyranta & Kaila 2008, 1507-13.)

Mäntyranta ja Kaila (2008, 1507) kuvaavat fokusryhmähaastattelua laadulliseksi tutkimusmenetelmäksi, joka on haastattelijan ylläpitämä ryhmäkeskustelu. Menetelmällä on lääketieteessä muutama vakiintunut käyttöalue, muun muassa terveydenhuollon ammattilaisten ajattelutavan ja toiminnan tutkimus. Menetelmä tuottaa monipuolisen ja rikkaan aineiston, jota ei Mäntyrannan ja Kailan mukaan ole saatavissa muilla menetelmillä. Täsmäryhmähaastattelu sekä fokusryhmähaastattelu

ovat saman menetelmän eri nimitykset. Tämän kehittämishankkeen tutkimuksellisessa osuudessa käytän näistä yhteisnimitystä *ryhmäteemahaastattelu*.

Hätäsektio toteutetaan aina moniammatillisena tiimityönä ja tästä syystä aineiston hankintamuodoksi valittiin ryhmäteemahaastattelu. Hätäsektiossa toimivat ammattiryhmät ovat leikkaus- ja anestesiayksikössä työskentelevä leikkaustiimi, joka koostuu sairaanhoitajista, synnytysyksikön kätilöt sekä erikoislääkärit erikoisaloinaan anestesiologia sekä gynekologia ja obstetriikka (naistentaudit ja synnytykset). Koska lastenlääkärit eivät toimi itse hätäsektioissa, vaan työskentelevät vasta syntyneen lapsen kanssa hätäsektion jälkeen, heidän ammattiryhmänsä jätettiin aineiston keruun ulkopuolelle samoin kuin lastensairaanhoitajat, jotka avustavat tarvittaessa vastasyntyneen elvytyksessä kätilöiden ohella. Haastateltaviksi rajattiin siis selkeästi hätäsektioissa aina toimivat ammattilaiset.

Ryhmäteemahaastattelut päätettiin toteuttaa kolmessa eri ammattiryhmässä, jotka osallistuvat aina hätäsektioihin. Näitä ammattiryhmiä ovat leikkaussalin sairaanhoitajat, synnytyslin kättilöt sekä anestesiologian ja gynekologian erikoislääkärit. Haastateltaviksi valittiin ammattilaisia, joilla oli käytännön kokemusta hätäsektioissa toimimisesta. Työkokemuksen pituudella ei ollut ensisijaista merkitystä henkilöiden valinnassa. Haastatteluryhmiä koottaessa pyrittiin kuitenkin huomioimaan, että kukin ryhmä edustaisi mahdollisimman laaja-alaisesti omaa ammattikuntaansa, eikä ryhmiä siis muodostettu pisimmän työkokemuksen omaavista. Ryhmistä pyrittiin muodostamaan ikäjakauman ja työkokemuksen näkökulmasta mahdollisimman heterogeenisiä.

Haastateltavien valinta tapahtui kunkin ammattiryhmän esimiehen avustuksella, koska heillä oli käytössään tiedot valinnan kriteerit täyttävistä henkilöistä. Erikoissairaanhoidon palveluita tuottavassa sairaalassa on haasteellista löytää sopivaa ryhmähaastatteluaikaa ihmisille, jotka työskentelevät kolmivuorotyössä tai päivystävät. Esimiehet kuitenkin mahdollistivat haastatteluiden onnistumisen erilaisilla työjärjestelyillä, joita ilman tämä osuus kehittämishankkeesta olisi jäänyt toteutumatta. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista. Kaikki 12 haastattelupyynnön saanutta suostuivat osallistumaan ryhmäteemahaastatteluun.

Hirsjärven ja Hurmeen mukaan (2011, 65-67) haastattelun tarkoituksena on kerätä sellainen aineisto, jonka pohjalta voidaan luotettavasti tehdä tutkittavaa ilmiötä koskevia päätelmiä. Käytettäessä teemahaastattelua on suunnitteluvaiheen tärkeimpiä tehtäviä haastatteluteemojen suunnittelu. Laadittaessa haastattelurunkoa Hirsjärvi ja Hurme (2011, 66) muistuttavat, että emme laadi yksityiskohtaista kysymysluetteloa vaan teema-alueluettelon. Itse haastattelutilanteessa ne ovat haastattelijan muistilistana ja tarpeellisena keskustelua ohjaavana kiintopisteenä. Porvoo sairaalan hätäsektiojärjestelyitä kehitettiin tässä hankkeessa kolmessa osaluueessa ja nämä osa-alueet (kuvio 5) olivat myös haastattelurungon (liite 13) rakentamisen perustana. Työryhmän jäsenet osallistuiivat haastatteluteemojen suunnitteluun.

Haastatteluun osallistuvat sairaanhoitajat, kättilöt ja lääkärit antoivat suostumuksensa haastatteluun suullisesti. Lähetin kehittämishankesuunnitelman haastateltaviksi valituille henkilöille sähköpostitse huhtikuussa 2012. Haastattelun saatekirjeen (liite 12) sekä haastattelun rungon (liite 13) lähetin sekä sähköpostitse että kirjeenä haastateltaville kahta viikkoa ennen haastattelua ja samalla pyysin suostumusta haastatteluun osallistumiseen. Haastateltavat saivat yhteystietoni sähköpostitse huhtikuussa 2012 kehittämishankesuunnitelman yhteydessä sekä haastattelun saatekirjeen mukana. Haastatteluun osallistuville kerroin osallistumisen olevan vapaaehtoista ja ennen haastattelua informoin kaikkia siitä, että osallistumisen voi perua missä vaiheessa tutkimusprosessia tahansa. Haastattelutilanteessa kerroin kullekin ryhmälle osallistujien henkilöllisyyden pysyvän salassa läpi prosessin. Informoin haastateltavia haastattelun purkamisesta, litteroinnista sekä nauhoitteiden ja litterointitekstien hävittämisestä asianmukaisesti.

Suoritin haastattelut kolmessa pienryhmässä, joihin osallistui kolmesta neljään ammattilaista kerrallaan. Kukin hätäsektioon osallistuva ammattiryhmä haastateltiin omana pienryhmänään, koska tarkoitukseni oli saada jokaisen ammattiryhmän ääni ja ammatin nyanssit kuuluviin. Haastatteluryhmät olivat leikkaus- ja anestesiyksikön sairaanhoitajat (n=4), synnytysyksikön kättilöt (n=4) sekä lääkärit (n=3). Lääkäreitä oli alun perin lupautunut haastatteluun neljä, mutta haastatteluhetkenä yksi lääkäreistä ei pystynyt irtautumaan potilastyöstä kiireen vuoksi ja hänen osallistumisensa haastatteluun siis peruuntui.

Kolme ryhmäteemahaastattelua toteutettiin toukokuussa 2012. Haastateltavien esimiehet, osastonhoitajat ja ylilääkärit, huolehtivat haastattelut mahdollistavista käytännön järjestelyistä, kuten haastateltavien työ- ja leikkausvuorojen suunnittelusta haastattelupäivänä sekä haastattelutilojen varaamisesta. Kaikki haastattelut tehtiin haastateltavien työaikana. Tällä järjestelyllä haluttiin varmistaa haastateltavien mahdollisuus osallistua haastatteluun. Lääkärien työnkuvan vuoksi heidän oli pidettävä puhelimia päällä haastattelun aikana ja kaksi haastateltavaa lääkäriä joutui vastaamaan lyhyeen konsultaatiopuheluun kesken haastattelun. Muut ryhmän haastateltavat jatkoivat keskustelua puheluista huolimatta. Muuten kaikki kolme haastattelutilannetta sujuivat häiriöittä.

Ennen varsinaisen haastattelun alkamista pyrin luomaan rennon ja keskustelua ruokkivan luottamuksellisen ilmapiirin. Haastatteluun osallistuville kerroin haastattelun alussa tutkimusosuuden tarkoituksesta osana kehittämishanketta ja kysyin haastateltavilta luvan haastattelujen tallentamiseen. Tallensin haastattelut Applen iPhone 4 – älypuhelimien sanelin- ohjelmalla. Varsinaisen tallennuslaitteen lisäksi onnistunut tallennus taattiin siten, että olin varannut mukaansa kasetillisen sanelulaitteen. Kunkin haastattelun lopuksi tarkastin tallennuksen onnistuneen. Haastattelut kestivät 24 minuutista 41 minuuttiin ja haastatteluaineistoa kertyi yhteensä 104 minuuttia.

Analysoin haastatteluaineisto sisällön analyysia käyttäen. Kyngäs ja Vanhanen (1999, 3-4) kuvaavat sisällön analyysiä menettelytavaksi, jolla voidaan analysoida dokumentteja objektiivisesti ja systemaattisesti. Se on tapa järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysin avulla pyritään rakentamaan sellaisia malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. Sisällön analyysi sopii erinomaisesti strukturoimattomaan aineistoon ja analyysin lopputuloksena tuotetaan Kynkään ja Vanhasen mukaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä, käsitekartta tai malli.

Aineiston analysointiprosessi eteni vaihe vaiheelta suunnitelmallisesti. Nauhoitin haastattelu ja litteroin koko 104 minuutin materiaalin sanatarkasti. Litteroitua ma-

teriaalia kertyi 27 sivua (9487 sanaa) ja litteroinnin jälkeen tallennetut hävitin äänitiedostot.

Analyysiprosessi jatkui sisällön analyysillä. Analyysin tekemiseksi ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä, mutta tiettyjä ohjeita analyysiprosessin etenemisestä on olemassa. Kyngäs ja Vanhanen (1999, 5) kuvaavat, että sisällön analyysissä voidaan edetä joko aineistosta lähtien eli induktiivisesti tai jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä, jota hyväksikäyttäen aineistoa luokitetaan eli deduktiivisesti. Jako perustuu tulkintaan tutkimuksessa käytetystä päättelyn logiikasta, joka on Tuomen ja Sarajärven (2009, 95) mukaan joko yksittäisestä yleiseen eli induktiivinen tai yleisestä yksittäiseen eli deduktiivinen. Tämän kehittämishankkeen haastatteluaineiston analyysi oli induktiivinen sisällön analyysi ja aineistosta lähtevä analyysiprosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina. Kynkään ja Vanhasen (1999, 5) mukaan pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Ryhmittelyssä tutkija yhdistää pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. Sen jälkeen abstrahoinnissa muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta.

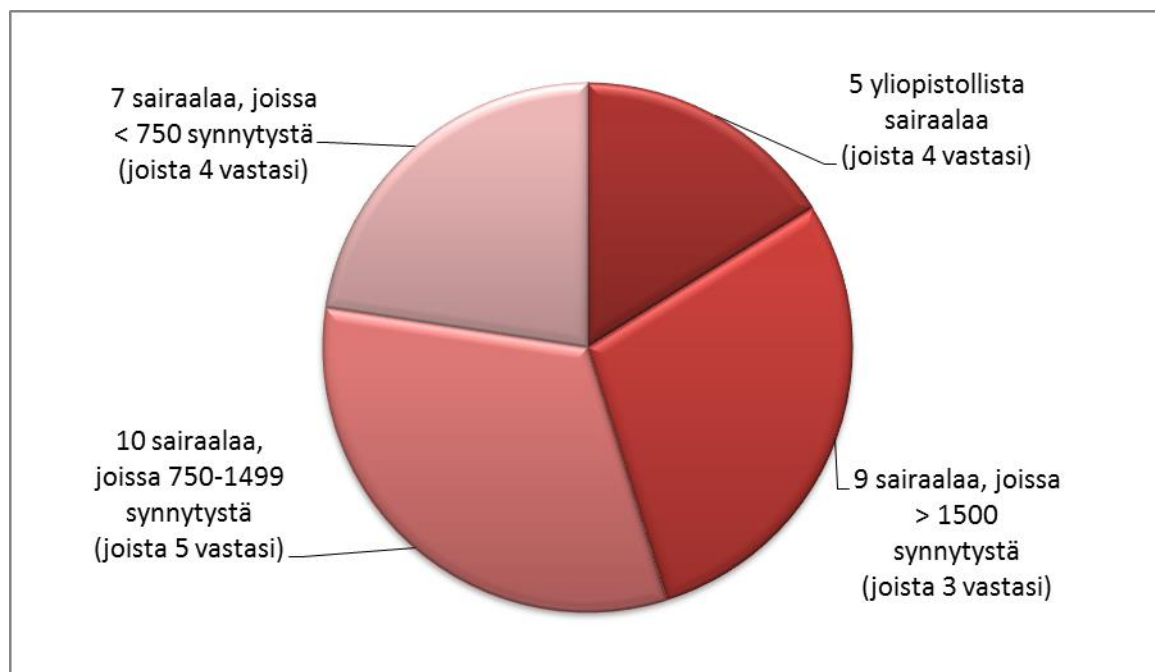
Aloitin sisällön analyysin ikään kuin kysymällä litteroidulta tekstiltä tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Alleviivasin alkuperäisilmaisut ja kirjoitin ne tietokoneelle teemoittain, jotka mukailivat tutkimustehtävää. Tämän jälkeen alkupe-  
räisilmaisut pelkistettiin. Esimerkki haastatteluaineiston pelkistämisestä liitteessä 14.

Seuraavaksi aineisto ryhmiteltiin. Ryhmittelyssä on Kynkään ja Vanhasen (1999, 6) mukaan kysymys pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsimisestä. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja kategorialle annetaan nimi, joka kuvaa sen sisältöä mahdollisimman hyvin. Tähän vaiheeseen liittyy jo aineiston abstrahointia eli käsitteellistämistä. Ryhmitellessäni pelkistettyjä ilmaisuja annoin jokaiselle ryhmälle mahdollisimman kuvaavan nimen ja näin muodostin alakategorioita. Koska alustavia alakategorioita tuli paljon, pyrin yhdistelemään saman sisältöisiä alakategorioita toisiinsa. Esimerkki aineiston ryhmittelystä liitteessä 15.

Analyysi jatkui siten, että yhdistin saman sisältöiset kategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita. Yläkategorioille annoin nimet, jotka kuvasivat mahdollisimman hyvin niiden sisältöä eli niitä alakategorioita, joista yläkategoriat muodostettiin. Tätä kategorioiden abstrahointi päättyi alakategorioista yläkategorioiden kautta yhdistäviin kategorioihin. Muodostuneet yhdistävät kategoriat vastasivat tutkimustehtävää. Esimerkki kategorioiden abstrahoinnista liitteessä 16.

### 6.3 Hätäsektiökäytännöistä Suomen synnytyssairaaloissa

Sähköpostikyselyyn vastasi 16 synnytyssairaalan osastonhoitajaa, joista neljä työskenteli yliopistosairaalassa, kahdeksan keskussairaalassa ja neljä aluesairaalassa. THL:n synnytyssairaalajaoittelun mukaisesti kyselyyn vastasi neljä yliopistosairaalaa, kolme sairaalaa, joissa on enemmän kuin 1500 synnytystä vuodessa, viisi sairaalaa, joissa on 750-1499 synnytystä vuodessa ja neljä sairaalaa, joissa on alle 750 synnytystä vuodessa. Kuviossa 10 on kuvattu Suomen synnytyssairaalat THL:n jaottelun mukaisesti sekä kyselyyn vastanneiden osuus niistä.



Kuvio 10. Suomen synnytyssairaalat vuonna 2011 THL:n jaottelun mukaan sekä kyselyyn vastanneiden osuus niistä.

Kyselyyn vastanneiden yliopistosairaaloiden hätäsektioprosentit vaihtelivat 0,83 prosentista 1,9 prosenttiin ja kaikkien sektioiden osuus vaihteli 15,34 prosentista 24,05 prosenttiin vuonna 2011. Keskussairaaloiden hätäsektioprosentit vaihtelivat 0,71 prosentista 1,48 prosenttiin ja kaikkien sektioiden osuus vaihteli 12,86 prosentista 21,64 prosenttiin vuonna 2011. Aluesairaaloissa hätäsektioprosentit vaihtelivat 0,58 prosentista 2,0 prosenttiin ja kaikkien sektioiden osuus vaihteli 8,58 prosentista 18,3 prosenttiin vuonna 2011. Liitteessä 17 on esitetty taulukkona kyselyyn vastanneiden synnytyssairaaloiden sekä Porvoon sairaalan sektioprosentit vuonna 2011.

Kyselyyn vastanneiden synnytyssairaaloiden miehitystä tarkasteltiin kolmesta näkökulmasta: kuinka monta kättilöä synnytyssalissa työskenteli työvuorossa, lääkärin ns. etupäivystystä eli olivatko he päivystäessään fyysisesti paikalla synnytyssairaalassa vai kotona sekä sitä, päivystikö leikkaustiimi (leikkausyksikön sairaanhoitajat) sairaalassa vai kotona. Taulukossa 1 on esitelty kyselyyn vastanneiden 16 synnytyssairaalan miehitys vuonna 2011. Taulukossa on mukana Porvoon sairaalan miehitys.

Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden synnytyssairaaloiden sekä Porvoon sairaalan miehitys vuonna 2011.

Synnytyssairaala	Kätilöitä per vuoro aamu / ilta / yö	Lääkärit päivystysaikana sairaalassa	Leikkaustiimin päivystys sairaalassa vai kotona	Kätilö instr. hätäsektiossa
Yliopistosairaala 1	7-8 / 7-8 / 7-8	ane / gyn / ped	yksi tiimi aina sairaalassa	
Yliopistosairaala 2	9 / 7 / 7	ane / gyn / ped	gyn.tiimi kotona klo 18-07, yleiskirurgian tiimi sairaalassa	X
Yliopistosairaala 3	9 / 7 / 7	ane / gyn / ped	ane.hoitaja sairaalassa, muut kotona	X
Yliopistosairaala 4	6 / 5 / 6 kätilöä 2 / 1-2 / 1 lh	ane / gyn / ped	sairaalassa	
Keskussairaala 1	6 / 5 / 5	ane / gyn / ped	sairaalassa	
Keskussairaala 2	3 / 3 / 3	ane / gyn / ped	kotona	X
Keskussairaala 3	4 / 3 / 3	ane / gyn / -	sairaalassa	
Keskussairaala 4	3 / 3 / 3	ane / gyn / -	kotona	X
Keskussairaala 5	2-3 / 2-3 / 2-3	ane / - / -	kotona	X
Keskussairaala 6	2 / 2 / 2	ane / - / -	kotona	X
Keskussairaala 7	2 / 2 / 2	ane / - / -	kotona	X
Keskussairaala 8	1 / 1 / 1	ane / - / -	kotona	X
Aluesairaala 1	3 / 3 / 3	ane / gyn / ped	kotona	X
Aluesairaala 2	1 / 1 / 1	ane / gyn / -	kotona	X
Aluesairaala 3	1 / 1 / 1	- / - / -	kotona	
Aluesairaala 4	1 / 1 / 1	- / - / -	kotona	X
Porvoon sairaala	2 / 1 / 1	ane / gyn / -	kotona	X *)

\*) kevästä 2012 alkaen

[Taulukon lyhenteet:

ane = anestesioologi, gyn = gynekologi, ped = pediatri eli lastenlääkäri, lh = lastenhoitaja, gyn.tiimi = gynekologinen leikkaustiimi, ane.hoitaja = anestesiahoitaja]

Tutkimuseettisistä syistä sairaaloiden nimet on jätetty pois. Ainoastaan kohdeyksikön eli Porvoon sairaalan nimi on kirjattu taulukkoon.

Kyselyyn vastanneesta 16 synnytyssairaalasta kolmessa päivysti koko hätäsektioon tarvittava miehitys eli gynekologi, anestesioologi ja pediatri sekä leikkaustiimi fyysisesti sairaalassa. Näistä kaksi oli yliopistosairaala ja yksi keskussairaala. Lopuissa 13 vastanneessa synnytyssairaalassa joko osa leikkaustiimistä, lääkäreistä tai jopa kaikki hätäsektioon tarvittavasta miehityksestä päivysti muualla kuin sairaalassa. Näistä sairaaloista kaksi oli yliopistosairaala, seitsemän oli keskussairaala ja neljä oli aluesairaala. Niissä 13 sairaalassa, joissa kaikki hätäsektioon tarvittavasta miehityksestä ei ollut fyysisesti sairaalassa koko päivystysaikaa, 11 sairaalassa hätäsektio aloitettiin kättilön toimiessa instrumenteissa.

Kahdessa synnytyssairaalassa ei päivystänyt kukaan lääkäreistä eikä leikkaustiimi fyysisesti sairaalassa. Koko leikkaustiimi (anestesiahoitaja, instrumenttisairanhoidtaja sekä avustava sairaanhoitaja) päivysti fyysisesti sairaalassa koko päivystysajan neljässä sairaalassa. Osa leikkaustiimistä oli fyysisesti sairaalassa päivystämässä kahdessa sairaalassa ja koko leikkaustiimi oli päivystämässä kotona kymmenessä sairaalassa. Seitsemässä sairaalassa gynekologi, anestesioologi ja pediatri päivystivät sairaalassa. Kolmessa sairaalassa gynekologi ja anestesioologi päivystivät sairaalassa ja pediatri päivysti kotona. Neljässä sairaalassa pelkästään anestesioologi päivysti sairaalassa ja kahdessa sairaalassa kukaan lääkäreistä ei päivystänyt sairaalassa päivystysaikana. Neljässä sairaalassa leikkaustiimi päivysti sairaalassa, 11 sairaalassa kättilö toimi instrumenttihoitajana hätäsektioissa ja yhdessä sairaalassa sektiota ei aloitettu ilman leikkaustiimiä.

DDI- aikaa tilastoi neljä sairaalaa, joista kaksi oli yliopistosairaala, yksi keskussairaala ja yksi aluesairaala. Toisen yliopistosairaalan vaihteluväli oli 3-16 minuuttia ja keskiarvo 6,12 minuuttia. Toinen yliopistosairaala ilmoitti ainoastaan vaihteluvälin 5-10 minuuttia. Yksi keskussairaala ilmoitti DDI -ajakseen alle 15 minuuttia ja yksi aluesairaala vaihteluvälin 4-15 minuuttia. Lisäksi yksi yliopistosairaala ilmoitti, että *"lapsi on maailmassa alle 10 minuutissa"*.

Kysymykseen synnytysyksikön visiosta hätäsektiojärjestelyiden suhteen, jos kyse ei olisi resursseista, kahdeksan toivoi leikkaustiimin päivystävän sairaalassa, kuusi toivoi sektiosalia synnytyssalien yhteyteen, neljä toivoi lääkäreiden päivystävän sairaalassa, kaksi toivoi lisää kättilöitä miehitykseen, kaksi visioi hyvin opeteltua

toimintamallia ja simulaatioharjoituksia, yksi toivoi lastensairaanhoidajaa mukaan hätäsektioon, yksi visioi perheheräämöstä ja kaksi synnytysyksikköä koki, että nykytoiminnassa ei ole mitään parannettavaa.

#### 6.4 Porvoon sairaalan hätäsektiojärjestelyjen nykytila sekä toiveet Porvoon sairaalan luotavasta hätäsektion toimintamallista

Haastatteluaineistosta muodostui sisällön analyysillä kolme yläkategoriaa liittyen huomioitaviin osa-alueisiin luotaessa hätäsektion toimintamallia Porvoon sairaalan synnytysyksikköön: 1) henkilökunnan näkemys siitä, millainen hätäsektion toimintamalli Porvoon sairaalaan halutaan luoda, 2) henkilökunnan näkemys siitä, mikä tämän hetkessä toiminnassa koetaan hyväksi ja 3) henkilökunnan näkemys siitä, mikä tämän hetkessä hätäsektiotoiminnassa vaatii kehittämistä.

##### 6.4.1 Henkilökunnan näkemys siitä, millainen hätäsektion toimintamalli Porvoon sairaalaan halutaan luoda

Haastateltavat kertoivat, että uudessa hätäsektion toimintamallissa Porvoon sairaalassa tulisi olla selkeä ohjeistus talon toimintatavasta, henkilökuntaa tulisi lisäkouluttaa hätäsektiossa toimimiseen ja hallinnollisin toimin tulisi edistää turvallisuutta. Lisäksi haastatellut kokivat, että hoitavan lääkärin tulisi tavata potilas hätäsektion jälkeen ja että pitäisi olla mahdollisuus moniammatillisiin tapaamisiin synnytysten erityistilanteiden jälkeen. Riittävä perehdytys uusille työntekijöille oli haastateltavien mielestä ensiarvoisen tärkeää.

*Mä oon sitä mieltä, että semmonen viikottainen, jokaviikkoinen sessio, et mennään tonne (leikkaus)saliin ja katotaan, missä mitäkin on. Että se tulee niin tutuksi se paikka, ihan niinku täällä (synnärillä) nää meidän. Et ihan kuin ne ois omat taskut kun sä meet sinne. Kun meillä on käytössä se yks sali, niin sä käyt toistuvasti... (K2)*

*Sitä mä olisin kaivannut kaikki nämä vuodet, sitä, et kun meillähan on näitä keskusteluja, mutta siinä on ne vanhemmatkii ja silloinhan se menee vanhempien ehdoilla, ei kätilö hoida silloin omaa psyyketään siinä, vaan silloin hoidetaan niitä vanhempia siinä. Et pitäis olla semmonen et ois pelkät ammatti-ihmiset, käytäs niiden kanssa. (K3)*

#### 6.4.2 Henkilökunnan näkemys siitä, mikä tämän hetkisessä toiminnassa koetaan hyväksi

Haastateltavien näkemyksen mukaan tämänhetkisessä hätäsektiotoiminnassa hyväksi koettiin ennakoiva toiminta, informaation kulku yksiköiden välillä sekä leikkaustiimin valmiustaso hätäsektioon. Haastateltavat kokivat, että osaavat kätilöt, selkeä yhteinen päämäärä, toiminnan suunnitelmallisuus, osaavat anestesialääkärit ja tiimityöskentely hätätilanteessa ovat seikkoja, jotka koetaan hyväksi tämän hetkisessä hätäsektiotoiminnassa Porvoon sairaalassa. Tämän hetkisessä hätäsektiotoiminnassa haastateltavat kokivat hyvinä osa-alueina tutut, talon omat gynekologit sekä sen, että henkilökunta tuntee ammattiryhmän työtavat. Myös gynekologien ja anesthesiologien aktiivipäivystys, toiminnan nopeus, osaavat lastenosaston lastensairaanhoidajat ja ammatillisuus nousi esille tämän hetkisen toiminnan hyvinä puolina. Asiakasperheen kokonaisvaltainen huomiointi hätätilanteessa oli haastateltavien mielestä nykyisessä toiminnassa hyvin.

*Se on juuri niinku tärkein tiimityössä, et jokainen tietää että minä teen tän, koska se, että sulla ei oo aikaa ruveta sanomaan että tee sitä tai tee tätä. Kyllä jokainen tietää, hän menee sinne, hän menee tänne, minä sinne. Et se on kyllä musta meillä aika selkee. (H3)*

*Tää on kyllä yks semmonen tilanne jossa me todellakin puhalletaan yhteen hiileen, se päämäärä on niin sama kaikilla. (H2)*

*Mun mielestä se (hätäsektio) sujuu hurjan hyvin. Silloin kun on tosi kyseessä ei tule semmosta turhan päiväistä höpinää kuin yleensä on, ei jaarittelua tai muuta. Kaikki vaan tulee ja tekee vähäeleisesti sen juttunsa... (L1)*

#### 6.4.3 Henkilökunnan näkemys siitä, mikä tämän hetkisessä hätäsektiotoiminnassa vaatii kehittämistä

Haastateltavien näkemyksen mukaan tämän hetkisessä hätäsektiotoiminnassa oli myös seikkoja, jotka vaativat kehittämistä. Leikkaustiimiä ei informoida riittävästi synnytysyksikön tilanteesta ja joillain työntekijöillä oli epätietoisuutta talon tavoista. Opera®- ohjelman ilmoitukset, epätietoisuus siitä, mitä hoitaja voi kertoa äidille hätäsektion jälkeen sekä lastenlääkäriin osuus hätäsektiossa koettiin asioiksi, joissa haastateltavat näkivät parannettavaa hätäsektiotoimintaan liittyen. Haas-

tateltavat nostivat esille sen, että kättilöillä on paineita työn itsenäisyyden ja vastuullisuuden vuoksi. Hätäsektion ennalta arvaamattomuus, liiallinen luottaminen Stan®- sydänäänirekisteröintiin, kokematon lääkäri sekä se, että sektiosali ei ole kättilölle tuttu toimintaympäristö ovat seikkoja, jotka koetaan haastateltavien mukaan huonoksi tämän hetkessä hätäsektiotoiminnassa. Haastatteluissa nousi esille myös se, että asiakasperheiden kokonaisvaltainen huomioiminen ei hätätilanteessa aina onnistu ja että myös anestesiaalääkäreillä on paineita työn itsenäisyyden ja vastuullisuuden vuoksi.

*Ja varsinkin jos on yöaika niin se, että on aika yksin siinä. Sun täytyy käyttää sitä käyrää ja olla vähän niinku silleen että no, soitanko, katonko tässä vielä hetken aikaa, onks se nyt reaktiivista, väheneekö se vai mitä. Se on vähän niinku sellasta odottelua, vähän niinku pientä painetta siinä on. (K2)*

*Se on kättilölle ihan hirvee paikka siinä mielessä, että kun se tilanne pamahtaa sun päälle niinku näin. Sit sun pitää hoitaa se äiti. Sit sinä pienenä hetkenä kun sitä lasta leikataan sieltä ulos niin sun pitää kerätä ittes uudestaan ja sit uus rupeama sen vauvan puolesta. (K3)*

*Harvoinhan sinne kukaan pystyy ihan jäämään isän kanssa. (K1)*

## 6.5 Tiedonkeruun luotettavuus ja etiikka

Kriittinen ja arvioiva työasenne parantaa tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä sekä samalla sen uskottavuutta ja vakuuttavuutta. Kokonaisvaltainen kriittinen tarkastelu on tärkeä osa laadullisen tutkimuksen arviointia ja koko tutkimusprosessiin tulisi asennoitua alusta alkaen uteliaasti, mutta samalla terveen skeptisellä mielellä. Itselleen esitetyt miksi- kysymykset auttavat tutkijaa jo pitkälle. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009, 164-165) mukaan luotettavuuden arviointi alkaa tarkastelemalla tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimuskysymysten selkeyttä. Lisäksi tutkimuskontekstin tulisi perustua kirjallisuuteen.

Tämän kehittämishankkeen sähköpostikyselyn ja ryhmäteemahaastatteluiden avulla saatiin runsaasti aineistoa ja se vastasi hyvin tiedonkeruun tutkimuskysymyksiin, joten tulokset ovat todenmukaisia. Aineisto antoi vastauksia tarkastelta-

vasta ilmiöstä, hätäsektiökäytäntöjen nykytilasta sekä toiveista hätäsektiökäytännön kehittämiseksi ja vastaajat sekä haastateltavat käsittivät tarkasteltavan ilmiön kanssani samalla tavoin. Vilkan (2009, 158-160) mukaan se seikka lisää osaltaan merkittävästi tutkimuksellisen osuuden luotettavuutta. Toisaalta Vilka muistuttaa, että puolueettomuusnäkökulma on huomioitava luotettavuutta arvioitaessa. Vaikka tutkimuksen tulee olla arvovapaa, tutkijan arvot vaikuttavat tutkimuksessa tehtyihin valintoihin ja arvovapaaksi tutkimuksen tekee se seikka, että tutkija paljastaa tutkimukseen vaikuttavat arvonsa.

Myönnän, että tarkasteltavan ilmiön tuttuus pitkän synnytyssalikätilöurani vuoksi saattaa vaikuttaa näkökulmaani samoin kuin se, että minulle itselleni on tehty hätäsektio. Näen kuitenkin kyseiset seikat kehittämishanketta tukevinä näkökulmina, koska toimintakulttuuri ja – yhteisöt ovat minulle tuttuja ja pääsin näin ollen sisälle tarkasteltavaan ilmiöön nopeammin ja syvemmälle. Lisäksi on väistämätön tosiasia, että kaikki kokemuksemme kasvattavat meidän ammatti-identiteettiämme ja omakohtainen kokemus asiakkaana olemisesta tarkasteltavaan ilmiöön liittyen tuo puolestaan tervetullutta näkökulmien ravistelua myös ammattiminään. Tuodessani esille nämä ammattiini ja muuhun elämäni liittyvät seikat tämän kehittämishankkeen raportoinnissa haluan osaltani lisätä hankkeen läpinäkyvyyttä, sillä Vilkan (2009, 160) mukaan läpinäkyvyys kytkeytyy monella tavalla luotettavuuden ohella tutkimuksen tekemisen etiikkaan. Myös Nieminen (2006, 218) muistuttaa, että luotettavuus lisääntyy, jos tutkija arvioi raportissaan myös omaa asemaansa yhteisössä.

Kankkunen ym. (2009, 164-165) listaavat arviointikriteereiksi edellä käsittelemieni kohteiden lisäksi asetelmaa, otoksen valintaa, analyysiä, tulkintaa, reflektiivisyyttä, eettistä näkökulmaa sekä relevanssia ja siirrettävyyttä. Tässä kehittämishankkeessa sekä sähköpostikyselyyn että ryhmäteemahaastatteluihin osallistuneet vastasivat ja kertoivat hyvin perusteellisesti kokemuksiaan hätäsektiotoiminnan nykytilasta sekä toiveista toiminnan kehittämisen suhteen. Sähköpostikyselyyn vastasi 16 synnytyssairaalan synnytysyksiköiden osastonhoitajaa jokaiselta sairaalatasolta. Lisäksi käytössäni oli Porvoon sairaalan hätäsektiökäytäntötiedot, joten tämän kehittämishankkeen tutkimuksellisessa osassa on tarkasteltu 17 synnytys-sairaalan hätäsektiökäytäntöä. Kaikkiaan synnytyssairaaloita on tällä hetkellä

Suomessa 30. Oros oli kattava, joten kerätty tieto oli luotettavaa, monipuolista ja ajanmukaista. Vastaukset kyselyyn olivat perusteellisia ja tiedon luotettavuutta lisää se, että jokainen osastonhoitaja vastasi kyselyyn omalla nimellään. Raporttia kirjoittaessani olen kuitenkin tietoisesti jättänyt pois sairaaloiden ja osastonhoitajien tunnistettavuustiedot, koska niillä ei ole merkitystä tarkasteltavan ilmiön kannalta ja päinvastoin tunnistettavuus saattaisi vain lisätä yksittäisten synnytyssairaaloiden haasteita tilanteessa, jossa synnytyssairaalaverkosta ollaan karsimassa.

Tutkimuksellisessa osiossa pyrin toimimaan siten, että aineisto olisi mahdollisimman laadukasta. Tästä syystä lähetin sähköpostikyselyn kaikille Suomen synnytyssairaaloiden synnytysyksiköiden osastonhoitajille, koska halusin saada tietoa synnytyssairaaloiden jokaiselta tasolta aluesairaaloista yliopistosairaaloihin. Laadukas aineisto saatiin kerättyä muotoilemalla kyselyn kysymykset mahdollisimman helposti vastattaviksi, jotta vastausprosentti saataisiin mahdollisimman korkeaksi. Tässä kehittämishankkeessa työryhmä halusi kartoittaa Suomen synnytyssairaaloiden tämän hetkisiä hätäsektiökäytäntöjä sekä tulevaisuuden visioita hätäsektiökäytäntöihin liittyen ja kysymyksistä tehtiin avoimia kysymyksiä.

Haastateltaviksi puolestaan rajattiin selkeästi ne ammattihenkilöt, jotka ovat mukana hätäsektiotilanteissa aina. Tästä syystä esimerkiksi lastenlääkärit ja lastensairaanhoitajat rajautuivat haastatteluiden ulkopuolelle. Työkokemuksen pituudella ei ollut ensisijaista merkitystä henkilöiden valinnassa, vaan sillä, että haastateltavalla oli käytännön kokemusta hätäsektioissa toimimisesta. Työvuodet eivät suoraan kerro työuralla eteen sattuneiden hätäsektioiden lukumäärästä, sillä hätäsektiot tulevat arvaamalla ja on sattumaa, kenen kohdalle ne työvuoroissa tulevat. Ryhmistä pyrittiin muodostamaan ikäjakauman ja työkokemuksen näkökulmasta mahdollisimman heterogeenisiä ja haastateltavien valinta tapahtui kunkin ammattiryhmän esimiehen avustuksella, koska heillä oli käytössään tiedot valinnan kriteerit täyttävistä henkilöistä. Tiedon keruun ja kerätyn aineiston luotettavuutta lisäsi se seikka, että toteutin kaikki haastattelut itse. Näin ryhmäteemahaastatteluiden läpivieminen oli samankaltaista. Toisaalta mukana olisi voinut olla havainnoitsijoita, joka osaltaan olisi lisännyt luotettavuutta entisestään. Kerätyn aineiston raportointi on tehty saadun aineiston pohjalta, eikä raportointiin ole vaikuttanut minun omat näkemykset aihealueesta. Tulosten raportoinnissa olen pyrkinyt

selkeyteen ja olen käyttänyt autenttisia lainauksia kuvailemaan paremmin raportissa esitettyjä ilmiöitä ja asioita.

Kaiken tieteellisen toiminnan ydin on tutkimuksen eettisyydessä. (Kankkunen ym. 2009, 172). Eettinen kestävyys koskee myös tutkimuksen laatua ja hyvää tutkimusta ohjaa eettinen sitoutuneisuus. Pelkästään tutkimusaiheen valinta on eettinen valinta. (Tuomi ym. 2009, 127-129). Tämä kehittämishankkeen aiheen valinta on tiiviisti työelämälähtöinen, koska Suomen synnytysairaaloita uudistetaan parhaillaan. Synnytysairaaloita lakkautetaan synnytysmäärien lisääntyessä ja perustelut vaihtelevat turvallisuudesta rahaan ja resursseista tehokkuuteen. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan päivystysasetusta, jonka tarkoituksena on taata korkeatasoinen laatu terveydenhuollon päivystystoimintaan, johon myös synnytystoiminta sisältyy. Asetusluonnoksessa hätäsektiovalmius nostetaan yhdeksi merkittävimmistä tekijöistä pohdittaessa tulevaa synnytysairaaloverkoston tiheyttä. (STM 2012c).

Työntekijätasolla hätäsektio tulee lähes aina ennalta arvaamatta ja hätäsektiossa toimiminen vaatii työntekijöiltä laaja-alaista ammattitaitoa sekä jatkuvaa koulutautumista ja harjoittelua taitojen ylläpitämiseksi. Tämän kehittämishankkeen aiheen valinta on perusteltua asiakkaan näkökulmasta lisääntyneenä potilasturvallisuutena, työntekijän näkökulmasta lisääntyneinä valmiuksina toimia hätäsektiotilanteissa sekä yhteiskunnalliselta kannalta synnytystoiminnan jatkuessa Porvoon sairaalassa tulevaisuudessakin.

Tätä kehittämishanketta varten on haettu asianmukainen tutkimuslupa HUS Porvoon sairaanhoitoalueen johtajalta ja kohde- ja yhteistyöyksiköissä pidettiin osatunnit kehittämishankkeen aihepiiristä. Anonymiteetti on keskeinen huomioitava asia tämänkaltaisessa työssä (Kankkunen ym. 2009, 179) ja mitään tämän kehittämishankkeen tutkimuksellisen osion tietoja ei luovutettu missään vaiheessa prosessin ulkopuolisille tahoille. Sähköpostikyselyn vastaukset käsiteltiin itsenäisesti, samoin kuin haastattelujen tekemisen, litteroinnin sekä analysoinnin. Haastattelujen äänitiedostot hävitin kokonaisuudessaan asianmukaisesti heti litteroinnin valmistuttua. Haastatteluiden alussa kerroin haastateltaville vaitiolovelvollisuudestani ja kerroin myös osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Haastatteluiden

nauhoittamiseen kysyin lupaa haastateltavilta ja korostin heille, että heidän anonymiteettiinsä säilyy koko prosessin ajan sekä sen jälkeen. Haastattelutilanteissa pyrin siihen, että en vaikuttanut haastateltavien mielipiteisiin. En työskennellyt suoraan kenenkään haastateltavan työtoverina tai esimiehenä haastatteluhetkellä toukokuussa 2012, jolloin olin opintovapaalla toimestani. Esimiestyön aloitin kesäkuussa 2012 samassa sairaalassa.

## 7 HÄTÄSEKTION TOIMINTAMALLI PORVOON SAIRAALASSA

Hätäsektioryhmä loi moniammatillisesti, yli yksikkörajojen, kolmiosaisen toimintamallin hätäsektiökäytännölle Porvoon sairaalaan. Ensimmäinen osa-alue on ennaltaehkäisevien ja mahdollista hätäsektiota helpottavien toimien kokoaminen omaksi osa-alueekseen. Toinen osa-alue on varsinaisen hätäsektion toimintamalli eli tarkka kuvaus siitä, mitkä roolit hätäsektiossa kullakin on ja miten hätäsektiotilanteessa edetään. Tämä toimintamalli on kuvaus siitä, miten Porvoon sairaalan synnytysyksikössä toimitaan hätäsektiotilanteessa. Hankkeen kolmas osa-alue on koulutus suunnitelma, jossa kätilöt ja tehostetun valvonnan sairaanhoitajat koulutetaan toimimaan tarvittaessa hätäsektiossa instrumentti- ja anestesiahoitajien tehtävissä.

### 7.1 Hätäsektiota ennaltaehkäisevät ja hätäsektiotoimenpidettä helpottavat toimet

Hätäsektiota ennaltaehkäiseviksi ja hätäsektiotoimenpidettä helpottaviksi toimiksi työryhmä päätti aloittaa moniammatilliset meetingit eli tapaamiset ”*Spesiaalit synnytykset*”, työstää hätäsektion toimintamallista huoneentaulut ja taskukortit sekä parantaa tiedonkulkua synnytysyksikön, leikkaus- ja anestesiayksikön sekä lastenyksikön välillä. Ennaltaehkäiseviä ja mahdollista hätäsektiota helpottavia toimia Porvoon sairaalassa on esitelty liitteessä 6.

Joulukuussa 2012 aloitettiin säännölliset moniammatilliset meetingit eli tapaamiset ”*Spesiaalit synnytykset*”. Meetingit järjestetään kuusi kertaa vuodessa helmi-, huhti-, kesä-, elo-, loka- ja joulukuussa kuukauden ensimmäisenä tiistaina klo 9.00-9.45. Meetingeissä käydään läpi synnytysten erityistilanteita menneeltä kahdelta kuukaudelta. Tapaamisiin osallistuu koko henkilökunta joka on ollut mukana kyseisissä tilanteissa ja tämä huomioidaan heidän työvuorosunnittelussaan. Tarkoituksena on, että mukana on aina kätilöitä, gynekologeja ja lastenlääkäreitä sekä synnytystavasta ja lopputuloksesta riippuen leikkausyksikön henkilökuntaa sekä lastenyksikön henkilökuntaa. Tapaamisiin voi osallistua kaikki synnytysten erityistilanteisiin liittyvät työntekijät kaikista yhteistyöyksiköistä ja osallistuminen nähdään toivottavana henkilökunnan osaamisen lisääntymisen kannalta. Jokaiseen

meetingiin valmistellaan vähintään kaksi potilastapausta power point-esityksenä. Potilastapauksesta riippuen esityksen valmistelun päävastuu on joko gynekologilla, anestesia- ja lastenlääkärillä tai lastenlääkärillä.

Hätäsektion toimintamallista tehtiin alkuvuodesta 2013 huoneentaulut synnytyslin-  
nin kansliaan sekä leikkausyksikön sektiosaliin. Huoneentauluissa on hätäsektion  
toimintamalli kuvattu lyhyesti ja ytimekkäästi ja sama teksti löytyy myös la-  
minoidusta taskukortista, joka kehiteltiin kaikille hätäsektioon mahdollisesti osal-  
listuville työntekijöille rintataskuun laitettavaksi. Taskukortit jaettiin henkilökun-  
nalle maaliskuussa 2013. Taskumuistikortti on esitelty liitteessä 5.

Tiedonkulkua leikkausyksikön ja synnytysyksikön sekä lastenyksikön välillä pa-  
rannetaan puhelinraportoinnin muodossa. Porvoon sairaalan ns. ulkopuolisten  
päivystäjien (päivystävät lääkärit, jotka eivät työskentele päätoimisesti Porvoon  
sairaalassa) perehdytykseen panostetaan entistä enemmän ja myös heille jaetaan  
taskumuistikortit.

## 7.2 Hätäsektion toimintamalli ”näin meillä toimitaan”

Hätäsektiovalmiutta Porvoon sairaalassa parannettiin hankkeen myötä siten, että  
synnytysyksikön kättilöt on koulutettu toimimaan hätäsektioissa instrumentoivana  
hoitajana sektiosalissa avustaan gynekologia leikkauksessa ja tehostetun valvon-  
nan sairaanhoitajat on koulutettu toimimaan hätäsektioissa anestesiahoitajana sek-  
tiosalissa avustaan anestesia- ja lastenlääkärinä anestesiassa. Molempiin yksiköihin työstet-  
tiin tarkat kuvaukset siitä, kuinka hätäsektioissa toimitaan instrumenteissa ja anes-  
tesiassa. Instrumenttikoulutusryhmä tuotti yhdessä synnytysyksikön vastuukättilön  
kanssa kuvauksen hätäsektioissa instrumenteissa avustamisesta ja anestesiakoulu-  
tusryhmä tuotti yhdessä tehostetun valvonnan vastuusairaanhoitajan kanssa kuva-  
uksen hätäsektioissa anestesiassa avustamisesta. Nämä kuvaukset ovat liitteessä 6.

Tämän lisäksi sovittiin selkeästä työjaosta hätäsektioissa, jota noudatetaan jokai-  
sessa hätäsektioissa. Hätäsektiopäätöksen tekee aina gynekologi. Päätöksen jälkeen  
hän soittaa sovittun listan (ns. soittolista) mukaisesti yhteistyötahoille ilmoittaen

hätäsektiosta. Porvoon sairaalan hätäsektion soittolista päivitetään hankkeen yhteydessä. Ennen gynekologi soitti anestesia­lääkärille, leikkaustiimille ja lasten­lääkärille. Nyt päivitettyssä versiossa hän soittaa lisäksi tehostetun valvonnan sairaanhoitajalle, lastensairaanhoitajalle lastenosastolle sekä laboratoriohoitajalle laboratorioon. Soittolista löytyy jokaiselta synnytysyksikön työntekijältä taskukortista (liite 5) sekä synnytysyksikön, äitiyspoliklinikan ja vuodeosaston kanslioiden seiniltä. Ns. virka-aikana eli maanantaista perjantaihin klo 8-16 gynekologi soittaa ainoastaan yhdelle henkilölle eli leikkausyksikön ns. listanvetäjälle. Listanvetäjä hälyttää paikalle muut yhteistyötahot, jotka ovat anestesia­lääkäri, leikkaustiimin hoitajat, lasten­lääkäri, lastensairaanhoitaja ja laboratoriohoitaja. Päivystysaikana gynekologi soittaa kahdeksan lyhyttä puhelua soittolistan mukaisesti ilmoittaen hätäsektiosta.

Heti hätäsektiopäätöksen jälkeen kätilö hälyttää lisäapua paikalle, antaa synnyttäjälle natriumsitraatti-liuosta aspiraatiovaaran minimoimiseksi ja lähtee välittömästi tämän jälkeen kuljettamaan synnyttäjää sängyllä leikkausyksikköön sektiosaliin. Aspiraatio tarkoittaa kiinteän kemikaalin tai nesteen joutumista suoraan suu- tai nenäontelon kautta tai epäsuorasti oksentamisen seurauksena henkitorveen ja alahengityselimiin. Aspiraatiovaaraan sisältyy vakavia välittömiä vaikutuksia kuten kemiallinen keuhkokuume, eriasteisia keuhkovammoja tai aspiraatiosta johtuva kuolema. (Tukes 2013).

Porvoon sairaalassa leikkaustiimin hoitajat saavat päivystää kotonaan, jos aika hälytyksestä leikkausyksikköön saapumiseen on alle 20 minuuttia. Jos matka on ajallisesti tätä pidempi, hoitaja päivystää sairaalalla ns. päivystys­huoneistoissa sairaalan alueella. Nyt uudessa hätäsektiokäytännössä Porvoon sairaalassa hätäsektio aloitetaan välittömästi synnyttäjän saavuttua kätilön avustaman leikkausyksikköön sektiosaliin. Jos leikkaustiimi ei ole tässä vaiheessa paikalla, hätäsektio aloitetaan kätilön ja tehostetun valvonnan sairaanhoitajan avustuksella. Sekä gynekologi että anestesia­lääkäri päivystävät fyysisesti Porvoon sairaalassa eli he ovat aina paikalla hätäsektiopäätöksen jälkeen.

### 7.3 Koulutussuunnitelma kättilöille ja tehostetun valvonnan sairaanhoitajille hätäsektiossa avustamisessa

Jokainen Porvoon sairaalassa työskentelevä kättilö ja tehostetun valvonnan sairaanhoitaja suorittaa vuodesta 2012 alkaen ns. hätäsektioajokortin. Ajokortti on kolmivaiheinen sisältäen teoriaosuuden, sektiosaliin tutustumisen sekä instrumenteissa/anestesiassa harjoittelun elektiiivisissä eli suunnitelluissa sektioissa.

Leikkausyksikön instrumenttihoitajat ja anestesiahoitajat pitävät kahdesti vuodessa osastotunnin hätäsektioon liittyvistä toimista leikkaussalissa. Tämä teoriaosuus pidetään osastontunnin yhteydessä ja tarvittaessa teoriakoulutuksia järjestetään useamminkin tarpeen vaatiessa. Esimerkiksi kesätyöntekijöiden perehdytyksessä huomioidaan kaikissa yksiköissä hätäsektiokoulutus ja tarvittaessa heille järjestetään oma hätäsektion teoriakoulutus. Teoriaosuudessa leikkausyksikön henkilökunta käy läpi hätäsektion vaihe vaiheelta: periaatteet hätäsektiossa, hätäsektio päivystysaikana kun leikkaustiimi on kotona, instrumenttihoitajan ja anestesiahoitajan tehtävät, sektion kulku, instrumentit ja Opera®- tietojärjestelmä. Lisäksi teoriaosuudessa käydään läpi seuraavat tilanteet: hätäsektio päivystysaikana kun leikkaustiimi on kiinni toisessa leikkaussalissa, hätäsektio silloin kun leikkaustiimi on talossa päivystysaikana, hätäsektio virka-aikana ja passarin (avustavan hoitajan) tehtävät.

Sektiosaliin tutustuminen ylläpitokoulutuksena alkoi syyskuussa 2012 jatkuen joka kuukauden ensimmäisenä keskiviikkona klo 14.00 – 14.30. Tällöin kättilöt pääsevät sektiosaliin hätäsektioinfotilaisuuteen, jossa leikkaustiimi kertaa sektiosalin tiloja, tarvikkeita ja instrumentteja sekä käy läpi hätäsektiossa toimimisen perusteita.

Kättilöt harjoittelevat instrumenttihoitajan työtä elektiiivisissä sektioissa instrumenttoivan hoitajan ohjauksessa. Kättilöillä on mahdollisuus osallistua elektiiivisiin sektioihin aina kun synnytysyksikön resurssit antavat myötä. Elektiiivinen sektiopäivä on keskiviikkoisin ja synnytysyksikön työvuorolistaan suunnitellaan ns. miehityksen ulkopuolinen kättilö sektiota ja kouluttautumista varten. 4.12.2012 mennessä 16 kättilöä 25:stä oli läpikäynyt koko hätäsektioajokorttikoulutuksen.

Loput henkilökunnasta koulutetaan vuoden 2013 aikana. Uudet kättilöt suorittavat ajokortin perehdytysvaiheessa.

Tehostetun valvonnan sairaanhoitajien sektiosaliin tutustuminen ylläpitokoulutuksena alkoi syyskuussa 2012 jatkuen joka kuukauden ensimmäisenä torstaina klo 14.00 – 14.30. Tällöin tehostetun valvonnan sairaanhoitajat pääsevät sektiosaliin hätäsektioinfotilaisuuteen, jossa leikkaustiimi kertoo sektiosalin tiloja, tarvikkeita, instrumentteja ja lääkkeitä sekä käy läpi hätäsektiossa toimimisen perusteita. Tehostetun valvonnan sairaanhoitajat harjoittelevat anestesiahoitajan työtä elektiivisissä sektioissa anestesiahoitajan ohjauksessa. Tehostetun valvonnan sairaanhoitajilla on mahdollisuus osallistua elektiivisiin sektioihin aina kun tehostetun valvonnan resurssit antavat myötä. Elektiivinen sektiopäivä on keskiviikkoisin ja tehostetun valvonnan työvuorolistaan pyritään suunnittelemaan ns. miehityksen ulkopuolinen sairaanhoitaja sektiota ja kouluttautumista varten. 4.12.2012 mennessä 12 tehostetun valvonnan sairaanhoitajaa oli läpikäynyt koko hätäsektioajokorttikoulutuksen. Loput henkilökunnasta koulutetaan vuoden 2013 aikana. Uudet sairaanhoitajat tehostetusta valvonnasta suorittavat ajokortin perehdytysvaiheessa.

Jatkuvalla ylläpitokoulutuksella kättilöille ja tehostetun valvonnan sairaanhoitajille annetaan valmiudet toimia hätäsektioissa instrumentoivana hoitajana sekä anestesia lääkäriä avustavana hoitajana. Jatkuva ylläpitokoulutus pitää yllä hyvää hätäsektiovalmiutta luodun toimintamallin mukaisesti. Uuden toimintamallin vaikutuksesta DDI- aika on pysynyt alle 20 minuutissa sekä jopa lyhentynyt verrattuna aiempaan tilanteeseen, jossa hätäsektio aloitettiin vasta päivystävän leikkaustiimin toimesta. (HUS Porvoo 2013b).

## 8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä kappaleessa arvioin kehittämishankettani suhteessa hankkeelle asetettuihin tavoitteisiin. Pohdin käytetyn kehittämismenetelmän soveltuvuutta tähän kehittämishankkeeseen sekä tarkastelen luodun hätäsektion toimintamallin merkitystä sekä hoitotyön että Porvoon sairaalan näkökulmasta. Lopuksi nostan esille omat jatkokehittämisehdotukseni jatkotoimenpiteinä ja –tutkimusaiheina.

### 8.1 Kehittämishankkeen pohdinta ja prosessin arviointi

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää Porvoon sairaalan hätäsektiojärjestelyjä ja sen myötä parantaa potilasturvallisuutta Porvoon sairaalan synnytysyksikössä. Kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda yhdessä henkilökunnan kanssa toimintamalli hätäsektiojärjestelyille sekä ottaa luotu toimintamalli käyttöön Porvoon sairaalan synnytysyksikössä. Kehittämismenetelmäksi valitsin kehittävän työntutkimuksen ja se osoittautui toimivaksi kehittämismenetelmäksi tähän kehittämishankkeeseen. Työryhmän kokoonpanoa mietittiin moniammatillisesti kaikkien kohde- ja yhteistyöyksiköiden kanssa ja näin saimme muodostettua toimivan ja innovatiivisen moniammatillisen työryhmän, jonka työskentely vuoden ajan oli sitoutunutta ja aikaansaavaa. Kehittävän työntutkimuksen valitseminen metodologiseksi lähestymistavaksi perustui siihen, että Heikkilän ym. (2008, 175) mukaan kyseisessä menetelmässä uusien toimintamallien suunnittelusta vastaavat työntekijät itse ja toimintamallit neuvotellaan ja muotoillaan kehittämistoiminnan pohjalta ja sen aikana. Siksi uusi toimintamalli ei ole kenenkään tiedossa ennen kehittämisprosessia. Oppiminen ja toiminnan kehitys eivät ole suoraviivaisia, vaan eri vaiheiden välillä saatetaan liikkua edestakaisin. Tämä näkyi konkreettisesti tässä kehittämishankkeessa.

Prosessin alussa en osannut kuvitellakaan kuinka toimivan ja helposti jalkautettavan toimintamallin monien eri alueiden ammattilaiset voivat luoda yhdessä. Tämän kehittämishankkeen päättymisen ei kuitenkaan tarkoita prosessin loppumista, sillä onnistunut prosessi on osaltaan luonut yksiköihin yhdessä tekemisen ja onnistumisen ilmapiirin ja se on näkynyt myös muussakin toiminnassa kuin hätäsek-

tioissa. Mielestäni tätä prosessin sivutuotosta kannattaisi tutkia jatkossa: mitä muuta tämä kehittämishanke sai aikaan Porvoon sairaalassa kuin uuden hätäsektiön toimintamallin ja pienentyneen DDI- ajan?

Kehittämishanke pystyttiin toteuttamaan Porvoon sairaalassa normaalin toiminnan rinnalla, eikä se vaatinut erillisiä resursseja tai rahoitusta. Hankkeen alkaessa Porvoon sairaalan hätäsektiökäytäntö oli sellainen, että gynekologi ja anestesioologi päivystivät sairaalassa ja leikkaustiimin hoitajat saivat päivystää kotona, jos matka-aika hälytyksestä sairaalaan pysyi alle 20 minuutissa. Muutoin sairaanhoitajan tuli päivystää sairaalalla. Hätäsektioita ei aloitettu ennen leikkaustiimin saapumista paikalle, mutta hätäsektio saatiin aina aloitettua alle 20 minuutissa hätäsektiöpäätöksestä. Tämän kehittämishankkeen myötä hätäsektiot aloitetaan nykyisin aina välittömästi hätäsektiöpäätöksen jälkeen ja jos leikkaustiimi ei ole sairaalassa, kätilö aloittaa instrumenteissa ja tehostetun valvonnan sairaanhoitaja alkaa avustaa anestesialääkärinä anestesiassa. Hätäsektion DDI- aika on ollut parhaimmillaan 6 minuuttia tämän kehittämishankkeen myötä. Se on DDI – ajaksi erittäin alhainen minuuttimäärä eli nykyisin hätäsektiot saadaan suoritettua entistä nopeammin Porvoon sairaalassa ja näin ollen potilasturvallisuus on lisääntynyt merkittävästi. (HUS Porvoon sairaala 2013b).

Tämän kehittämishankkeen erinomaisesta onnistumisesta kertoo paljon se, että hanke sai HUS:n kliinisen palvelutuotannon tuloksellisuuspalkkion vuodelta 2012, yhteensä 10 800€. HUS:ssa halutaan palkita hyvin tehdystä työstä, tuloksista ja innovaatioista. Perusteena palkkiolle oli tuloksellinen ja tuottava toiminta, jota mitataan palvelutoiminnan sujuvuudella ja tehokkuudella, asiakastyytyväisyydellä, tuloksikkotason tuloskorttitavoitteiden saavuttamisella sekä toiminnan taloudellisella tuloksella. (HUS 2010b, HUS Porvoon 2011, HUS Porvoon 2013a). Johtoryhmän työjaosto suoritti mukaan hyväksytyjen hankkeiden arvioinnin samoin kuin johtoryhmä kahdessa eri kokouksessaan. Tällöin arvioitiin saatujen arviointien perusteella toteutumista verrattuna asetettuihin tavoitteisiin ja niihin liittyviin mittareihin. Tämän kehittämishankkeen toteutumisasteen arvioitiin olevan 100% ja lautakunta päätti helmikuussa 2013, että hankkeelle ehdotettu palkkio 10 800€ maksetaan kehittämishankkeen alkuperäiselle kymmenhenkiselle työryhmälle täysimääräisenä. (HUS Porvoon 2013a). Tämä oli konkreettinen osoi-

tus hankkeen merkityksestä, tarpeellisuudesta ja onnistumisesta sekä Porvoon sairaalan tasolla että koko HUS:n tasolla.

Vanha sanonta ”tie vie joka paikkaan, oikotie vain yhteen” sopii mielestäni hyvin tämän kehittämishankkeen motoksi. Kehittämishankkeen alussa lähdetään heti hakoteille, jos kuvitellemme tietävämme hankkeen lopputuloksen. Epävarmuus päämäärästä saa meidät etsimään reittiä kohti päämäärää ja matkalla mukaan tarttuu paljon hyödyllistä. Reitin pystyi suunnittelemaan vasta kun oli päättänyt, minne olimme menossa.

Tietoperustassa käsittelin organisatorista oppimista ja muutosta organisaatiossa. Työryhmämme tiesi määränpäämme olevan hätäsektion toimintamallin luominen ja käyttöönotto Porvoon sairaalassa. Jo prosessin alussa tiedettiin, että toimintamalli toisi mukanaan muutoksia kohde- ja yhteistyöyksiköissä ja tällöin johtamisen merkitys korostuu. Kinnusen (2008, 5) näkemyksen mukaan hyvin johdettulla ja hallitulla muutosprosessilla luodaan puitteita onnistumiselle, mutta organisaatiossa työskentelevät ihmiset ratkaisevat viime kädessä sen, kuinka muutosprosessin tavoitteisiin päästään. Jotta uusi toimintatapa saadaan juurrutettua organisaation kulttuuriin, se vaatii Kinnusen mukaan tiedottamiseen, kouluttamiseen ja tukemiseen panostamista pitkän aikaa. Tämän kehittämishankkeen onnistumista edesauttoi uskoakseni se, että prosessiin otettiin mukaan heti alusta alkaen sekä työntekijät, lähiesimiehet että keski- ja ylin johto. Tämä näkyi konkreettisesti muun muassa työryhmän jäsenten valinnassa.

Viitala (2005) muistuttaa, että muutosta voi vain harvoin täysin hallita ja johtaa. Parhaimmillaan sitä voi suunnata ja helpottaa. Hankkeen työryhmä oli moniammatillinen, joka uskoakseni osaltaan edisti hankkeen onnistumista, koska moninäkökulmaisuus auttaa löytämään uusia ratkaisuja ja uudenlaista ymmärrystä. (Isoherranen ym. 2008, 46.) Työryhmä jakoi hankkeen edetessä tietoa omiin yksiköihinsä ja kahvipöytäkeskustelut tutustuttivat työyhteisöjä hankkeeseen virallisten osastotuntien ja koulutusten ohella. Näin hanke lähti juurtumaan työyhteisöön pikku hiljaa ja toimintamallin jalkauttaminen oli helpompaa, koska hanke oli tuttu työyhteisöille ja he olivat mukana vaikuttamassa hankkeeseen.

Tämän kehittämishankkeen taustalla oli todellinen tarve ja hanke oli nähdäkseni hyvin suunniteltu ja tällä oli selkeät tavoitteet, joiden täyttymistä oli helppoa arvioida myös ulkopuolisen tahojen, tässä tapauksessa Porvoon sairaanhoitoalueen lautakunnan, johtoryhmän työjaoston ja johtoryhmän toimesta. Hankkeen toteutus ja hallinta oli asiantuntevaa ja mielestäni hankkeessa oli riittävä resursointi kaikista mukana olleista yksiköistä. Jo hankkeen suunnittelussa huomioitiin toimintamallin jalkauttaminen, joten uusien käytäntöjen juurruttamisen aloittaminen sujui tavoitteita nopeammin. Lopullisen juurtumisen ja uuden käytännön arviointi tulee tehdä omana projektinaan ulkopuolisena arviointiprojektina sen jälkeen, kun uusi toimintamalli on ollut käytössä vähintään vuoden ajan.

## 8.2 Kehittämishankkeen merkitys hoitotyölle ja HUS Porvoon sairaalalle

Tässä kehittämishankkeessa työstetty hätäsektion toimintamalli on hyödynnettävissä mihin tahansa suomalaiseen synnytysyksikköön. Hankkeella on siis nähdäkseni suuri käytännön merkitys, sillä hätäsektio on hätätilanne, jota varten tulee paitsi varautua, myös määrävälein käydä läpi ja hätäsektiojärjestelyjä tulisi harjoitella säännöllisesti hyvän hoitotason saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi. Hätäsektiota vaativa tilanne tulee usein täysin arvaamatta ja turvallisuutta voidaan lisätä toimivalla ja osaavalla hoitoketjulla sekä harjoitellulla toimintamallilla.

Vaikka hanke päättyi vasta muutama kuukausi sitten, voidaan jo nyt sanoa, että sillä on ollut myönteisiä vaikutuksia koko Porvoon sairaalalle. Hallituksen parhaillaan työstämä palvelurakennemuutos osana kuntauudistusta näkyy epävarmuutena myös Porvoon sairaalassa, jonka kannalta keskeinen kysymys on HUS:n tulevaisuus. Säilyykö omistajana laaja kuntayhtymä vai tuleeeko sairaalan omistajaksi sote-alue? Karvalan (2013) haastatteleman Porvoon sairaalan lautakunnan puheenjohtajan tehtävästä väistyvän teollisuusneuvos Risto Anttosen mukaan Siipoon irtautuminen Porvoon sairaanhoitoalueesta ja HUS:n purkaminen voisi käynnistää sairaalan kannalta negatiivisen kehityksen. Tämä kehittämishanke on osaltaan ollut vahvistamassa Porvoon sairaalan synnytysyksikön potilasturvallisuutta sekä synnytyksen hoidon laatua ja hankkeessa työstetty hätäsektion toimintamalli on vastannut jo ennalta valmisteilla olevan päivystysasetuksen mukanaan

tuomiin laatukriteereihin. Tämä on etu tilanteessa, kun ei vielä tiedetä, kuka lopulta omistaa Porvoon sairaalan kunta- ja sote -uudistuksen valmistuttua.

### 8.3 Jatkokehittämissuositukset

Tämän kehittämishankkeen päätyttyä hätäsektion toimintamallin jalkauttamisen jälkeen tulee arvioida, onko toimintamalli vaikuttanut hätäsektion DDI -aikaan, hätäsektioilla syntyneiden lasten kuntoisuuteen (mittareina mm. kuntoisuus- eli Apgar-pisteet ja veren pH-arvot) sekä hätäsektiotilanteissa työskennelleen henkilökunnan omaan kokemukseen osaamisestaan hätätilanteessa. Henkilökunnan näkemyksiä tulisi mielestäni arvioida kokonaisvaltaisesti ja ottaa huomioon mm. se, kokeeko henkilökunta saaneensa hyötyä uudesta toimintamallista esimerkiksi lisääntyneenä varmuutena ja turvallisuudentunteena hätäsektiotilanteissa.

Kuten aiemmin mainitsin, tämä onnistunut prosessi ja kehittämishanke ovat luoneet yksiköihin yhdessä tekemisen ja onnistumisen ilmapiirin ja se on näkynyt myös muussakin toiminnassa kuin hätäsektioissa. Siksi olisi mielenkiintoista tutkia myös sitä, saiko tämä kehittämishanke aikaan muutakin Porvoon sairaalassa kuin uuden hätäsektion toimintamallin ja pienentyneen DDI- ajan.

## LÄHTEET

Engeström, Y. 1995. Työministeriön Tykes – ohjelman Muutoksen tekijät – oppimisverkosto. Muutoslaboratorio. <<http://www.muutoslaboratorio.fi>> [Viitattu 27.11.2011]

Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989).

Saatavissa <<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1989/19891062>>

Eskola, K. & Hytönen, E. 1997. Naisen elämä ja hoitotyö. 1.painos. Porvoo: WSOY.

Hall, M.H. & Bewley, S. 2005. Maternal mortality and mode of delivery. Teoksessa: Venesmaa, J. 2011. Organising a maternity care service network. Licentiate thesis. Aalto University School on Science and Technology. Faculty on Information and Natural Sciences. Department of Industrial Engineering and Management.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Hemminki, E., Heino, A. & Gissler, M. 2011. Should births be centralised in higher level hospitals? Experiences from regionalized health care in Finland. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 10/2011, 1186-1195.

Hillemanns, P., Strauss, A., Hasbargen, U., Schulze, A., Genzel-Boroviczeny, O., Weninger, E. & Hepp, H. 2005. Crash emergency cesarean section: decision-to-delivery interval under 30 min and its effect on Apgar and umbilical artery pH. Archives of Gynecology and Obstetrics 3/2005 161-165, DOI: 10.1007/s00404-005-0045-7. Saatavissa <<http://www.springerlink.com/content/n62r057085008388/>> [Viitattu 6.3.2012]

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. 1. painos. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Helsinki: Tammi.

HUS 2010a. Tiedote synnyttäjille. Tammisaareen voi hakeutua synnyttämään 28.5.2010 asti.

<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,31171,31172,32101>> [Viitattu 31.5.2012]

HUS 2010b. Hallituksen kokous 7.12.2012.

<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,827,2194,35439>> [Viitattu 5.3.2013]

HUS 2011a. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,31171>> [Viitattu 27.11.2011]

HUS 2011b. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,708,35890>> [Viitattu 27.11.2011]

HUS 2012a. <<http://www.hus.fi>> [Viitattu 31.5.2012]

HUS 2012b. HUS Sairaalat. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546>> [Viitattu 31.5.2012]

HUS 2013. HUS:ssa syntyi viime vuonna 18 333 vauvaa.

<[http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Vuoden\\_2012\\_synnytyismaarat.aspx](http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Vuoden_2012_synnytyismaarat.aspx)> [Viitattu 7.4.2013]

HUS Porvoo 2011. Kliinisen palvelutuotannon tuloksellisuuspalkkio. Porvoon sairaanhoitoalueen lautakunta Pöytäkirja 3.3.2011. § 11.

<<http://hus01.tjhosting.com/kokous/20111137-6.PDF>> [Viitattu 5.3.2013]

HUS Porvoo 2012a. HUS Porvoon sairaanhoitoalueen organisaatiokaavio. Porvoon sairaalan intranet-sivusto. [Viitattu 4.12.2012]

HUS Porvoo 2012b. Hoitotyön vuosiraportti 2011. HUS Porvoon sairaala. Nais-  
tentaudit ja synnytykset. Sähköposti osastoryhmän päälliköltä Hanna Leena Leinoselta 11.4.2013. [Tulostettu 11.4.2013]

HUS Porvoo 2013a. Porvoon sairaanhoitoalueen lautakunta. Pöytäkirja 12.2.2013. § 5. <<http://hus01.tjhosting.com/kokous/20131614.PDF>> [Viitattu 5.3.2013]

HUS Porvoo 2013b. Porvoon sairaalan hätäsektioiden DDI-aika 2012 ja 2013. Julkaisematon lähde.

Huysman, M. 2000. An organizational learning approach to the learning organization. Teoksessa: Koski, P. 2007. Työ ja oppiminen rengastehtaassa. Organisaation oppiminen sekä sitä edistävät ja ehkäisevät tekijät teollisessa oppimisympäristössä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Härenstam, K., Elg, M., Svensson, C., Brommels, M. & Øvretveit, J. 2009. Patient safety as perceived by Swedish leaders. International journal of Health Care. 2/2009, 168-182.

Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Porvoo: WSOYpro Oy.

Kansanterveyslaki (66/1972).

Saatavissa <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>>

Karppinen, K. 2012. Raahessa valmistaudutaan synnytysosaston loppumiseen. Uutinen YLE.fi – sivustolla. Julkaistu 16.5.2012.

<[http://yle.fi/uutiset/raahessa\\_valmistaudutaan\\_synnytysosaston\\_loppumiseen/6099165](http://yle.fi/uutiset/raahessa_valmistaudutaan_synnytysosaston_loppumiseen/6099165)> [Viitattu 5.3.2013]

Karvala, S. 2013. Itäuusmaalaiset omiin sote-neuvotteluihin. Uutinen Uusimaa-lehden verkkosivuilla. <<http://www.uusimaa.fi/artikkeli/229405-%E2%80%9Ditaanusmaalaiset-omiin-sote-neuvotteluihin%E2%80%9D>>

[Viitattu 7.4.2013]

Kielilaki (423/2003).

Saatavissa < <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030423>>

Kinnunen, M. 2008. Muutosprosessi ja sen hallitseminen. Case vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönottoprosessi Vaasan keskussairaalassa. Kauppätieteellinen pro gradu – tutkielma. Vaasan yliopisto. Kauppätieteellinen tiedekunta. Johtamisen laitos.

Koistinen, K. 2007. Kaveriporukasta liiketoiminnaksi. Tuotannon häiriöt ja organisaation oppiminen nopeasti muuttuvassa yrityksessä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Käyttäytymistieteen tiedekunta. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 213.

Koski, P. 2007. Työ ja oppiminen rengastehtaassa. Organisatorinen oppiminen sekä sitä edistävät ja ehkäisevät tekijät teollisessa oppimisympäristössä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1/1999, 3-12.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992).

Saatavissa < <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>>

Laki sosiaali- ja terveystalalan lupa- ja valvontavirastosta (669/2008).

Saatavissa <<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080669>>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994).

Saatavissa <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>>

Luoma, J. 2003. Synnytys – normaali tapahtuma? Uutinen YLE.fi – sivustolla.

Julkaistu 4.3.2003. <[http://yle.fi/vintti/yle.fi/akuutti/arkisto2003/040303\\_b.htm](http://yle.fi/vintti/yle.fi/akuutti/arkisto2003/040303_b.htm)>

[Viitattu 7.4.2013]

Murphy, D.J. & Koh, D.K.M. 2007. Cohort study of the decision to delivery interval and neonatal outcome for emergency operative vaginal delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2/2007, 145.e1-145.e7. Saatavilla [www-](http://www.muutoslaboratorio.fi/content.php?document=131&toggle=394)

muodossa <[http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(06\)02136-3/abstract](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(06)02136-3/abstract)> [Viitattu 6.3.2012]

Muutoslaboratorio. 2011a. Työministeriön Tykes -ohjelman Muutoksen tekijät -oppimisverkosto.

<<http://www.muutoslaboratorio.fi/content.php?document=131&toggle=394>>

[Viitattu 27.11.2011]

Muutoslaboratorio. 2011b. Työministeriön Tykes -ohjelman Muutoksen tekijät -oppimisverkosto. <<http://www.muutoslaboratorio.fi/content.php?document=150>>

[Viitattu 27.11.2011]

Mäntyranta, T. & Kaila, M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 13/2008, 1507-1513.

Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) 2006. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 1.-4. painos. Porvoo: WSOY, 215-221.

Oikarinen, T. 2008. Organisatorinen oppiminen. Tapaustutkimus oppimisprosessien jännitteistä teollisuusyrityksessä. Väitöskirja. Kauppätieteellinen tiedekunta. Lappeenrannan teknillinen yliopisto.

Pallasmaa, N. 2012. Henkilökohtainen tiedonanto. Sähköpostiviesti. 19.12.2012. [Tulostettu 19.12.2012]

Pallasmaa, N. & Ekblad, U. & Aitokallio-Tallberg, A. & Uotila, J. & Raudaskoski, T. & Ulander, V-M. & Hurme, S. 2010. Cesarean delivery in Finland: maternal complications and obstetric risk factors. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica* 07/2010, 896-902.

Pallasmaa, N. & Ekblad, U. & Gissler, M. 2008. Severe maternal morbidity and the mode of delivery. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica* 02/2008, 662-668.

Perustuslaki 731/1999; 19§.

Saatavissa <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>>

Petäjä J. 2009. Synnytystoiminnan järjestäminen HUS:ssa 2009-2015. HYKS Naisten- ja lastentautien tulosityksikön johtajan selonteko kokonaistilanteesta. HYKS Naisten- ja lastentautien tulosityksikkö. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Saatavissa <<http://asiakirjat.hus.fi/djulkaisu/kokous/KOKOUS-784-4-Liite-9.PDF>>

Potilasvahinkolaki (585/1986).

Saatavissa <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>>

Punnonen H. 2009. Hätäsektiovalmiusko ainoa synnytystoiminnan järjestämisen kriteeri ja peruste. *Sairaalaviesti* 3/2009, 14-17.

Quinlan, E. 2012. Porvoon sairaalan synnytysosasto taas tapetilla. *Uusimaa*, 6.3.2012, Paikalliset, 4.

RAS 2012. Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän ajankohtaiset tiedotteet. 28.3.2012.

<[http://www.ras.fi/ajankohtaista/101/1/raahen\\_sairaalan\\_synnytystoiminta\\_paatty\\_y\\_19\\_6\\_2012\\_2](http://www.ras.fi/ajankohtaista/101/1/raahen_sairaalan_synnytystoiminta_paatty_y_19_6_2012_2)> [Viitattu 7.4.2013]

Raussi-Lehto, E. 2007. Syntymänaikainen kätilötyö. Teoksessa Paananen U., Pietiläinen S., Raussi-Lehto E., Väyrynen P. & Äimälä P. (toim.) 2007. Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 206-209.

Rutanen, E-M. & Ylikorkala, O. 1998. Raskaus ja synnytys Suomessa - onko valtakunnassa kaikki hyvin? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 21/ 1998, 2209.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Tutkimuksen arviointi - reflektointia. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.

<[http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_3\\_3.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_3.html)>. [Viitattu 5.4.2013]

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. Stakes, FinSoc Arviointiraportteja 4/2004. Helsinki. Saatavissa <[http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/2C41CB87-6134-4C94-8D1B-46CD906C3B33/0/Arviointiraportteja4\\_04.pdf](http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/2C41CB87-6134-4C94-8D1B-46CD906C3B33/0/Arviointiraportteja4_04.pdf)> [Viitattu 23.4.2012]

Siukonen, T. & Vihavainen, S. 2012. Pelkona pitkä synnytysmatka. Helsingin Sanomat, 5.3.2012, Uutiset, A4.

STM 2010. Synnytyksessä toteutettavan hyvän hoidon eettiset perusteet. Kannanotto 25.3.2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Saatavissa

<[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17300&name=DLFE-589.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17300&name=DLFE-589.pdf)> [Viitattu 5.3.2013]

STM 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Potilasturvallisuus.

<[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/terveyspalvelut/potilasturvallisuus](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/potilasturvallisuus)> [Viitattu 11.10.11]

STM 2012a. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Sairaalat.

<[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/terveyspalvelut/sairaalat](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/sairaalat)> [Viitattu 31.5.2012]

STM 2012b. Sairaanhoidopiirit ja erityisvastuualueet.

<[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/vastuutahot/sairaanhoidopiirit](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/vastuutahot/sairaanhoidopiirit)> [Viitattu 31.5.2012]

STM 2012c. Päivystysasetus takaa laadun.

<<http://www.stm.fi/ylakulma/artikkeli/-/view/1843477>> [Viitattu 4.4.2013]

Suomen Kätilöliitto ry. Lausunto 13.4.2010. Lausuntopyyntö 058:00/2009: Yhteinäiset päivystyshoidon perusteet: Työryhmän raportti 31.1.2010.

<<http://www.suomenkatiloliitto.fi/static/Paivystyshoito.pdf>> [Viitattu 10.10.2011]

Tapper A-M. 2011. Synnytyspalveluiden valtakunnallinen toteuttaminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:8. Helsinki. Saatavissa

<[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=3320152&name=DLFE-15645.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=3320152&name=DLFE-15645.pdf)> [Viitattu 10.10.2011]

Tekay A. & Kulju P. 2010. Mikä hätänä hätäsektiossa käytännössä? Suomen Lääkärilehti 6/2010, 474-475.

THL 2010. Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain 2008-2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 30/2010, 10.12.2010. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2010.

<[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr30\\_10.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr30_10.pdf)> [Viitattu 31.5.2012]

THL 2011a. Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 27/2011. Saatavissa <[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr27\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr27_11.pdf)> [Viitattu 31.5.2012]

THL 2011b. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Potilasturvallisuus. <[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopakettipotilasturvallisuus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettipotilasturvallisuus)> [Viitattu 11.10.11]

THL 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastot aiheittain. Seksuaali- ja lisääntymisterveys. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet. <[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/seliterveys/synnytykset](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/seliterveys/synnytykset)> [Viitattu 31.5.2012]

THL 2012b. Vauvamyönteisyysohjelma. <[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/vauvamyönteisyys/ohjelma](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/vauvamyönteisyys/ohjelma)> [Viitattu 21.8.2012]

THL 2012c. Synnyttäjät ja synnytystoimenpiteet sairaaloittain 2010–2011. Föderskor och förlossningsingrepp per sjukhus 2010–2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 27/2012. <[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103098/Tr27\\_12.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103098/Tr27_12.pdf?sequence=1)> [Viitattu 24.4.2013]

Thomas, J., Paranjothy, S. & James, D. 2004. National cross sectional survey to determine whether the decision to delivery interval in critical in emergency caesarean section. British Medical Journal 2004. <<http://www.bmj.com/content/328/7441/665>> [Viitattu 6.3.2012]

Tikkamäki, K. 2006. Työn ja organisaation muutoksissa oppiminen. Etnografinen löytöretki työssä oppimiseen. Väitöskirja. Kasvatustieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto.

- Tuimala, R. 1996. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Ylikorkala O. & Kauppila A. (toim.) 1996. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 483-488.
- Tukes 2013. Terveydelle aiheutuvat vaarat. Turvallisuus- ja kemikaalivirasto. <<http://www.reachneuvonta.fi/reach/reach.nsf/sp?Open&cid=content5ef96&size=2#kohta10>> [Viitattu 5.4.2013]
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Uotila, J. 2007. Synnytysoperaatiot. Teoksessa Paananen U., Pietiläinen S., Raussi-Lehto E., Väyrynen P. & Äimälä P. (toim.) 2007. Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 490-500.
- Vallimies-Patomäki, M. 2007. Raskaus ja synnytys tutkimuksen valossa. Teoksessa Paananen U., Pietiläinen S., Raussi-Lehto E., Väyrynen P. & Äimälä P. (toim.) 2007. Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 59-77.
- Venesmaa, J. 2011. Organising a maternity care service network. Licentiate thesis. Aalto University School on Science and Technology. Faculty on Information and Natural Sciences. Department of Industrial Engineering and Management.
- Viisainen, K. 2000. Choices in Birth Care – The Place of Birth. University of Helsinki. Faculty of Medicine. Department of Public Health. STAKES. Research Report 115. Saarijärvi: Gummerus Printing.
- Viitala, R. 2005. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. 1. painos. Keuruu: Otava.
- Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. 1.-3. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Väyrynen, P. 2007. Kätilötyön etiikka. Teoksessa Paananen U., Pietiläinen S., Raussi-Lehto E., Väyrynen P. & Äimälä P. (toim.) 2007. Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima, 31-38.

Wacklin, S-M. 2009. Monitahoinen verkostotyö. Tapaustutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan päihdepsykiatrian poliklinikan vauvaperhetyössä ja sairaalan sisäisestä verkostoyhteistyöstä päihderaskauksien hoidossa. Pro gradu- tutkielma. Sosiaalityön tutkimuksen laitos. Tampereen yliopisto.

Wiklund, I. 2007. Caesarean section on maternal request. Personality, fear of childbirth and signs of depression among first-time mothers. Thesis for doctoral degree (Ph.D).Karolinska Institutet. Stocholm. Saatavissa <<http://publications.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/38369/thesis.pdf?sequence=1>> [Viitattu 15.3.2013]

WHO 1985. Appropriate technology for birth. Lancet 2/1985, 436-437. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>> [Viitattu 5.3.2013]

YLE Perämeri 2011. Ministeriö ei tuijota 1000 synnytyksen rajaa. Uutinen YLE.fi -sivustolla. Julkaistu 5.5.2011. <[http://yle.fi/alueet/perameri/2011/05/ministerio\\_ei\\_tuijota\\_1000\\_synnytyksen\\_rajaa\\_2566859.html](http://yle.fi/alueet/perameri/2011/05/ministerio_ei_tuijota_1000_synnytyksen_rajaa_2566859.html)> [Viitattu 10.10.2011]

## LIITTEET

Liite 1. Suomen synnytyssairaalat vuonna 2011 THL:n sairaalatyypijaottelun mukaisesti, synnytysmäärät vuosilta 2008-2009.

Sairaalatyyppi	Sairaalat	N	Yksisikiöiset synnytykset 2008-2009 yht.
<b>Yliopistosairaala</b>	HYKS: NKL, TYKS, TAYS, KYS, OYS	5	42002
<b>Yli 1500 synnytystä vuosittain</b>	Kätilöopiston sairaala, Jorvin sairaala, Keski-Suomen ks, Pohjois-Karjalan ks, Kanta-Hämeen ks, Satakunnan ks, Kymenlaakson ks, Etelä-Pohjanmaan ks, Päijät-Hämeen ks, Hyvinkään sairaala	10	49167
<b>750-1499 synnytystä vuosittain</b>	Etelä-Karjalan ks, Vaasan ks, Lapin ks, Mikkelin ks, Keski-Pohjanmaan ks, Porvoon sairaala, Oulaskankaan sairaala	7	17440
<b>Alle 750 synnytystä vuosittain</b>	Savonlinnan ks, Ålands centralsjukhus, Länsi-Pohjan ks, Kainuun ks, Lohjan sairaala, Salon sairaala, Vammalan sairaala, Raahen terveyskeskus, Malmin terveydenhuoltoalueen ky	9	8127
<b>Yhteensä</b>		31	117115

HYKS = Helsingin yliopistollinen keskussairaala

NKL = Naistenklinikka

TYKS = Turun yliopistollinen keskussairaala

TAYS = Tampereen yliopistollinen sairaala

KYS = Kuopion yliopistollinen sairaala

OYS = Oulun yliopistollinen sairaala

ks = keskussairaala

ky = kuntayhtymä

Liite 2. Yhteistyösopimus HUS Porvoon sairaalan kanssa



**LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU**  
Lahti University of Applied Sciences

**KEHITTÄMISTEHTÄVÄN YHTEISTYÖSOPIMUS**  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

TOIMEKSIANTAJA		
Toimeksiantaja	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS, Porvoon sairaala	
Toimeksiantajan yhteyshenkilö	Heli Hamalainen, osastonhoitaja os 2	
Lähiosoite	Sairaäläntie 1	
Postinumero ja -toimipaikka	06151 Porvoo	
Puhelin	050 - [redacted]	
Sähköposti	heli.hamalainen@hus.fi	
KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTTAJA		
Hankkeen toteuttaja	Millariikka Rytönen	
Lähiosoite	[redacted]	
Postinumero ja -toimipaikka	[redacted]	
Puhelin	[redacted]	
Sähköposti	[redacted]	
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen	
Ohjaava opettaja/opettajat	lehtori Sari Lappalainen	
Puhelin	[redacted]	
Sähköposti	sari.lappalainen@lamk.fi	
Kehittämistehtävän aihealue	Hätäsektion toimintamallin luominen ja käyttöönotto Porvoon sairaalan synnytysyksikössä	
SOPIMUS		
<input type="checkbox"/> Työelämä maksaa työn tekemisestä ammattikorkeakoululle tai <input type="checkbox"/> opiskelijalle. <input checked="" type="checkbox"/> Työelämän edustajat ohjaavat aktiivisesti työn tekemistä. <input checked="" type="checkbox"/> Työyhteisö hyödyntää tuloksia toiminnassaan.		
Työn kustannuksista ja tekijänoikeuksista sekä tutkimuksen aikataulusta ja tarkemmasta työn kuvauksesta voidaan liittää selvitykset tämän sopimuksen liitteeksi.		
Liitteitä yhteensä aiheeseminaarin kirjallinen versio 13 sivua.		
<input type="checkbox"/> Toimeksiantajan tietoja ei saa tallentaa oppilaitoksen yritysrekisteriin.		
ALLEKIRJOITUKSET		
Päiväys	Toimeksiantaja/t	Hankkeen toteuttaja
11.11.2011	Ann-Charlotte Noman johtava ylläpitäjä	Millariikka Rytönen

Liite 3. Ideointikokouksen osallistujat 11.10.2011

## **IDEOINTIKOKOUS ”Hätäsektiossa homma hanskassa”**

Mukaiillen Ideointikokousmuistiota 11.10.2011

Aika: torstai 10.11.2011 klo 14.00

Paikka: Porvoon sairaalan kokoushuone 1

Läsnä: leikkaus- ja anestesiayksikön ylilääkäri, tulosityksikön johtaja  
leikkaus- ja anestesiayksikön osastonhoitaja,  
naistentauti- ja synnytysyksikön ylilääkäri,  
naistentauti- ja synnytysyksikön osastonhoitaja,  
naisten- ja synnytysyksikön ylihoitaja, osastoryhmäpäällikkö  
tehostetun valvonnan osastonhoitaja,  
kättilö-sairaanhoitaja (AMK) Millariikka Rytönen, projektipäällikkö

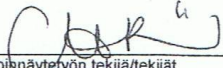

1. Millariikka Rytönen esitteli opinnäytetyönsä aihealuetta ja se nähtiin tärkeäksi ja toimintamallin luominen koettiin hyödylliseksi Porvoon sairaalassa. Varsinkin työn raja-alue oli osallistujien mielestä merkityksellinen seikka ja siihen Rytöksen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Osallistujat näkivät, että pelkkä toimintamallin luominen riittäisi Rytöksen opinnäytetyöhön ja toimintamallin jalkauttamisen vaikutukset olisivat kokonaan toisen opinnäytetyön aihe.
2. Jokainen osallistuja käytti puheenvuoron organisaationsa/alaistensa osallistumisesta hankkeeseen ja kaikki yksiköt lähtevät mukaan: synnytysyksikkö, leikkaus- ja anestesiayksikkö sekä tehostetun valvonnan yksikkö. Hankkeen työryhmä tulee koostumaan seuraavista henkilöistä:  
Synnytysyksiköstä osallistuu oh sekä 1 kättilö.  
Tehostetun valvonnan yksiköstä oh sekä 1 sairaanhoitaja.  
Leikkausyksiköstä oh sekä 1 anestesiahoitaja ja 1 instrumenttihoitaja.  
Anestesiologeja edustaa leikkaus- ja anestesiayksikön ylilääkäri.  
Gynekologeja edustaa naistentauti- ja synnytysyksikön ylilääkäri.  
Hankkeen vetäjänä ja projektipäällikkönä toimii Millariikka Rytönen. Jäseniä työryhmässä on yhteensä 10 henkilöä.

Liite 4. Tutkimuslupa

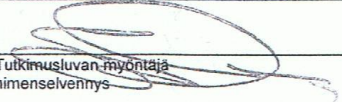
~~HELSINKI~~GIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPIIRI

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Rytkönen Millariikka Viivi Ilenna		
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta kättilö-sairaanhoitaja (AMK)		
	HUS:n palveluksessa <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä Porvoon sairaala, leikkaus- ja anestesiayksikkö. Opintovapaalla 18.10.2011 - 31.12.2012. <input type="checkbox"/> Ei		
	Sähköpostiosoite/puh/gsm [REDACTED]		
	Kotiosoite [REDACTED]		
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Lahden ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala		
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Sari Lappalainen, lehtori, ThM, KL. sari.lappalainen@lamk.fi, gsm [REDACTED]		
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa On hyväksytty esitetyssä muodossa		
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi Hämäläinen Heli, osastonhoitaja		
	Työpaikan osoite Sairaalan tie 1, 06151 Porvoo		
	Sähköpostiosoite/puh/gsm heli.hamalainen@hus.fi, [REDACTED]		
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee Porvoon sairaanhoitoalue, Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö		
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Hätäsektion koulutus- ja toimintamallin luominen ja käyttöönotto Porvoon sairaalan synnytysyksikössä		
	Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10) Moniammatillisen työryhmän kanssa luodaan koulutus- ja toimintamalli hätäsektiojärjestelyistä Porvoon sairaalaan. Työryhmään kuuluu opinnäytetyön tekijän lisäksi synnytysyksiköstä kättilö, osastonhoitaja ja ylilääkäri, leikkaus- ja anestesiayksiköstä 2 sairaanhoitajaa, osastonhoitaja ja ylilääkäri sekä tehostetun valvonnan yksiköstä sairaanhoitaja ja osastonhoitaja. Ryhmähaastattelussa haastatellaan kättilöitä (n = 6), lääkäreitä (n = 6) ja leikkausyksikön sairaanhoitajia (n = 6)		
	Asiasanat (max 5 kpl) <b>hätäsektio, koulutusmalli, moniammatillisuus, toimintamalli</b>		
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisenssiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input checked="" type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden ala <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
	Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	Arvioitu aloituspvm. 2.1.2012	Arvioitu päättymispvm. 31.5.2013
	Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input checked="" type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue	<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintekniikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä	

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä Henkilökunta n = 18
Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot -		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin Hätäsektiojärjestelyihin sairaaloissa, joissa leikkaussalihenkilökunta päivystää kotona. Toimintamalli ennaltaehkäisevistä toimista soveltuu jokaisen synnytysyksikön käyttöön. <input type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys 19.12.2011  Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvennys Millariikka Rytönen		Päiväys 19.12.2011  HUS:n vastuuhenkilö nimenselvennys Heli Hämäläinen

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäättöksenä (kts. JYL 1/2010, kohta 4.3)

<b>LOMAKE- PÄÄTÖS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti <input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että   <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)   *) Oikaisuvaatimusohje liitteenä
	Tutkimusluvan alkamispäivä _____ Tutkimusluvan päättymispäivä _____
	Päiväys 23.12.11  Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvennys SUNE R. LANG Oikaisuvaatituksen johtaja Oikaisuvaatitusyksikön johtaja Porvoon sairaala - Borgå sjukhus
	Päiväys _____ Tutkimusluvan puoltaja HUSissa nimenselvennys _____

**Tarvittavat liitteet**

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
- Aineiston keruulomake
- Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

KB. S.3.2., sivu 15:  
 haastattelurunko luodaan  
 yhdestä ryhmän kanssa

**Lisäksi tarvittaessa**

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
- Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
- Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
- Vaitiolositoumus/ salassapito- ja käyttäjäsitoumus
- Tutkittavan tiedote ja suostumus
- Eettisen toimikunnan lausunto
- STM:n lupa
- Henkilörekisteriseloste

## Liite 5. Taskukortti

### HÄTÄSEKTIO PÄIVYSTYSAIKANA GYNEKOLOGI SOITTAA:

1.	<u>LEIKKAUSTIIMI: SAIRAANHOITAJAT</u>
★	040-xxxxxxx
★	040-xxxxxxx
★	040-xxxxxxx
2.	<u>ANESTESIOLOGI</u>
★	040-xxxxxxx
3.	<u>TEVAN SAIRAANHOITAJA</u>
★	xxxx
4.	<u>PEDIATRI</u>
★	xxxx
5.	<u>LASTENOSASTON SAIRAANHOITAJA</u>
★	xxxx
6.	<u>LABORATIOHOITAJA</u>
★	xxxx
<u>VIRKA-AIKANA HÄTÄSEKTIO klo 8-18</u>	
<u>GYNEKOLOGI SOITTAA</u>	
XXXX	

### HÄTÄSEKTIO Kättilö instrumenttinhoitajana

- > Siirrä synnyttäjä sektiosaliin ilman leikkausvalmisteluja avustavan kättilön kanssa . 2 kättilöä lähtee hätäsektioon.
- > Anna **NATRIUMSITRAATTI** 30 ml p.o synnytyssalissa. Raportoi!
- > Anestesiaaavakkeet mukaan.
- > Hoitava kättilö tai kokeneempi kättilö toimii instrumenttinhoitajana hätäsektiossa.

1. MYSSY PÄÄHÄN
2. SIIRRÄ AVUSTAVAN KÄTILÖN KANSSA SYNNYTTÄJÄ LEIKKAUSPÖYDÄLLE
3. DESINFIOI KÄDET
4. AVAA PAKETIT, JOTKA VALMIINA PÖYDÄLLÄ (Sektiopakkaus ja Hätäsektio-instrumenttikori)
5. NOSTA STERIILILLÄ INSTRUMENTILLÄ NAPASETTI JA METALLINEN KAARIMALJA STERIILILLEPÖYDÄLLE
6. PUE ITSESI STERIILISTI (maski, takki ja hanskat)
7. PEITTELE POTILAS
8. NOSTA INSTRUMENTTIKORI MAYON-PÖYDÄLLE JA OTA VEITSI SEKTIOPAKKAUksesta
9. OTA SEKTIOPAKKAUksesta IMUT (2 kpl) JA ANNA PASSARILLE - YHDISTÄÄ IMULAITTEISIIN
10. LASKE KAIKKI TAITOKSET JA INSTRUMENTIT!
11. AVUSTA GYNEKOLOGIA JA PIDÄ NÄKYVYYTTÄ
12. PIDÄ HUOLTA INSTRUMENTEISTÄ JA TAITOKSISTA!
13. SULJE NAPANUORA - LAITA KOCHERIT (3 kpl) n. 15 CM PÄÄHÄN TOISISTAAN
14. LEIKKAA NAPANUORA
15. IME VAUVAN HENGITYSTIET TARVITTAESSA
16. IME VERET PEITTELYPAKKAUksen TASKUISTA (Vuodon määrä!)

Liite 6. ”Näin meillä toimitaan” synnytysyksikkö ja tehostettu valvonta

Synnytysyksikkö

## HÄTÄSEKTIO – synnytysyksikön osuus

### GYNEKOLOGI

- ❖ Gynekologi tekee hätäsektiopäätöksen.
- ❖ Gynekologi SOITTAA anestesia lääkäriin, pediatriin ja leikkaussalin henkilökunnan paikalle.
- ❖ Gynekologi soittaa labraan ja ilmoittaa hätäsektiosta ja soittaa lastenosaston sairaanhoitajan paikalle.

### ANESTESIOLOGI

- ❖ **Anestesia lääkäri** soittaa Teva:lta sairaanhoitajan avuksi tilanteen mukaan
- ❖ Operaa ei tehdä.
- ❖ Antibioottiprofylaksia annetaan heti, kun ehditään.
  - Kefuroksiimi 1,5 g i.v
  - Kefuroksiimi-allerginen: Klindamysiini 900 mg i.v tai
  - Vankomysiini 1 g i.v

### KÄTILÖ

- ❖ **Hoitava kätilö ja avustava kätilö** siirtävät synnyttäjän sektiosaliin ilman sektiovalmisteluja, kaksi kätilöä lähtee hätäsektioon!
- ❖ Anestesiakaavakkeet otetaan mukaan.
- ❖ Synnytys salissa/matkalla leikkaussaliin annetaan **Natriumsitraatti 25-30 ml p.o.**  
Leikkaussalissa myös Natriumsitraattia. Raportoi!!
- ❖ Päivystysaikana **hoitava kätilö tai kokeneempi kätilö** toimii instrumenttihoitajana hätäsektiossa, **avustava kätilö** toimii passarina.

### INSTRUMENTTIHOITAJA/ HOITAVA KÄTILÖ

1. Laittaa myssyn päähän.
2. Siirtää avustavan kätilön kanssa synnyttäjän leikkauspöydälle.
3. Desinfioi kädet.
4. Avaa paketit, jotka valmiina pöydällä
  - Sektiopakkaus (sisältää imut, taitokset, veitsen, peiteliinat jne.)
  - Hätäsektio-instrumenttikorin

5. Nostaa steriilillä instrumentilla napasetin (3 napakocheria kaarimaljassa) ja metallisen kaarimaljan, jossa lampunkahva, steriilillepöydälle.
6. Pukee itsensä:
  - maski kasvoille
  - avaa hanska- ja takkipaketit
  - pukee takin ja hanskat steriilisti, passari laittaa takin kiinni avustaa (jos ehtii).
7. Peittelee potilaan
8. Nostaa instrumenttikorin Mayon-pöydälle ja ottaa sektiopakkauksesta veitsen.
9. Ottaa sektiopakkauksesta imut 2 kpl, vauvan imun yhdistää letkuun. Imuletkujen (x 2) toiset päät heitetään passarille, joka yhdistää ne imulaitteeseen.
10. Laskee kaikki taitokset ja instrumentit!
11. Avustaa gynekologia ja pitää näkyvyyttä. Gynekologi antaa ohjeita!
12. Pitää huolen instrumenteista ja taitoksista.
13. Sulkee napanuora, kolme kocheria 10-15 cm etäisyydelle toisistaan.
14. Leikkaa napanuora, imee tarvittaessa vauvan hengitystiet.
15. Imee vauvan hengitystiet tarvittaessa
16. Imee veret peittelypakkauksen taskuista (tieto vuodon määrästä!).

Leikkaussalihenkilökunnan saapuessa paikalle, leikkaussalin instrumenttihoitaja jatkaa leikkauksessa avustamista. Instrumenteissa ollut kättilö siirtyy avustamaan toista kättilöä.

### **AVUSTAVA KÄTILÖ/PASSARI**

1. Auttaa synnyttäjän sektiopöydälle.
2. Kiinnittää turvaremmin.
3. Laittaa vastasyntyneen elvytuspöydän valmiiksi.
4. Avustaa gynekologia ja instrumenttihoitajaa pukemisessa.
5. Yhdistää imuletkun imuihin (x 2 kpl).
6. Ottaa vauvan vastaan.
7. Aloittaa tarvittaessa pediatriin kanssa vastasyntyneen virvoittelun.
8. Ottaa Napa-astrup x 2.
9. Kirjaa Obstetrix:n vauvan syntyneeksi.
10. Tilaa labrat, laboratoriohoitaja soitettu gynekologin toimesta leikkaussaliin, jolle näytteet annetaan

## **HÄTÄSEKTIO – TEVA-hoitajan HOITOPOLKU**

- 1) Soitto tulee MET-kännykkään.
- 2) Puhelimessa on kiinni kulkuavain, jolla pääset sisään leikkaussalin ovesta.
- 3) Ota mukaan hätäsektiokori.
  - a. sisältää: *Propofol 10mg/ml, Robinul 0,2mg/ml*, ruiskuja ja neuloja
- 4) Ota jääkaapista *Esmeron 10mg/ml ja Sukolin 50mg/ml*
- 5) Mene leikkaussalin ovesta sisään ja laita myssy päähän.
- 6) Sektio tehdään salissa 1.
- 7) Laita monitori päälle.
- 8) Varmista intubointi välineet ja vedä lääkkeet ruiskuun, imu löytyy monitorin alta.
- 9) Kirjaa ylös potilaan saliintuloaika, intubaatio aika, lääkkeiden antoajat ja **TÄRKEIN vauvan syntymä aika**. (Kirjaamisen voi tehdä vaikka ruutupaperille.)
  - a. Katso ajat **monitorin** kellosta.
- 10) Avusta äiti pöydälle ja kallista pöytä vasemmalle kaukosäätimellä. Kaukosäätimessä merkattu punainen nappi, josta kallistus tehdään.
- 11) Laita äiti monitoriin ja esihapeta.
- 12) Avusta lääkäriä intuboinnissa.
- 13) Napanuoran katkaisun jälkeen anna lääkärin määräämät lääkkeet:
  - a. *Oksitosiini / Syntocinon 5ky/ml (8,3µg/ml) 2 ml iv bolus* (tarvittaessa oksitosiini-infuusio)
  - b. *Cefuroxime 1,5 g iv* (jos allergia -> *Clindamycin 600 mg iv*)
  - c. *Fentanyl 50 µg/ml 2 ml iv*
- 14) Oikaise leikkauspöytä painamalla 0-näppäintä.
- 15) Anna raporttia anestesiahoitajalle

Laatinut: tarkastanut:

## Liite 7. Hätäsektiötyöryhmän tapaamisten osallistujat

### 1. tapaaminen

Aika: maanantai 19.12.2011 klo 14.00

Paikka: Porvoon sairaalan kokoushuone 1

Läsnä:

Naistentauti- ja synnytysyksiköstä osastonhoitaja, kätilö ja ylilääkäri,

Leikkaus- ja anestesiayksikönstä osastonhoitaja, 2 instrumenttihoitajaa ja 2 anestesiahoitaja sekä ylilääkäri,

Tehostetun valvonnan yksiköstä osastonhoitaja ja sairaanhoitaja,  
projektipäällikkö Millariikka Rytönen

### 2. tapaaminen

Aika: maanantai 14.5.2012 klo 14.00

Paikka: Porvoon sairaalan osasto 4 neuvotteluhuone

Läsnä:

Naistentauti- ja synnytysyksiköstä osastonhoitaja, kätilö ja ylilääkäri,

Leikkaus- ja anestesiayksikönstä osastonhoitaja, 2 instrumenttihoitajaa ja 2 anestesiahoitaja sekä ylilääkäri,

projektipäällikkö Millariikka Rytönen

### 3. tapaaminen

Aika: maanantai 24.9.2012 klo 14.00

Paikka: Porvoon sairaalan kokoushuone 2

Läsnä:

Naistentauti- ja synnytysyksiköstä osastonhoitaja, kätilö ja ylilääkäri,

Leikkaus- ja anestesiayksikönstä osastonhoitaja, 2 instrumenttihoitajaa ja 2 anestesiahoitaja,

Tehostetun valvonnan yksiköstä osastonhoitaja ja sairaanhoitaja,

Lastentautien yksiköstä osastonhoitaja, lastensairanhoitaja ja ylilääkäri  
projektipäällikkö Millariikka Rytönen

4. tapaaminen

Aika: maanantai 4.12.2012 klo 14.00

Paikka: Porvoon sairaalan kokoushuone 2

Läsnä:

Naistentauti- ja synnytysyksiköstä osastonhoitaja ja kättilö,

Leikkaus- ja anestesiayksikönstä osastonhoitaja, 2 instrumenttihoitajaa ja 2 anestesiahoitaja,

Tehostetun valvonnan yksiköstä osastonhoitaja ja sairaanhoitaja,

projektipäällikkö Millariikka Rytönen

Liite 8. Opinnäytetyön ja kehittämishankkeen toteutunut aikataulu

	<b>Opinnäytetyö</b>	<b>Kehittämishankkeen työryhmä ja Porvoon sairaalan mukana olevat yksiköt</b>
<b>2011 syyskuu</b>	Opintojen aloitus Lahden ammattikorkeakoulussa.  Opinnäytetyön aiheen ideointi.  Tietoperustan työstämistä.	5.9.11 palaveri naistentauti- ja synnytysyksikön osastonhoitajan kanssa ideasta.  27.9.11 palaveri leikkaus- ja anestesiasyksikön osastonhoitajan kanssa ideasta.
<b>lokakuu</b>	Aiheseminaarin työstäminen.  Aiheseminaari 14.10.2011.  Opinnäytetyön ohjaajan hakeminen.	6.10.11 palaveri naistentauti- ja synnytysyksikön ylilääkärin kanssa ideasta. Ylilääkärin suostumus hankkeelle.  11.10.11 sähköpostiviesti ylihoitajille, ylilääkäreille ja tulosyksiköiden johtajille hankkeesta.
<b>marraskuu</b>	Opinnäytetyön ohjaajaksi nimetään.  Aihepiiriin liittyvään tietoperustaan perehtymistä.  Kehittämishankesuunnitelman työstöä osana tutkimuksen ja kehittämisen opintoja kurssilla ”tutkimuksellinen kehittäminen 5 op”.	8.11.11 sähköpostiviesti osastonhoitajille, ylihoitajille, ylilääkäreille ja tulosyksikön johtajille ideointikokouksen järjestämisestä.  10.11.11 ideointikokous. Työryhmän jäsenet nimetään.  11.11.2011 kehittämishankkeen yhteistyösopimuksen allekirjoittaminen johtavan ylihoitajan kanssa.  16.11.11 Millariikka Rytönen pitää osastotunnin synnytysosastolle kehittämishankkeesta
<b>joulukuu</b>	Kehittämishankesuunnitelma valmis. Esitys seminaarissa 9.12.11.  Suunnitelmaseminaarin työstämistä.	19.12.11 tutkimuslupahakemus HUS Porvoon sairaalan sairaanhoitoalueen johtajalle  19.12.11 Hätäsektiötyöryhmän 1. tapaaminen. Hätäsektiötyöryhmä jaetaan kahteen koulutustyöryhmään: anestesiastyöryhmään ja instrumenttityöryhmään.  23.12.11 tutkimuslupa myönnetään.
<b>2012 tammikuu</b>	Suunnitelmaseminaarin työstämistä.	Anestesia- ja instrumenttityöryhmien työskentelyä.
<b>helmikuu</b>	Suunnitelmaseminaarin työstämistä.	Anestesia- ja instrumenttityöryhmien työskentelyä.

		<p>29.2.12 leikkausyksikkö järjestää osastotunnin synnytysyksikölle sektioinstrumenteista.</p> <p>29.2.12 alkaa kättilöiden käytännönharjoituksen sektiossa instrumenttihoitajina.</p>
<b>maaliskuu</b>	<p>Sähköpostikyselyn sekä ryhmäteemahaastattelurunгон työstämistä.</p> <p>30.3.12 suunnitelmaseminaari.</p>	<p>Anestesia- ja instrumenttityöryhmien työskentelyä.</p> <p>Kättilöiden käytännönharjoituksen sektiossa instrumenttihoitajina.</p> <p>Tevan hoitajien käytännönharjoitukset sektiossa alkavat anestesiahoitajina.</p>
<b>huhtikuu</b>	<p>12.4.12 sähköpostikyselyn postitus kaikille Suomen synnytysyksiköiden osastonhoitajille.</p> <p>Ryhmäteemahaastatteluiden sopiminen.</p> <p>26.4.12 sähköpostikyselyn vastausaika päättyy. Kyselyn tulosten analysointia.</p>	<p>Anestesia- ja instrumenttityöryhmien työskentelyä.</p> <p>Kättilöiden käytännönharjoituksen sektiossa instrumenttihoitajina.</p> <p>Tevan hoitajien käytännönharjoitukset sektiossa anestesiahoitajina.</p>
<b>toukokuu</b>	<p>Kyselyn tulosten analysointi.</p> <p>Kolme ryhmäteemahaastattelua (leikkausyksikön sairaanhoitajat, kättilöt ja lääkärit) 4., 9. ja 15.5.12.</p> <p>Haastatteluiden litterointi.</p>	<p>14.5.12 hätäsektiötyöryhmän 2. tapaaminen. Esitellään sähköpostikyselyn tulokset.</p> <p>Anestesia- ja instrumenttityöryhmien työskentelyä.</p> <p>Kättilöiden käytännönharjoituksen sektiossa instrumenttihoitajina.</p> <p>Tevan hoitajien käytännönharjoitukset sektiossa anestesiahoitajina.</p>
<b>kesäkuu</b>	<p>Tietoperustan työstöä opinnäytetyöhön.</p> <p>Sisällönanalyysiin perehtymistä.</p>	<p>Anestesia- ja instrumenttityöryhmien työskentelyä.</p> <p>Kättilöiden käytännönharjoituksen sektiossa instrumenttihoitajina.</p> <p>Tevan hoitajien käytännönharjoitukset sektiossa anestesiahoitajina.</p>
<b>heinäkuu</b>	<p>Opinnäytetyön kirjoittamista.</p>	<p>Anestesia- ja instrumenttityöryhmien työskentelyä.</p> <p>Kättilöiden käytännönharjoituksen sektiossa instrumenttihoitajina.</p>

		Tevan hoitajien käytännönharjoitukset sektiossa anestesiahoitajina.
<b>elokuu</b>	Opinnäytetyön kirjoittamista.	Anestesia- ja instrumenttityöryhmien työskentelyä.  Kätilöiden käytännönharjoituksen sektiossa instrumenttihoitajina.  Tevan hoitajien käytännönharjoitukset sektiossa anestesiahoitajina.  Päätetään, että kätilöiden ja tevan sairaanhoitajien käytännönharjoituksen elektiivisissä sektioissa jää pysyväksi toiminnaksi Porvoon sairaalassa.
<b>syyskuu</b>	Sisällönanalyysin työstöä.  Arviointisuunnitelman ideointia osana "Toiminnan laatu ja tuloksellisuuden arviointi" (5 op) -kurssia. Arviointisuunnitelma työstetään tähän kehittämishankkeeseen.	Anestesia- ja instrumenttityöryhmien työskentelyä.  5.9.12 leikkaus- ja anestesiayksikkö aloittaa jatkuvan sektiosaliin perehtymisen, joka jatkuu aina kuukauden 1. keskiviikkona  24.9.12 hätäsektiötyöryhmän 3. tapaaminen  26.9.12 täyttyvät tuloksellisuuspalkkion mittarit kätilöiden osalta
<b>lokakuu</b>	Arviointisuunnitelman laatiminen  Ohjaustapaaminen	Anestesia- ja instrumenttityöryhmien työskentelyä.  3.10.12 leikkaus- ja anestesiayksikön sektiosaliperehdytys synnytysyksikölle
<b>marraskuu</b>	Sisällön analyysin työstöä	7.11.12 leikkaus- ja anestesiayksikön sektiosaliperehdytys synnytysyksikölle
<b>joulukuu</b>	Opinnäytetyön työstämistä	4.12.12 1. spesiaalit synnytykset - meeting  4.12.12 hätäsektiötyöryhmän 4. ja viimeinen tapaaminen. Todetaan tuloksellisuuspalkkion kaikkien mittareiden täyttyneen 100%:sti, teva:n sairaanhoitajista 12 läpikäynyt sektiokoulutuksen
<b>2013 tammikuu</b>	Sisällön analyysi valmistuu.  Opinnäytetyön työstämistä. Sähköpostitse ohjausta.	2.1.13 leikkaus- ja anestesiayksikön sektiosaliperehdytys synnytysyksikölle
<b>helmikuu</b>	Opinnäytetyön työstämistä.	5.2.13 spesiaalit synnytykset - meeting

	Sähköpostitse ohjausta.	6.2.13 leikkaus- ja anestesiayksikön sektiosaliperehdytys synnytysyksikölle 12.2.13 HUS Porvoon sairaanhoitoalueen lautakunta päättää §5: häätäsektiohankkeen työryhmä saa 10800€ suuruisen tuloksellisuuspalkkion
<b>maaliskuu</b>	opinnäytetyön 1. versio valmistuu  ohjaustapaamisessa sovitaan esitysaika toukokuulle	6.3.13 leikkaus- ja anestesiayksikön sektiosaliperehdytys synnytysyksikölle  28.3.2013 tuloksellisuuspalkkio maksetaan työryhmän jäsenille
<b>huhtikuu</b>	opinnäytetyön työstämistä. 2. versio valmistuu  ohjaustapaaminen	2.4.13 spesiaalit synnytykset – meeting  3.4.13 leikkaus- ja anestesiayksikön sektiosaliperehdytys synnytysyksikölle
<b>toukokuu</b>	24.5.13 opinnäytetyön julkaisuseminaari	8.5.13 leikkaus- ja anestesiayksikön sektiosaliperehdytys synnytysyksikölle

Liite 9. Kliinisen palvelutuotannon tuloksellisuuspalkkio vuodelta 2012

## **HUS:N KLIINISEN PALVELUTUOTANNON TULOSELLISUUSPALKKIO**

Ehdotuksessa kliinisen palvelutuotannon tuloksellisuuspalkkioksi tuli määritellä kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoitteet sekä merkitys HUS:n kannalta. Tavoitteiden toteuttamiseen tuli määritellä maksimissaan kolme mittaria, arvioida niiden nykytaso sekä tavoitetasot.

Ehdotukseen kirjattiin samat **tarkoitus ja tavoitteet** kuin Rytkösen opinnäytetyön suunnitelmassa.

**Nykytaso kuvattiin seuraavasti:** *Synnytys- ja anestesia- ja anestesialääkärit päivystävät sairaalassa ympäri vuorokauden. Tehostetun valvonnan sairaanhoitajat ja kättilöt tekevät kolmivuorotyötä. Leikkausosaston varalla oleva päivystävä hoitohenkilökunta, kolme sairaanhoitajaa, saapuu leikkaussaliin 20 minuutin kuluessa hälytyksestä.*

**Tavoitetaso kuvattiin seuraavasti:** *Välittömän keisarileikkausvalmiuden saavuttamiseksi leikkausosaston henkilökunta kouluttaa 15 kättilöä toimimaan instrumentoivana hoitajana ja 12 tehostetun valvonnan sairaanhoitajaa toimimaan anestesiapuolella hätäsektiossa kunnes päivystävä leikkaustiimi saapuu leikkaussaliin. Koulutukseen osallistujilla tulee olla merkintä teoriaosuudesta, leikkaussalitutumiskäynnistä sekä osallistumisesta toimenpiteeseen.*

### **Tavoitetason kolme mittaria olivat seuraavat:**

***Mittari I:*** 15 kättilöä on koulutettu toimimaan instrumentoivana hoitajana hätäsektiossa vuoden 2012 loppuun mennessä.

***Mittari II:*** 12 tehostetun valvonnan sairaanhoitajaa on koulutettu toimimaan anestesiapuolella hätäsektiossa vuoden 2012 loppuun mennessä.

***Mittari III:*** kirjallinen suunnitelma ylläpitokoulutuksesta on laadittu vuoden 2012 loppuun mennessä.

Liite 10. Sähköpostikyselyn saatekirje

Porvoossa 12.4.2012

**Arvoisa synnytysosaston osastonhoitaja,**

Teidät on valittu tutkimukseen, jolla pyritään selvittämään Suomen synnytysraaloiden nykyisiä hätäsektiojärjestelyjä.

Tutkimus on osa opinnäytetyötäni Lahden ammattikorkeakoulun ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. Opinnäytetyöni on tutkimuksellinen kehittämishanke, jonka tarkoituksena on kehittää Porvoon sairaalan hätäsektiojärjestelyjä sekä ylläpitää hyvää hätäsektiovalmiutta luodun toimintamallin mukaisesti kouluttamalla henkilökuntaa. Kehittämishankkeen tavoitteena on tuottaa yhdessä henkilökunnan kanssa toimintamalli hätäsektiojärjestelyille sekä ottaa luotu toimintamalli käyttöön Porvoon sairaalan synnytysyksikössä.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS on myöntänyt tutkimusluvan hankkeelle.

Pyydän Teitä ystävällisesti vastaamaan oheisiin kysymyksiin sähköpostitse 26.4.2012 mennessä.

Toivon Teidän suhtautuvan myönteisesti tähän tutkimuspyyntöön.

Kunnioittavasti

Millariikka Rytönen

apulaisosastonhoitaja

kätilö – sairaanhoitaja (AMK)

YAMK-opiskelija

HUS Porvoon sairaala, Naistentaudit ja synnytykset

gsm

e-mail

**SÄHKÖPOSTIKYSELY HÄTÄSEKTIOKÄYTÄNNÖISTÄ SUOMEN  
SYNNYTYSSAIRAALOISSA**

**1. Synnytysten lukumäärät:**

Synnytysyksikkönne synnytysmäärä vuonna 2011?

Sektioiden lukumäärä vuonna 2011? Elektiivisten ja päivystyssektioiden lukumäärä?

Kuinka monta hätäsektiota oli vuonna 2011?

**2. Miehitys:**

Montako kättilöä teillä työskentelee synnytysosalissa kussakin työvuorossa?

Päivystävätkö gynekologi, anestesiologi ja pediatri sairaalassa? Jos ei, miten päivystys on hoidettu?

Päivystävätkö leikkaussalihenkilökunta sairaalassa? Jos ei, miten päivystys on hoidettu?

**3. Tilastoitteen D-D-I-aikaa?**

(decision-delivery-interval, aika hätäsektiopäätöksestä lapsen syntymään)

Jos tilastoitte, mikä on D-D-I-aikanne: keskiarvo ja vaihteluväli?

**4. Hätäsektiojärjestelyt:**

Millaiset ovat hätäsektiojärjestelyenne? Kuvailkaa lyhyesti kuinka synnytysyksikössänne toimitaan sen jälkeen, kun hätäsektiopäätös on tehty.

Kuinka pitkällä leikkaussali on fyysisesti synnytysosalista?

Jos leikkaussalihenkilökunta ei päivystä sairaalalla, odotetaanko teillä leikkaustiimin saapumista vai aloitetaanko hätäsektion suorittaminen kättilöiden avustuksella?

**5. Visio:**

Jos kyse ei olisi resursseista, millainen olisi teidän synnytysyksikkönne visio hätäsektiojärjestelyistänne?

Liite 12. Saatekirje ryhmäteemahaastatteluun osallistuville

Porvoossa 27.4.2012

**Arvoisa vastaanottaja,**

Teidät on valittu tutkimukseen, jolla pyritään selvittämään Porvoon sairaalan hätäsektiojärjestelyjen nykytilaa sekä sitä, millainen hätäsektion toimintamalli Porvoon sairaalaan halutaan luoda.

Tutkimus on osa opinnäytetyötäni Lahden ammattikorkeakoulun ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. Opinnäytetyöni on tutkimuksellinen kehittämisshanke, jonka tarkoituksena on kehittää Porvoon sairaalan hätäsektiojärjestelyjä sekä ylläpitää hyvää hätäsektiovalmiutta luodun toimintamallin mukaisesti kouluttamalla henkilökuntaa. Kehittämishankkeen tavoitteena on tuottaa yhdessä henkilökunnan kanssa toimintamalli hätäsektiojärjestelyille sekä ottaa luotu toimintamalli käyttöön Porvoon sairaalan synnytysyksikössä.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS on myöntänyt tutkimusluvan hankkeelle.

Pyydän Teitä ystävällisesti osallistumaan ryhmähaastatteluun. Otan Teihin lähiaikoina yhteyttä sopiakseni haastatteluajankohdasta. Toivon Teidän suhtautuvan myönteisesti tähän tutkimuspyyntöön.

Kunnioittavasti

Millariikka Rytönen

kätilö – sairaanhoitaja (AMK)

YAMK-opiskelija

apulaisosastonhoitaja

HUS Porvoon sairaala, Naistentaudit ja synnytykset

gsm

e-mail

Liite 13. Ryhmäteemahaastattelun runko

**HÄTÄSEKTION RYHMÄTEEMAHAASTATTELUN RUNKO**

- Haastattelija: Millariikka Rytönen
- 3 haastatteluryhmää:
  - ✓ lääkärit (gynekologit + anesthesiologit)
  - ✓ kätilöt
  - ✓ leikkausyksikön hoitajat

1) Haastattelun aluksi kysytään taustatiedot:

- ikä, sukupuoli
- koulutus
- työhistoria
- kauanko olet ollut nykyisessä tehtävässäsi?
- kuinka monessa hätäsektiossa olet ollut mukana?

2) Kerrotaan haastateltaville, että heidän kokemuksiaan kysytään **viidessä (5)** eri hätäsektion vaiheessa.

**Vaiheet ovat:**

1. Tilanne ennen hätäsektiopäätöstä esim. ktg- muutokset, ponnistusvaiheen ongelmat, jolloin hätäsektioon saatetaan päätyä
2. Hätäsektiopäätös
3. Päätöksestä leikkaussaliin
4. Leikkaussalissa
5. Hätäsektion jälkeen

3) Kerrotaan haastateltaville haastatteluteemat. Samat alla olevat **viisi (5)** haastatteluteemaa kysytään kaikissa vaiheissa.

Kerrotaan haastateltaville käsittelyssä oleva vaihe (1-5).

Vaiheet käsitellään järjestyksessä 1-5.

### **Haastatteluteemat ovat:**

- millaisia kokemuksia teillä on liittyen tähän vaiheeseen?
- miten koet tämän vaiheen ammatti-ihmisenä?
- mikä sujuu hyvin tässä vaiheessa?
- mitä toivoisit tehtävän toisin tässä vaiheessa? miten tekisit asian toisin? kehittämisehdotuksia?
- mitä odotat muilta tässä vaiheessa? (oma ammattiryhmä, muut ammattiryhmät)

### **Haastattelutilanne etenee siis seuraavalla tavalla:**

Käsittelyssä vaihe 1: *"Tilanne ennen hätäsektiöpäätöstä"*. Viisi haastatteluteemaa kysytään haastatteluryhmältä: *"Millaisia, kokemuksia teillä on liittyen tähän vaiheeseen? Miten koette tämän vaiheen ammatti-ihmisenä?"* jne.

Kun kaikki viisi haastatteluteemaa on läpikäyty, siirrytään vaiheen 2 käsittelyyn eli *"Hätäsektiöpäätös"* ja samat viisi haastatteluteemaa kysytään haastatteluryhmältä. Näin ryhmähaastattelutilanteessa edetään kaikkien viiden eri hätäsektion vaiheen kohdalla.

## Liite 14. Esimerkki pelkistämisestä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
Silloin jos me tiedetään, joskushan päivystysaikaan kun soittaa että nyt me lähdetään kotiin, ni ne sanoo, että tässä on semmoinen jolla on huono käyrä. Että älkää ihan vielä lähtekö. Ni kyl me laitetaan kaikki valmiiksi. (H4)	*soittavat huonosta käyrästä *pyytävät jäämään sairaalaan *laitetaan kaikki valmiiksi
Päiväsaikaan jos on gynekologi leikkaamassa niin hän voi sanoa että synnärissä on nyt semmoinen että saattaa tulla sektio. (H4)	*gynekologi informoi synnytyssalin tilanteesta
Sit se tiimi joka menee saliin, ni jokainen tekee sitä omaa. Me tiedetään tasan tarkkaan mitä kukin tekee, et me ei keskustella hirveesti. (H4)	*jokainen leikkaustimistä tekee oman osansa *jokainen leikkaustimistä tietää mitä kukakin tekee *ei keskustella työnjaosta
Se on juuri niinku tärkein tiimityössä, et jokainen tietää että minä teen tän, koska se, että sulla ei oo aikaa ruveta sanomaan että tee sitä tai tee tätä. Kyllä jokainen tietää, hän menee sinne, hän menee tänne, minä sinne. Et se on kyllä musta meillä aika selkee. (H3)	*jokainen tiimissä tietää oman roolinsa *selkeä työnjako
Tää on kyllä yks semmoinen tilanne jossa me todellakin puhalletaan yhteen hiileen, se päämäärä on niin sama kaikilla. (H2)	*yhteen hiileen puhaltaminen *kaikilla sama päämäärä
Se menee vähän kuin juna silloin. (H3)	*toiminta etenee suunnitelmallisesti
Se menee jotenkin niin saumattomasti tää yhteistyö, nimenomaan siinä tilanteessa. (H4)	*leikkaustiimin saumaton yhteistyö
Musta se tulee silloin tuolta jostain selkäytimestä näin, näin ja näin. Mul on ainakin semmoinen, jos nyt voi sanoa, semmoinen pelästymisvaihe, se tulee vasta sitten kun homma on tehty. (K1)	*ammattitaito selkäytimessä
Kyllä se on se ripeys. Se on tosi äkkiä se äiti siellä leikkurissa. Tosta kun me lähdetään. (K4)	*äidin nopea siirtäminen leikkaussaliin
Mut se on tiekkö ihana semmoinen lääkäri, joka niin kuin rauhoittaa. Itse rauhallinen. Nyt meillä on tietsä homma tässä ihan hanskassa. Nyt kun sä teet tässä ensiksi tämän asian, niin sen jälkeen sä voit jo tehdä sitä. Sit sä orientoidut, että nyt mä teen eka tän ja sit mä teen tän ja lääkäri siinä puffaa rauhassa ja se kuuntelee välillä ja sit sä voit itse tehdä niitä juttuja mitä se on pyytännyt. Et se antaa jo sen seuraavan homman sulle siihen tehtäväksi. Se on ihana se tilanne. (K2)	*asiansa osaava lääkäri rauhoittaa hätätilanteen *rauhallinen lääkäri *lääkäri jakaa työtehtävät kättilölle selkeästi
Se (hätäsektio) on ihan tavallista työtä niinku mikä muukin. (L1)	*hätäsektio on tavallista työtä sairaalassa
Kaikki tietää mitkä tavarat on missäkin ja kaikki on standardoitua, ei tuu sitä et hei mites tää nyt meni. (L3)	*kaikki tietävät tavaroiden paikat leikkaussalissa *toiminta on standardoitua
Sektiosali on sellanen missä ne tavarat on silleen ympärivuorokauden, on ne korit, ei tarvitse mistään hakea, ei tarvitse kun avaa vaan. (L2)	*sektiosalissa tavarat samalla tavalla ympärivuorokauden *sektiosaliin tavaroita ei tarvitse hakea
Mun mielestä se (hätäsektio) sujuu hurjan hyvin. Silloin kun on tosi kyseessä ei tule semmosta turhan päiväistä höpinää kuin yleensä on, ei jaarittelua tai muuta. Kaikki vaan tulee ja tekee vähäeleisesti sen juttunsa...(L1)	*toimitaan vähäeleisesti *ei turhaa höpinää tai jaarittelua *kaikki tekevät oman työtehtävänsä
Isää ja vauvaa tulee tänne osastolle katsomaan ja kertomaan kuulumiset, että on kenties muutakin kerrottavaa. (L3)	*gynekologi käy osastolla tapaamassa isää ja vauvaa
Se on ollut hirveen hyvä kun täältäkin on tullut (lastensairaanhoitaja lastenosastolta mukaan vastasyntyneen elvytykseen). Kun on erilaisia infuusioita ja tipanlaitto, ne on hirveen hyviä. (L1)	*lastensairaanhoitajien mukana olo hätäsektiossa on ollut hyvä asia *lastensairaanhoitajat ovat hyviä työssään

Liite 15. Esimerkki aineiston ryhmittelystä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria
<p>Sitä mä olisin kaivannut kaikki nämä vuodet, sitä, et kun meillähän on näitä keskustelujä, mutta siinä on ne vanhemmatkii ja silloinhan se menee vanhempien ehdoilla, ei kätiö hoida silloin omaa psyykettään siinä, vaan silloin hoidetaan niitä vanhempia siinä. Et pitäis olla semmonen et ois pelkät ammatti-ihmiset, käytäs niiden kanssa. (K3)</p> <p>Siihen (jälkipuintiin) ei oo niinku koskaan aikaa. Sä jätät just sopivasti vapaille. Sit se jonka kanssa sä oot siinä ollut, ei oo yhteistä työvuoroa. Mä en oo ainakaan ikinä ollut työnohjauksessa. (K4)</p> <p>Se (jälkipuinti) ois hyvä niinku opin kannalta, et hitsi, mun ois pitänyt toi hokata ja...(K2)</p>	<p>*kätiöt toivovat ammatillisia jälkipuintitapaamisia hätätilanteiden jälkeen</p> <p>*jälkipuintitilanteisiin ei ole koskaan ollut aikaa</p> <p>*jälkipuinti koetaan tarpeelliseksi opin kannalta</p>	<p><b>mahdollisuus moniammatillisiin tapaamisiin synnytyksen erityistilanteiden jälkeen</b></p>

Liite 16. Esimerkki kategorioiden abstrahoinnista

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
Selkeä ohjeistus talon toimintatavasta	<b>Henkilökunnan näkemys siitä, millainen hätäsektion toimintamalli Porvoon sairaalan halutaan luoda</b>	<b>Huomioitavat osa-alueet luotaessa hätäsektion toimintamallia Porvoon sairaalan synnytysyksikköön</b>
Henkilökunnan lisäkoulutus hätäsektiossa toimimiseen		
Hallinnolliset toimet, jotka edistävät turvallisuutta		
Hoitava lääkäri tapaa potilaan toimenpiteen jälkeen		
Riittävä perehdytys uusille työntekijöille		
Mahdollisuus moniammatillisiin tapaamisiin synnytysten erityistilanteiden jälkeen		

Liite 17. Sähköpostikyselyyn vastanneiden synnytysairaaloiden sektioprosentit

Synnytysairaala	kaikki sektiot	hätäsektiot
yliopistosairaala 1	<b>24,05 %</b>	<b>1,90 %</b>
yliopistosairaala 2	15,68 %	<b>0,83 %</b>
yliopistosairaala 3	<b>15,34 %</b>	1,49 %
yliopistosairaala 4	16,06 %	1,24 %
keskussairaala 1	18,00 %	<b>1,48 %</b>
keskussairaala 2	15,45 %	1,32 %
keskussairaala 3	16,85 %	0,87 %
keskussairaala 4	18,41 %	1,24 %
keskussairaala 5	14,23 %	0,81 %
keskussairaala 6	18,94 %	0,77 %
keskussairaala 7	<b>12,86 %</b>	<b>0,71 %</b>
keskussairaala 8	21,64 %	1,32 %
aluesairaala 1	13,68 %	0,98 %
aluesairaala 2	<b>8,58 %</b>	1,31 %
aluesairaala 3	<b>18,3 %</b>	<b>2,0 %</b>
aluesairaala 4	16,47 %	<b>0,58 %</b>
Porvoon sairaala (aluesairaala)	14,13 %	1,08 %

Yliopisto-, keskus- ja aluesairaaloiden suurin prosentuaalinen osuus on merkitty **punaisella** ja pienin **vihreällä**.