

Potilaan hoitoprosessit Ratamokeskuksen päivystyksessä

Susanna Luukkonen

LAB-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (YAMK), Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2022

Tekijä(t) Susanna Luukkonen	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK	Valmistumisaika 2022
	Sivumäärä 50	
Työn nimi Potilaan hoitoprosessit Ratamokeskuksen päivystyksessä		
Tutkinto ja koulutusala Sairaanhoidtaja (YAMK), Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen		
Toimeksiantajaorganisaatio Kymenlaakson sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä, Pohjois- Kymenlaakson päivystyksikkö		
Tiivistelmä Opinnäytetyö oli kehittämistyö. Tarkoituksena oli kehittää uuteen Ratamokeskuksen päivystykseen potilaan hoitoprosessit sekä laatia kirjalliset potilaskuvaukset. Kehittämistyön tavoitteena oli, että hoitoprosessit ovat toimivia ja käytännöllisiä. Näin haluttiin varmistua siitä, että toiminnalliset muutokset eivät kuormittaisi päivystyksen työntekijöitä liikaa, kun muutto uusiin päivystyksen tiloihin tapahtuu ja toiminta alkaa. Hyvin suunnitellut toimintatavat parantavat myös potilasturvallisuutta. Kehittämistyön aineistot koostuivat kirjallisesta materiaalista ja teemahaastattelun aineistosta, joita saatiin kahdelta sairaalalta. Aineistosta haluttiin selvittää hätätilapotilaan, tarkkailupotilaan sekä aulapotilaan hoitoprosessien kulku kyseisissä sairaaloiden päivystyksissä. Potilaan hoitoprosessien kehittäminen lähti hoidon sujuvoittamisen näkökulmasta. Opinnäytetyön tuotoksena Ratamo- muuttoryhmän kehittämät potilaan hoitoprosessit auki kirjoitettiin. Prosessien auki kirjoittaminen auttaa henkilöstöä kokonaiskuvan hahmottamisessa sekä tunnistamaan roolinsa ja vastuunsa potilaan prosesseissa. Materiaalia voidaan myös hyödyntää henkilöstön perehdytyksessä.		
Asiasanat potilaan hoitoprosessit, päivystys, muutos, muutto, työhyvinvointi		

Tiivistelmä

Author(s) Luukkonen, Susanna	Type of Publication Master's Thesis	Published 2022
	Pages 50	
Title Patient's care processes in Ratamo Centre's Emergency Department		
Degree and Degree Programme Master of Health Care, Management and Leadership in Social and Health Care		
Name, title, and organization of the client Kymenlaakso Association of Social and Health Services, Emergency Unit		
Abstract <p>This thesis was a development work. The purpose of the thesis was to develop patient's care processes to the new Ratamo Centre's Emergency Department as well as create written descriptions of the processes. The aim of the thesis was that by this the functional changes would not burden the staff too much when the move to the new facilities occurs and operating starts. Well planned policies also improve patient safety.</p> <p>The data collection of thesis consisted of literary material and theme interviews received from two hospitals. From the data collection it was desired to ascertain the care processes of critically ill patients, monitored patients and the patients in the waiting room in the emergency departments of these two hospitals in question. The development of patient's care processes started from the viewpoint of making care as fluent as possible.</p> <p>As a product of the thesis, Ratamo moving team's developed patient's care processes and they were written up. This will help the staff to see the big picture and recognize their role and responsibilities in patient's care processes. The material can also be used in staff orientation.</p>		
Keywords patient's care processes, emergency department, change, move, workplace well-being		

Abstract

Sisällys

1	Johdanto.....	3
2	Työntekijöiden hyvinvoinnin haasteet muutoksessa ja uudessa toimintaympäristössä	5
2.1	Työntekijöiden hyvinvoinnin haasteet muutoksessa.....	5
2.2	Toimintaympäristön muutos.....	8
3	Päivystystoiminnan järjestäminen ja päivystyksen hoitoprosessit	10
3.1	Päivystystoiminnan järjestäminen	10
3.2	Kymsote ja Pohjois- Kymen sairaalan päivystys	10
3.3	MET- toiminta Pohjois-Kymen sairaalassa.....	11
3.4	Päivystyspotilaan hoitoprosessit	12
3.4.1	Potilaan saapuminen päivystykseen	13
3.4.2	Hoidon tarpeen arviointi.....	14
3.4.3	Potilaan vastaanottaminen.....	15
3.4.4	Hoidon suunnittelu, toteutus ja jatkohoito.....	16
4	Turvallisuus hoitotyössä.....	18
4.1	Potilasturvallisuus	18
4.2	Tiedon kulku	19
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja kehittämistehtävät.....	22
6	Kehittämistyön toteutus ja tulokset.....	23
6.1	Kehittämistyön taustaa	23
6.2	Hoitoprosessien benchmarking.....	24
6.3	Kehittämisprosessin kuvaus	27
6.4	Hoitoprosesseihin tehdyt kehittämismuutokset	28
6.5	Hoitoprosessien kirjalliset kuvaukset	33
6.5.1	Aulapotilaan prosessi.....	33
6.5.2	Tarkkailupotilaan hoitoprosessi.....	34
6.5.3	Hätätilapotilaan hoitoprosessi	37
7	Pohdinta	39
7.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	39
7.2	Kehittämistyön ja sen tulosten pohdinta sekä jatkotutkimusaiheet	40
7.3	Jatkotutkimusaiheet	45
	Lähteet	46

LIITTEET

LIITE 1. SUOSTUMUSLOMAKE

LIITE 2. TEEMAHAASTATELUN KYSYMYKSIÄ

1 Johdanto

Suomessa on viime aikoina ollut useita sairaalarakennushankkeita. Vanhanaikaiset sairaalarakennukset eivät enää vastaa muuttuvien hoitokäytäntöjen ja palvelujen kehittämistarpeisiin. (Kaskes 2019, 2.) Myös Kymenlaaksoon on rakennettu uusia sairaalatiiloja Kymenlaakson keskussairaalaan Kotkassa ja Ratamokeskus Kouvolassa. Tässä opinnäytetyössä keskitytään Kouvolan keskustaan rakennettuun Ratamokeskukseen. Uuteen sairaalaan on siirtymässä yleislääketieteen ja akuuttilääketieteen päivystys, sosiaali- ja kriisipäivystys, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vastaanotot, suun terveydenhuollon vastaanotto, perusterveydenhuollon vuodeosastoja ja näitä tukevia kuntoutuksen palveluja sekä kuvantaminen ja laboratoriotointa. (Kymensairaalat 2020).

Ratamokeskuksen maanrakennus ja pohjan vahvistus aloitettiin 2018 vuoden lopulla. Vuoden 2021 aikana toteutuivat rakennustyöt, jotka valmistuivat 2021 vuoden loppupuolella. Käyttöönoton arvioitiin tapahtuvan vuoden 2022 alkupuolella. (Kymensairaalat 2020.) Muuttoa varten päivystykseen perustettiin Ratamo- muuttoryhmä, johon kuuluivat muuttovastaavat (2 sairaanhoitajaa päivystyksestä), päivystyksen sihteeri, päivystyksen esimiehiä ja lääkäreitä. Opinnäytetyön tekijä oli toinen päivystyksen muuttovastaavista. Muuttoryhmän toiminta alkoi virallisesti vuoden 2021 tammikuussa. Muuttovastaavien tehtäviin kuului suunnitella käyttöönottoon ja muuttoon liittyvät käytännön järjestelyt yhdessä kehittämiskoordinaattorin ja työryhmien kanssa. Lisäksi muuttovastaaville kuuluivat mm. uusien tilojen toimintamallin suunnitteluun osallistuminen, omalle yksikölle säännöllinen tiedottaminen ja heidän osallistamisensa, alatyöryhmien vetäminen ja muut käytännön asiat, jotka liittyivät projektiin. Projektia johti Kymsojen kehittämiskoordinaattori.

Ratamokeskuksen päivystyksen tilat oli suunniteltu erilaisiksi kuin opinnäytetyön aloitusvaiheessa käytössä olleet Kuusankoskella sijaitsevat Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksen tilat. Lisäksi uusiin tiloihin oli suunniteltu uutta teknologiaa, mikä tulee vaikuttamaan hoitohenkilökunnan toimintaan. Tästä syystä uusien potilaan hoitoprosessien kehittäminen oli välttämätöntä jo hyvissä ajoin ennen muuttoa, jotta toimintamalleja voitiin harjoitella etukäteen mahdollisuuksien mukaan vanhassa päivystyksessä. Näihin edellä kuvattuihin tarpeisiin liittyi tämä opinnäytetyö.

Opinnäytetyö on luonteeltaan työelämän tarpeisiin vastaava kehittämistyö. Opinnäytetyössä oli tarkoitus kehittää Ratamokeskuksen päivystyksen uusiin tiloihin sopivat potilaan hoitoprosessit yhdessä Ratamo- muuttoryhmän kanssa. Lisäksi tarkoitus oli laatia prosessikuvaukset kirjallisesti. Jatkossa hoitoprosessikuvauksia voidaan käyttää esimerkiksi uuden työntekijän perehdytyksessä ja pohjana prosessikuvantamisessa.

Tavoitteena oli, että hoitoprosessit ovat toimivia ja käytännöllisiä, ja siksi kaikki mahdolliset asiat pyrittiin huomioimaan jo suunnitteluvaiheessa. Näin haluttiin varmistua siitä, että toiminnalliset muutokset eivät kuormittaisi päivystyksen työntekijöitä liikaa, kun muutto uusiin tiloihin Ratamokeskuksen päivystykseen tapahtuu ja toiminta alkaa. Hyvin suunnitellut toimintamallit parantavat myös potilasturvallisuutta.

2 Työntekijöiden hyvinvoinnin haasteet muutoksessa ja uudessa toimintaympäristössä

2.1 Työntekijöiden hyvinvoinnin haasteet muutoksessa

Suomalaisilla työpaikoilla muutoksia tehdään nopeaan tahtiin, mikä korostaa muutosten hallinnan ja onnistuneen toteuttamisen merkitystä työntekijöiden hyvinvoinnille ja organisaation menestymiselle. (Puttonen ym. 2016, 9).

Työhyvinvointi koostuu monesta osatekijästä. Se ei synny arkityöstä irrallisena, vaan siihen vaikuttavat jokapäiväisen työn kuormitus, työolosuhteet, työyhteisön tuki ja arvostava ilmapääri, hyvä ja kannustava johtaminen ja työn merkityksellisyys. Työhyvinvoinnin edistäminen kuuluu sekä työntekijöille että työnantajille. (STM 2022, 29.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden hyvinvointi on merkittävä asia liittyen asiakas- ja potilasturvallisuuden toteutumiseen. Hyvinvointi syntyy kannustavasta ja tukevasta johtamisesta, luottamuksesta omaan ammatilliseen osaamiseen ja mahdollisuudesta keskittyä tekemään työnsä hyvin. Työolosuhteet ovat suuressa roolissa työhyvinvoinnissa, eivätkä ne saa aiheuttaa turhaa henkistä, fyysistä, kognitiivista tai muuta kuormitusta. Henkilöstöresurssi on oltava riittävä suhteessa asiakkaiden ja potilaiden määrään sekä heidän palvelujen tarpeeseen. (STM 2022, 27.)

Työhyvinvointi merkitsee sitä, että työ työntekijälle on mielekästä ja sujuvaa turvallisessa, terveyttä tukevassa sekä työuraa edistävässä työympäristössä ja työyhteisössä. Työhyvinvointiin ja työterveyteen vaikuttavat monet eri tekijät kuten henkilön omaan elämään sekä työhön liittyvät tekijät ja näiden elämän osa-alueiden onnistunut yhteensovittaminen. Työhyvinvointi ilmenee henkilön työhön paneutumisena ja toimivana yhteistyönä, mikä heijastuu työn laadukkuuteen ja tuloksellisuuteen. Työhyvinvointi ei ole pysyvä tila vaan se muuttuu työhön liittyvien kuormitus- ja voimavaratekijöiden molemminpuolisen tasapainon vaikutuksesta. Tähän tasapainoon vaikuttavat esimerkiksi työpaikan, työyhteisön ja työn sisällön muutokset. Työhyvinvointiin on siis mahdollisuus vaikuttaa myönteisesti niin työpaikan kuin työyhteisöjen taholta. Usein samat keinot vaikuttavat myönteisesti myös työn tuottavuuteen ja tuloksellisuuteen. Hyvinvoiva henkilöstö on yrityksen keskeisin voimavara. Työhyvinvointi vaikuttaa organisaation kilpailukykyyn, innovatiivisuuteen ja houkuttelevuuteen työnantajana. (Puttonen ym. 2016, 6.)

Yhteiset pelisäännöt ja niihin sitoutuminen, parempi ammattiryhmien välinen keskusteluyhteys ja valmentava johtaminen parantavat työhyvinvointia. Työpaikoilla olisi hyvä myös määritellä toimintaa ohjaavat arvot, joihin koko henkilöstö ja johto voivat sitoutua. (STM 2022, 29.)

Työn kuormitustekijöiden ja työhyvinvoinnin haasteiden hallinta on hyvä lähtökohta työelämän kehittämiseksi. Näiden rinnalla on kuitenkin tärkeä edistää työhön ja työelämään liittyviä mahdollisuuksia kuten työstä innostumista ja työn imua. (Puttonen ym. 2016, 8.)

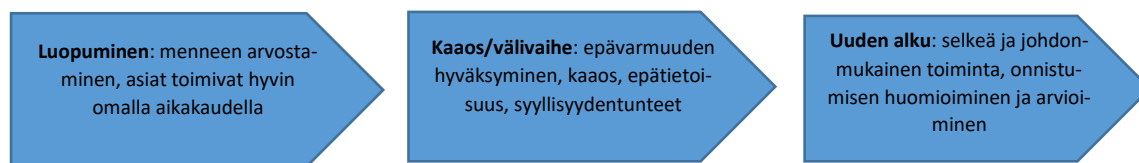
Sote-palveluissa on tehty runsaasti muutoksia ja kehittämistä vuosien aikana. Muutokset ovat vaihdelleet työntekijöitä koskevista päivittäisen toiminnan muutoksista ja kehittämisistä, laajoihin koko maata koskeviin rakenteellisiin muutoksiin. Sote-alan yksi haaste on, että henkilöstöä tai esimiehiä ei ole juurikaan koulutettu muutoksen hallintaan. (Kallankari 2019, 13.)

Usein muutokset saattavat tapahtua yhtä aikaa ja ne voivat tapahtua nopealla aikataululla. Henkilöstön työhyvinvoinnin huomiointi muutostilanteessa on erityisen tärkeää. Työhyvinvointiin vaikuttavat työhön liittyvät kuormitus- ja voimavaratekijät. (Puttonen ym. 2016, 6.) Kun muutokseen valmistaudutaan, pyritään ennakoimaan tulevan muutoksen laatu, vaikutukset sekä aikataulu (Rauramo 2013, 18). Työntekijät kokevat, että jatkuvat organisaation ja oman työn muutokset aiheuttavat haitallista kuormittumista. Työntekijöiden kuormittuminen lisääntyy, jos muutosten merkitystä ei ymmärretä tai vaikutusmahdollisuudet niihin ovat vähäiset. Työntekijältä vaaditaan enemmän joustavuutta ja moniosaamista työelämässä. Työntekijän kokema epävarmuus vähentää työn mielekkyyttä ja osaamisen kehittymistä. (Rauramo 2013, 3.)

Terveystieteiden henkilöstöä tulee kouluttaa työympäristöön ja työprosesseihin uusiin tiloihin muutettaessa. Etukäteen ennen muuttoa tulisi suunnitella tarvitseeko henkilöstön rakennetta muokata ja ohjata henkilökuntaa uusia työprosesseja varten. Uusien työprosessien sisäistäminen vaatii henkilöstön järjestelmällistä kouluttamista, ohjeistamista sekä pitkäjänteisyyttä. Hoitohenkilöstö omaksuu paremmin uudet työskentelytavat, jos pystytään perustelemaan, että muutokset ovat potilaan parhaaksi. (Reijula ym. 2017, 4, 44-45.)

Muutosprosessissa muutosta tapahtuu toimenpiteiden ja työvaiheiden lisäksi myös ihmisten mielessä. Mielenprosesseja ovat mm. tunneprosessi ja sitoutumisen prosessi. (Kallankari 2019, 26.) Muutoksen mielenprosessin etenee vaiheittain ja yksilöllisesti jokaisella muutokseen osallistujalla (Kuva 1). Muutokseen osallistujalle muodostuu käsitys muutoksesta ja sen henkilökohtaisesta vaikutuksesta. Käsitykseen vaikuttavat henkilön aikaisemmat kokemukset muutoksista sekä saatu tieto ja ymmärrys toteutettavasta muutoksesta ja sen vaikutuksista. Muutokseen asennoitumiseen vaikuttavat myös oma terveydentila, elämäntilanne, motivaatio ja oma rooli työpaikalla (Rauramo 2013, 13.) Kallankarin (2019, 23) mukaan muutoksen onnistumisen edellytyksenä on, että henkilöstö ymmärtää muutoksen johtaneet syyt sekä muutoksen tarkoituksen ja tavoitteet. Henkilöstön tulee hyväksyä muutos omassa toiminnassaan ja sitoutua muutoksen tavoitteiden saavuttamiseen. Myös

henkilökohtainen osaaminen, työkyky ja tukiverkostot auttavat työntekijää muutosprosessissa (Rauramo 2013, 13).



Kuva 1. Muutoksen vaiheet (Rauramo 2013, 13).

Muutosvastarinta on hyvin yleistä työyhteisöissä. Olemassa oleva tilanne koetaan usein puolustamisen arvoiseksi. Muutostilanteessa työntekijä saattaa kokea turvattomuuden tunnetta, myös surua ja haikeutta, vanhasta toimintaympäristöstä tai työskentelytavasta luopumisessa. Yhteinen visio on hyvä olla työyhteisön tiedossa muutostilanteissa. Tärkeää on myös avoin tiedottaminen ja ratkaisujen pohtiminen yhdessä. Muutosvastarinta voi synnyttää kriittistä keskustelua rakentavalla tasolla ja se voi edistää kehittämistä ja antaa uusia näkökulmia. Usein muutos herättää pelkoa, mutta samalla siihen liittyy myös muutoksen odotusta ja sen mahdollisesti tuomaa parannusta työhön ja elämän hallintaan. (Rauramo 2013, 13.)

Muutosvastarintaa vähentää se, kun henkilöstö saa osallistua itse tai saa olla vaikuttamassa oman työn ja työympäristön kehittämiseen. Silloin muutoksiin ja uusiin toimintatapoihin tai tiloihin sitoudutaan paremmin. Kun työntekijät osallistetaan suunnitteluun, voidaan tehokkaasti kehittää työtä, työtehtäviä, työprosesseja sekä työympäristöjä niin, että ne vastaavat työntekijöiden tarpeita, osaamista ja tukevat työhyvinvointia ja terveyttä. (Ruohomäki & Lahtinen 2013, 1). Myös turvalliset ja tarkoituksenmukaiset työvälineet auttavat muutoksen toimivuudessa (Rauramo 2013, 9).

Viestintä on erityisen tärkeää muutostilanteessa. Hyvin suunniteltu ja toteutettu sähköinen ja kirjallinen viestintä on olennaista. Sen lisäksi kasvokkain tapahtuva tiedottaminen on tarpeellista. Työntekijä tarvitsee muutoksen sisäistämisen lisäksi myös tunnetason sitoutumisen. (Rauramo 2013, 18.)

Työprosessien kehittämisessä huomiota tulee kiinnittää hoitohenkilöstön työtehtävien sisältöön ja niiden kehittämiseen. Erityisesti kehitettävää on niin sanotun muun työn osuudessa työajasta, joka vie hoitajan aikaa hoitotyöstä. Tämän vuoksi tulee huomioida riittävä tukipalveluhenkilöstön (puhtaanapito ja logistiikka) resurssointi ja työprosessien kehittäminen. (Kaskes 2019, 65.) Onnistuneessa muutoksessa yksikön ydintehtävä selkiytyy, osaaminen lisääntyy ja työntekijät saavat osallisuuden ja onnistumisen tuloksena itseluottamusta. Työ

tukee yksilön muutosprosessia ja on väylä henkiseen kasvuun, omien kykyjen hyödyntämiseen ja uuden oppimiseen. (Rauramo 2013, 3.)

Työn kuormitus- ja vaatimustekijät sekä työn voimavarat vaikuttavat työntekijöiden työhyvinvointiin. Kuormitustekijät, kuten kohtuuton työmäärä, töiden kasaantuminen ja alituinen kiire ovat tutkimusten mukaan yhteydessä väsymys- ja stressioireisiin, virheisiin työssä sekä työuupumukseen. Työn voimavarat, kuten hyvät vaikutusmahdollisuudet työhön, vähentävät työn vaatimusten ja suuren työmäärän kielteisiä kuormitus- ja stressivaikutuksia. Tarvitaan työtehtävien mitoittamista ja työn hyvää suunnittelua, jotta työstä ei aiheudu haittaa työntekijän terveydelle ja henkiselle hyvinvoinnille. (Puttonen ym. 2016, 28.)

Työntekijät kokevat asiat eri tavalla ja siksi myös siinä on eroja, minkälaiset asiat he kokevat työssään kuormittavina ja millaisia oireita nämä tekijät aiheuttavat. Tämän vuoksi työntekijöiden kuunteleminen ja osallistaminen on tärkeää. Työntekijä on ammattilainen, joka tuntee oman työnsä ja on siksi tärkeää ottaa hänet mukaan kehittämään työtään ja työympäristöään. Työntekijöiden mahdollisuudet käyttää tietojaan ja taitojaan, osallistua päätöksentekoon ja vaikuttaa työhönsä edellyttävät vuorovaikutteista ja osallistavaa johtamista. Työn johtamisen parantaminen ja kehittäminen lisää henkilöstön hyvinvointia, auttaa heitä näkemään työnsä kokonaisvaltaisesti ja kehittämään kekseliäitä ratkaisuja työhön liittyviin ongelmiin. Työntekijöiden vaikutus- ja osallistumismahdollisuuksien kehittäminen on keino vastata muuttuvan työelämän haasteisiin. Keskeistä on myös, että työ ja työjärjestelyt mahdollistavat uuden oppimisen. (Puttonen ym. 2016, 28.)

Organisaation muutoksessa on tarkoituksenmukaista panostaa muutoksen johtamiseen, esimiestyöhön muutoksessa, hyvään tiedonkulkuun ja osallistuviin toimintatapoihin sekä hyödyntämällä erilaisia tukitoimia muutosprosessin eri vaiheissa. Muutoksen onnistumisen kannalta koko organisaation aito sitoutuminen muutoksen tekemiseen on tärkeää. Sitoutumista edistää onnistunut viestintä, vuoropuhelu eri toimijoiden välillä. Muutosviestinnässä huomiota kannattaa kiinnittää muutosten perustelemiseen ja sen tavoitteiden selkeyttämiseen. Viestintä mahdollistaa muutoksen ymmärtämisen, mikä vähentää epävarmuutta ja vahvistaa luottamusta johtoon. Organisaation on hyvä tukea työntekijöitä niin osaamisen kehittämisessä vastaamaan muuttuneita työtehtäviä kuin muutoksen läpikäymiseen tunnetasolla. Organisaation tarjoama tuki on tärkeää, sillä se auttaa työntekijöitä vastaamaan muutoshasteeseen. (Puttonen ym. 2016, 29.)

2.2 Toimintaympäristön muutos

Reijulan ym. (2017, 44) korostavat loppuraportissaan, että uusiin tiloihin muutettaessa olisi hyvä, ettei vanhoja toimintatapoja tuotaisi uuteen toimintaympäristöön. Uudessa

toimintaympäristössä yksiköt toimivat omien tavoitteidensa mukaisesti uusissa työprosesseissa organisaation tavoitteet huomioiden. Toiminnan kehittämisessä on hyvä huomioida nykyistä paremmin muun muassa potilaan kulkureitit sairaalassa ja suunnitella tilat sen mukaisesti.

Uudistukset työssä ja toimintaympäristössä edellyttävät sopeutumista ja joustavuutta niin organisaatiolta kuin yksilöiltäkin (Rauramo 2013, 3). Terveystieteiden tulevaisuus on mahdollistaa tehokkaiden terveydenhuollon prosessien suorittamisen (Reijula ym. 2017, 38). Uusia sairaalataloja ja työprosesseja kehitettäessä, sekä muutostilanteessa, on huomioitava niin eri ammattihenkilöstön työtehtäviin liittyvät tarpeet kuin myös työhyvinvointiin ja työympäristöön liittyvät vaatimukset (Kaskes 2019, 2). Fyysisen työympäristön toimivuuden kehittäminen on oleellista tilaratkaisujen, ergonomian, tietotekniikan, sisäilmaston ja ääniympäristön osalta (Kaskes 2019, 65).

3 Päivystystoiminnan järjestäminen ja päivystyksen hoitoprosessit

3.1 Päivystystoiminnan järjestäminen

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa kiireellisen hoidon yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta (Sosiaali- ja terveysministeriö a.). Kiireellisestä hoidosta ja päivystyksestä säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010) sekä päivystysasetuksessa (583/2017).

Kiireellisen hoidon antamista varten kunnan tai sairaanhoitopiirin on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys. Päivystyspisteistä päätettäessä on otettava huomioon alueen ensihoitopalvelu, päivystyspisteiden väliset etäisyydet ja väestön palvelutarve. Päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden ja ensihoitopalvelun on tehtävä yhteistyötä niin, että ne muodostavat alueellisesti toimivan kokonaisuuden. (Sosiaali- ja terveysministeriö a.).

Päivystyksessä annetaan potilaalle kiireellistä hoitoa hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Ympäri- vuorokautinen päivystys järjestetään suurten terveyskeskusten ja sairaaloiden yhteydessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö b.)

3.2 Kymsote ja Pohjois- Kymen sairaalan päivystys

Kymenlaakson sosiaali- ja terveystoimien kuntayhtymä Kymsote aloitti toimintansa 1.1.2019. Kymsote järjestää ja tuottaa kaikille alueensa asukkaille yhdenvertaiset ja helposti saavutettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Kymsote tavoittelee toiminnassaan parasta asiakaskokemusta ja panostaa ennaltaehkäiseviin, laadukkaisiin ja kustannustehokkaisiin palveluihin. (Kymsote a.)

Vuoden 2019 alussa toteutettiin alueellinen erikoissairaanhoidon uudistus. Tuolloin Kymenlaaksossa Kotkan keskussairaalaan alkoi ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys, jossa on myös tavallisimmin tarvittavien erikoisalojen päivystys, sosiaalipäivystys sekä tarpeen mukaisen suun terveydenhuollon päivystys. Sosiaali- ja terveysministeriö myönsi silloin poikkeusluvan Kouvolan kaupungille ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon ja akuuttilääketieteen päivystysyksikön perustamiseksi 31.12.2024 asti. (Koskela 2017, 1, 9.)

Pohjois-Kymenlaakson päivystys on Pohjois-Kymen sairaalassa Kuusankoskella. Päivystyksessä hoidetaan eri ikäisiä asiakkaita, jotka ovat sairastuneet äkillisesti ja joiden hoitoa ei voida siirtää terveysasemille tai työterveyshuoltoon (Kymsote b).

Vuonna 2019 Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksessä hoidettiin 41 178 potilasta (Kymsote 2019b, 41). Ensihoidossa aloitti vuoden 2019 lopulla Kouvolasta käsin toimiva lääkärijohdoinen ensihoitoyksikkö. Se toimi alkuvaiheessa arkipäivisin klo 8-20, mutta laajeni ympärivuorokautiseksi palveluksi vuoden 2021 alussa. Ensihoidon lääkäri toimii ensihoidon yksiköiden konsultoivana lääkärinä, ja tukee tarvittaessa Pohjois-Kymen sairaalan päivystystä. (Kymsote 2019b, 41). Ensihoitoyksikköä, jossa ensihoitohenkilöstön lisäksi on ensihoitolääkäri, nimitetään lääkäriyksiköksi. Sen tehtäviin kuuluu mm. osallistua suuririskisiksi arvioituihin ensihoitotehtäviin, ohjata ja koordinoida alueensa päivittäistä ensihoitotoimintaa sekä antaa hoito-ohjeita potilaan luona oleville ensihoitajille (Hyppölä ym. 2016, 2396).

Päivystysasetuksen perusteella perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystyksessä täytyy olla mahdollisuus taudin määrittystä varten tarvittaviin laboratoriotutkimuksiin ja kuvantamiseen kaikkina vuorokauden aikoina sekä etälääketieteen avulla mahdollisuus konsultoida ympärivuorokautisen laajan päivystyksen tai yhteispäivystyksen yksikköä (Koskela 2017,8.)

Päivystyksessä työskentelee noin 40 hoitajaa, lisäksi sihteereitä, lääkäreitä, farmaseuttia, vartijaa, sairaalahuoltajia ja vahtimestareita, tarvittaessa myös fysioterapeutin palvelut ovat virka-aikana käytettävissä. Laboratoriopalvelut ovat käytössä 24/7. Röntgenpalvelut ovat käytössä klo 8-21 ja yöaikaan röntgenhoitaja on päivystämässä kotona, josta hänet voidaan tarvittaessa soittaa paikalle kuvauksia varten.

3.3 MET- toiminta Pohjois-Kymen sairaalassa

Medical Emergency Team (MET)- toiminnalla tarkoitetaan järjestelmää, jossa vuodeosastojen henkilökunta on koulutettu tunnistamaan peruselintoimintojen kriittisiä häiriöitä ja ohittamaan perinteiset toimintamallit hälyttämällä paikalle osaston ulkopuolisen asiantuntijaryhmän. MET- ryhmän tavoitteena on parantaa sairaalan potilasturvallisuutta. Tämä edellyttää valmiutta potilaan tilan heikkenemisen tunnistamiseen vuodeosastoilla, jolloin asianmukainen hoito voidaan aloittaa ajoissa ja vähentää sydänpysähdyksiä ja sairaalakuolleisuutta. Valtaosalla sairaalan sydänpysähdyspotilaista (60-80%) on mitattavissa peruselintoimintojen häiriöitä (hengitystaajuuden tai sykkeen nousu, veren matala happipitoisuus, verenpaineen lasku) jo useita tunteja ennen sydänpysähdystä. Mitä enemmän poikkeamia peruselintoiminnoissa havaitaan, sitä suuremmaksi kuolemanriski kasvaa. Tähän tutkimustietoon perustuen maailmalla on kehitetty hälytyskriteereitä, mm. Early Warning System (EWS, kts.

Kuva 2.) (Kantola & Kantola 2013, 222-223). Yksi tärkeimmistä hälytysmerkeistä on ”huoli potilaasta”. Tällöin hoitaja voi hyödyntää intuitiotaan potilaan tilaa arvioidessaan ja hälyttää apua, vaikka mikään mitattava MET- kriteeri ei täytyisikään. (Kantola & Kantola 2013, 224).

Pohjois- Kymen sairaala on kuntouttava sairaala, jolla ei ole omaa valvonta- tai teho- osastoa. Sairaalan päivystys on yleislääketieteen ja akuuttilääketieteen päivystys. MET- toiminta on sairaalassa järjestetty siten, että päivystyksestä lähtee kaksi hoitajaa ja AKU1- lääkäri osastolle, kun MET- hälytys sieltä tehdään. Tämä järjestely on tehty siksi, että päivystyksen hoitajilla on akuuttiosuamista. MET- hälytykseen mukaan otetaan päivystyksessä sijaitseva MET- kärry, missä on akuutin potilaan hoitoon tarvittavia lääkkeitä ja hoitovälineistöä mukaan lukien hengityskone. Tämä selkiyttää toimintaa, kun kaikki tarvittava löytyy yhdestä paikasta eikä tarvitse osastolta etsiä välineitä eri paikoista. Lisäksi tutut tiimin jäsenet tietävät tiimin toimintatavat, joka parantaa yhteistyötä ja potilasturvallisuutta.

3.4 Päivystyspotilaan hoitoprosessit

Viime vuosina potilaan akuuttihoitoa päivystyksessä ja ensihoidossa on kehitetty Suomessa. Kansalliset uudet asetukset ja kansainvälisen päivystystoiminnan tason seuraaminen ovat vaikuttaneet kehittämisen tarpeeseen. Mukaan on tullut akuuttilääketiede, joka täydentää myös ensihoidon palveluketjua suurissa päivystysyksiköissä. Akuuttilääkäri toimii ensisijaisesti sairaalan päivystysalueella ja ymmärtää kokonaisuutena akuutisti sairastuneen potilaan hoitoprosessin. (Hyppölä ym. 2016, 2395.) Päivystyksen, kuten muidenkin terveydenhuollon toimialueiden toimintaprosessien tulee edistää potilasturvallisuutta, hoidon jatkuvuutta, kansalaisen/potilaan oikeuksia, mutta sen lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvaa (Vuokko ym. 2011,34).

Päivystyspotilaan hoitoprosessi tapahtuu ensihoidon ja sairaalan välimaastossa. Päivystyspoliklinikalla hoidon tavoitteena on potilaan tilan vaatiman välittömän hoidontarpeen määrittäminen, nopean diagnoosin tai työdiagnoosin tekeminen ja hoidon aloittaminen sekä tarpeellisesta jatkohoidosta päättäminen. Hoitoprosessi etenee pääsääntöisesti seuraavien vaiheiden kautta: ensihoidon tekemä ennakkoilmoitus potilaasta tai päivystys saa tiedon Merlot Medi-järjestelmän kautta, potilaan saapuminen sairaalaan ja potilaan vastaanottaminen, potilaan tilanarviointi eli kiireellisyysarvio ja sijoittaminen, potilaan tutkiminen ja haastattelu, päätös tarvittavasta hoidosta ja tutkimuksista, hoidon toteutus ja potilaan tilan jatkuva arviointi, päätös jatkohoidosta ja siirtymisen turvaaminen. Jokaiseen vaiheeseen kuuluu päätöksentekotilanteita, joissa hoidon tarpeen arviointi, suunnittelu, toteutus ja arviointi tapahtuvat päällekkäin. Järjestelmällinen toimintatapa jäsentää omaa työtä hoitoprosessin mukaan auttaa erityisesti kiireisellä päivystyspoliklinikalla hallitsemaan nopeasti

muuttuvia tilanteita ja vastaamaan potilaan hoidontarpeisiin tarkoituksenmukaisesti. (Koponen & Sillanpää 2005, 70, 71.)

Terveydenhuollon toimintaprosessi alkaa, kun henkilö tarvitsee hoitoa terveydentilaansa liittyvän ongelman vuoksi. Hoidon tarpeen arvioija tarvitsee riittävästi tietoa potilaan terveydentilasta hoidon suunnittelua ja toteutusta varten. (Vuokko ym. 2011, 28, 29.) Kiireellisen hoidon tehtävänä on puuttua nopeasti ja tehokkaasti potilaan ensisijaiseen ongelmaan eli siihen syyhyn, miksi kiireellistä hoitoa tarvitaan (Karinniemi-Örmälä 2020, 26).

Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksessä eri tavoilla tai eri syistä päivystykseen tulevilla potilailla on erilaisia prosesseja. Tässä opinnäytetyössä keskitytään kolmeen eri hoitoprosessiin, joita ovat hätätilapotilaan, tarkkailupotilaan ja fast track potilaan hoitoprosessit.

3.4.1 Potilaan saapuminen päivystykseen

Potilas voi ohjautua tulemaan päivystykseen eri tavoilla. Potilas voi tulla päivystykseen ensihoidon tuomana, Päivystysavun tai toisen terveydenhuollon pisteen ohjaamana, omatoimisesti ilman ohjausta tai muun tahon, esimerkiksi poliisin, tuomana.

Päivystyshoitoa vaativia tilanteita ovat mm. tapaturmainen vamma, runsaasti vuotava haava, äkillisesti alkanut päänsärky johon liittyy yleistilan laskua tai tajunnan häiriöitä, hengenhdistus, vatsakipu, allergiset reaktiot, selkäkiput ja mielenterveysongelmat kuten itsetuhoinen toiminta (Kymsote 2021,d).

Valtakunnallinen Päivystysapu 116117-järjestelmä on otettu käyttöön 2019 loppupuolella Kymsotessa (Kymsote 2019b, sivu 41). Potilasta ohjataan soittamaan Päivystysapuun, jos potilas harkitsee päivystykseen lähtemistä. Päivystysapupalvelua on tarjolla ympärivuorokauden viikon jokaisena päivänä. Päivystysavusta annetaan asiakkaille neuvontaa, kotihoito-ohjeita tai Päivystysapu ohjaa asiakkaan päivystykseen tai muuhun hoitopaikkaan. (Kymsote 2021d.)

Ensihoidon kuljettamat potilaat näkyvät MerlotMedi- ohjelman kautta päivystyksen triagelle sekä sihteerille jo ennen potilaan saapumista päivystykseen. Akuutimmista potilaista, kuten akuuteista AVH-potilaista ensihoito tekee triagelle myös ennakoilmoituksen viranomaisverkon eli virven kautta.

MerlotMedi on ensihoidon sähköinen potilaskertomusjärjestelmä, joka tehostaa ensihoidon operatiivista johtamista ja resurssienhallintaa. Järjestelmä välittää tietoa reaaliaikaisesti sairaankuljetusyksiköstä hoitopaikkoihin ja ensihoidon valvomoihin. Järjestelmän yhtenä tärkeimpänä tehtävänä on luoda potilaskohtainen ensihoidon kertomus ensihoitotilanteessa,

johon tallennetaan potilaan hoidon kannalta tärkeää tietoa. MerlotMedi integroituu vahvasti päivystykseen ja sairaalan tietojärjestelmiin. (CGI.)

3.4.2 Hoidon tarpeen arviointi

Triage tarkoittaa päivystyspoliklinikalle saapuvalla potilaalla tehtävää hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviota. Päivystyksessä arvioidaan kaikkien hoitoon saapuvien hoidon kiireellisyyttä ja tarvittavaa hoitopaikkaa potilaan ilmoittaman tulossyn, muiden sairauksien ja statuslöydösten perusteella. Potilas voidaan ohjata myös toiseen hoitopaikkaan tai hoidettavaksi muualla tarkoituksenmukaisella tavalla. Ohjaus tapahtuu päivystyksen vastaavan lääkärin tai hänen antamiensa ohjeiden mukaan muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta. Ohjauksessa on otettava huomioon päivystyksyksikössä noudatettavat kiireellisyysluokat ja yksilöllinen hoidon tarpeen ja riskin arviointi. (Valvira 2017).

Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksessä hoidon tarpeen arviointia tekevät fast track- hoitajat omalla kyydillä saapuvista potilaista fast track- linjalla ja triagehoitaja ensihoidon potilaille sekä paari-/ invataksilla saapuville potilaille. Fast track-hoitaja tai triagehoitaja arvioivat potilaan aluksi mahdollisen lähetteen, ensihoitokertomuksen tai kliinisen arvion perusteella (Koponen & Sillanpää 2005, 72). Potilasta haastatellaan ja tutkitaan esimerkiksi ottamalla erilaisia tarvittavia mittauksia kuten verenpaine, pulssi, lämpö, happisaturaatio ja verensockeri. Jos mittausten arvoissa ilmenee poikkeamia normaaliin, voi tämä vaikuttaa potilaan hoidon kiireellisyyteen.

Erilaisia potilaiden elintoimintojen järjestelmälliseen arviointiin perustuvia luokitusjärjestelmiä voidaan käyttää päivystyksessä potilaiden hoidon kiireellisyyden/potilaan tilan vakavuuden ja hoitoisuuden arviointiin. Tulotilanteen arviointi ei aina tapahdu systemaattisesti, jolloin on vaarana, että potilaan tila aliarvioidaan ja nopeita hoitotoimenpiteitä vaativan, esimerkiksi sepsis- potilaan, hoito viivästyy. Potilas sijoituksen ratkaisevat potilaan elintoimintojen tila ja se, tarvitseeko kiireellistä hoitoa ja valvontaa, tarvitseeko hän vuodelepoa vai voiko hän istua ja odottaa. (Koponen & Sillanpää 2005, 71.) Lisäksi tulovaiheessa on huomioitava, onko potilaan tulosy itsessään syy eristää potilas, esimerkiksi ripuli tai Covid-19-oireet. Potilaalla voi olla myös muita syitä miksi hänet täytyy eristää muista potilaista. Tällaisia syitä ovat esimerkiksi syöpähoitoja saava potilas, MRSA- tai ESBL Klebsiella- kantajuus.

Päivystyspotilaan hoidontarve arvioidaan kansainvälisen triage-luokituksen mukaisesti asteikolla A-E:

A. Hätätilapotilas

- B. Kiireellisen hoidon tarve, hoito aloitettava 15-30 minuutin kuluessa
- C. Päivystyspotilas, hoito aloitettava 1-2 tunnin kuluessa
- D. Ei kiireellisen hoidon tarvetta, pyritään hoitamaan kahden tunnin kuluessa
- E. Ei päivystyshoidon tarvetta. (KSSHP 2018).

Huomioitavaa on, että sairaaloilla ja ensihoidolla triageluokitukset saattavat poiketa toisistaan. Ensihoidon tekemä triageluokitus on heidän arvionsa ja sairaalaan tultaessa triagen on tehtävä oma arvionsa.

3.4.3 Potilaan vastaanottaminen

Hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen potilaan vastaanottaa ja haastattelee tarkemmin toinen (hoitoryhmän) hoitaja, joka mittaa vitaalit, ottaa tarvittaessa sydänfilmin. Hoitohenkilökunnan tärkein tehtävä päivystyksessä on potilaan peruselintoimintojen järjestelmällinen tutkiminen ja välttämättömät toimenpiteet peruselintoimintojen turvaamiseksi. Jos potilaan tila sitä vaatii, lääkäri hälytetään välittömästi paikalle tutkimaan potilas ja käynnistämään tarvittavat hoidot. Potilaan haastattelussa selvitetään vaiva, aikaisempi vointi ja toimintakyky ja näissä tapahtuneet muutokset. Potilaan suostumuksella voidaan näitä asioita tiedustella ja selvittää myös esimerkiksi omaisilta tai kotihoidolta. Hoitajan tehtävänä on myös selvittää potilaan perussairaudet, allergiat, käytössä olevat lääkkeet ja kuka lääkkeitä huolehtii. Tärkeitä tietoja on myös, asuuko potilas yksin, onko hänellä omainen tai kotihoito, joka auttaa kotona pärjäämisessä. Taustatiedot ovat tärkeitä tietoja kirjattavaksi hoitosuunnitelmaan. (Koponen & Sillanpää 2005, 72.)

Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksessä on käytössä potilaan kuumekurva. Hoitohenkilökunnalla on älypuhelimet, joissa on Medanets- ohjelma. Medanetsiin syötetään älypuhelimien kautta potilaan vitaalit, tajunnantaso ja hengitystaajuus. Ohjelma laskee automaattisesti NEWS-pisteet ja näin tulee huomioitua potilaan tilan muutokset ja sairauden riskit myös sitä kautta.

Early warning score (EWS) on ohjelma, jonka avulla arvioidaan akuutin sairauden riskiä potilaalla. National Early Warning Score (NEWS)- järjestelmä tunnistaa kriittisesti sairaat potilaat sairaalan vuodeosastolla ja tutkimuksen mukaan vähentää sairaalakuolleisuutta ja sairaalassa tapahtuvia äkillisiä sydänpysähdyksiä. NEWS- pisteet määräytyvät kuuden fysiologisen kriteerin pohjalta. Jokaisella osa- alueella pisteitä jaetaan nolasta kolmeen riippuen kyseisen arvon poikkeamasta normaaliin verrattuna. Lisäksi lisähapen tarpeesta lisätään pistemäärään kaksi pistettä. Osa-alueiden pisteet lasketaan yhteen, jolloin saadaan

lopulliset NEWS-pisteet. Taulukko pisteiden laskemisesta on esitetty kuvassa 2. (Lamminen 2016, 6.) Myös ensihoidossa on käytössä tämä pistejärjestelmä.

Sairaalassa NEWS-pisteiden määrä aiheuttaa seuraavia toimenpiteitä:

Alhaiset pisteet (1-4):

Hoitajan pitäisi tarvittaessa ilmoittaa osaston muille hoitajille potilaan tilan muutoksesta.

Keskisuuret pisteet (5-6):

Hoitavan lääkärin tulisi arvioida potilaan tila. Potilaan siirtämistä valvontahuoneeseen tulisi harkita.

Korkeat pisteet (yli 7):

Hoitava lääkäri hälytettävä paikalle. Medical Emergency Team (MET) – hälytyksen tarvetta arvioitava.

EWS-pisteet Acuta							
Fysiologiset suuret	3	2	1	0	1	2	3
Hengitystiheys	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Happisaturaatio	≤91	92-93	94-95	≥96			
Lisähappi		Kyllä		Ei			
Lämpötila	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Systolinen verenpaine	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Pulssi	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Tajunnan taso				Normaali			Poikkeava

Kuva 2. NEWS- pisteiden määräytyminen (Lamminen 2016, 7).

3.4.4 Hoidon suunnittelu, toteutus ja jatkoahoito

Potilaat tilan kiireellisyys vaikuttaa tutkimusjärjestykseen. Tutkittuaan potilaan lääkäri päättää tarvittavista hoitotoimenpiteistä, lääkityksestä sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista. Hoidon nopeuttamiseksi usein sairaanhoitaja käynnistää laboratoriotutkimukset päivystyksen ohjeistuksen ja oman harkinnan mukaan erityyppisille potilaille. (Koponen & Sillanpää 2005, 72.)

Hoitotyöntekijä seuraa potilaan vointia ja auttaa potilasta säilyttämään peruselintoimintonsa yhdessä lääkärin ja hoitoon osallistuvan hoitoryhmän kanssa. Ensisijalla ovat elintärkeiden hoitotoimenpiteiden toteuttaminen ja potilaan tilan vaatiman jatkohoidon järjestäminen. Päivystyspotilaan tila on usein epävakaa. Tämä vaatii henkilökunnalta ammattitaitoa tunnistaa potilaan tilassa tapahtuvat nopeatkin muutokset ja raportoitava niistä potilasta hoitavalle lääkärille. Hoitotyöntekijällä on tärkeä rooli potilaan asioiden eteenpäinviejänä. Hoitotyön auttamismenetelmistä tärkeitä asioita ovat potilaan kivun lievittäminen, kuunteleminen, toiveiden huomioon ottaminen, perustoiminnoista huolehtiminen, ohjaaminen ja neuvonta. Potilaalle on tärkeää, että omaisten läsnäolo mahdollistetaan. Hoitosuunnitelmassa tulee olla kirjattuna potilaan vointi ja sen muutokset sekä siitä, miten potilasta on hoidettu päivystyspoliklinikalla. (Koponen & Sillanpää 2005, 72.)

Potilaan hoidosta vastannut lääkäri tekee päätöksen potilaan siirtymisestä jatkohoitopaikkaan. Potilaan tilan ja sen edellyttämää tarkkailun ja seurannan tarve vaikuttavat

jatkohoitopaikan valintaan. Huonokuntoisen potilaan tila pyritään stabiloimaan siirtokuntoon, jotta siirtyminen jatkohoitoon on turvallista. Jatkohoidon turvaamiseksi raportoinnin täytyy olla riittävää ja luotettavaa potilaan tilanteesta ja siihen vaikuttavista asioista. Potilasta koskeva tieto tulee löytyä kirjattuna hoitosuunnitelmasta ja erityyppiset hoito-ohjeet tulee antaa kirjallisena. (Koponen & Sillanpää 2005, 73.)

Kotiutuvan potilaan jatkohoito- ohjauksessa ja jatkohoitojärjestelyissä voidaan hyödyntää moniammatillisen tiimin osaamista. Iäkkään potilaan kohdalla voidaan tarvita yhteistyötä esimerkiksi kotihoidon kanssa. Myös omaisten kanssa keskustelu ja tiedottaminen on tärkeää kotiutuksessa. (Koponen & Sillanpää 2005, 73.)

Potilaat ovat oman tilanteensa parhaita asiantuntijoita. Myös heidän läheisensä ovat tärkeä tiedonlähde ja tuki äkillisessä sairastumisessa. Asiakkaat ja potilaat tarvitsevat riittävää ja ymmärrettävässä muodossa annettua tietoa sekä neuvontaa ja ohjausta. Arvostava ja luottamuksellinen suhde ammattilaisen kanssa parantaa palvelun käyttäjän mahdollisuutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Tämä edellyttää myös, että palvelut ovat saatavilla asiakkaan tai potilaan omalla kielellä, ja tulkkipalveluiden riittävästä saatavuudesta huolehditaan niin vieraskielisille kuin viittomakielisille. (STM 2022, 23.)

4 Turvallisuus hoitotyössä

4.1 Potilasturvallisuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun on oltava laadukasta, asiakaskeskeistä, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollossa on huolehdittava myös tilojen, laitteiden ja tietojärjestelmien, tarvikkeiden ja lääkkeiden asianmukaisesta ja turvallisesta käytöstä sekä toimivasta tiedonkulusta. (STM 2022, 12.)

Asiakas- ja potilasturvallisuus tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien henkilöiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan hoidon ja palvelujen turvallisuus, ja suojataan asiakkaita ja potilaita vahingoittumasta. (STM 2022, 12.)

Potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuuteen kuuluu myös se, että potilaalle annettava lääkehoito toteutetaan turvallisesti. Lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuus on tärkeä asia. Se tarkoittaa, että potilaan hoidossa käytettävät laitteet ovat toimivia ja niitä osataan käyttää. Potilaiden hoitoa edistävä suunnitelmallinen ja järjestelmällinen toimintatapa lisää potilasturvallisuutta. (THL 2021.)

Turvallisuuden tunne on yksi ihmisen perustarpeista. Palvelujärjestelmän toimintaa arvioitaessa ei voida keskittyä pelkästään tekniseen tai laadulliseen turvallisuuteen, vaan potilaiden ja asiakkaiden kokemus hoidosta ja palvelusta on merkittävä osa asiakastyytyvyyttä ja potilasturvallisuuden edistämistä. (STM 2022, 23.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksissa kehittäminen ja toiminnan muuttaminen tapahtuu yleensä organisaation arjessa, koska toimintaa pystyy harvoin keskeyttämään muutoksen ajaksi. Potilaan tulee saada laadukasta hoitoa muutoksesta huolimatta eikä potilaiden, asiakkaiden ja henkilöstön turvallisuus saa vaarantua. Käytännön työssä pienillä muutoksilla voi olla yllättävän isoja vaikutuksia kuten esimerkiksi yksittäisen tarvikkeen tai lääkkeen säilytyspaikan siirtäminen voi vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Jokaisen muutoksen vaikutuksia tulee arvioida ja pyrkiä tunnistamaan ne muutostoimet, jotka ovat kriittisesti yhteydessä perustehtävän toteutumiseen ja asiakkaiden tai henkilöstön turvallisuuteen. Hyvällä suunnittelulla ja ennakoimalla sekä tarvittavilla toimenpiteillä toiminnan muuttaminen on turvallista. (Kallankari 2019, 98.)

Turvallisuutta edistävien toimien tulee olla näyttöön perustuvia ja mitattavia. Ne ehkäisevät järjestelmään liittyviä virheitä ja tukevat ammattilaisten mahdollisuuksia tehdä työnsä laadukkaasti. Hoidon ja palveluiden turvallisuus on osa sosiaali- ja terveydenhuollon

kokonaislaatua. Tärkeää on myös, että turvallinen hoito ja palvelut toteutetaan oikein ja oikea-aikaisesti. Etenkin terveydenhuollon puolella turvallisuus voi vaarantua myös liiallisen hoidon seurauksena, jos potilas altistetaan vaikuttamattomien hoitojen haitoille ilman odotettavissa olevaa hyötyä. (STM 2022, 13.)

Sosiaali- ja terveystalvueluissa kehittämisesssä ja muutosjohtamisessa on otettava huomiioon potilasturvallisuus, asiakkaiden saama palvelu ja laatutavoitteet. Muutoksen laatuun vaikuttavat mm. myös sidosryhmien kanssa tehtävä yhteistyö sekä tiedon kulun varmistaminen muutoksesta. (Kallankari 2019, 124,125).

Pula osaavista ammattilaisista on konkreettinen uhka suomalaiselle sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle. Henkilöstön vaihtuvuus, sijaisuudet ja satunnaisen vuokratyövoiman käyttö muodostavat haasteen asiakas- ja potilasturvallisten ja yhtenäisten toimintatapojen noudattamiselle sekä laite- ja tietojärjestelmäturvallisuuden kehittämislle. Työelämää parantaviin toimiin on ryhdyttävä ennaltaehkäisevästi. Hyvä johtaminen, riittävä ja osaava henkilöstö ja mahdollisuus noudattaa omia ammatillisia eettisiä periaatteita arkityössä ovat keinoja sitouttaa nykyiset osaajat ja houkutella uusia ammattilaisia. (STM 2022, 27.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat sitoutuneet asiakkaiden ja potilaiden turvalliseen asiointiin ja hoitoon. Usein tämä tarkoittaa sitä, että arvioidaan omien toimien turvallisuutta ja riittävyttä asiakkaille ja potilaille. Pelkkä osaaminen ja ammattitaito ei kuitenkaan takaa turvallisuuden toteutumista, sillä suuri osa vahingoista ja haitoista johtuvat järjestelmän puutteista. (STM 2022, 28.)

Uusille työntekijöille on annettava kattava perehdytysohjelma, joka sisältää asiakas- ja potilasturvallisuussuunnitelman sekä lääkehoitosuunnitelman läpikäynnin ja organisaation työtapoihin ja -kulttuuriin tutustuttamisen. Suunnitelmallinen ja riittävä perehdytys uusiin työtehtäviin, uuteen työympäristöön ja työpaikan laitteisiin ja tietojärjestelmiin on ammattilaisen turvallisen työskentelyn edellytys. (STM 2022, 28.)

Kirjallisen perehdytysohjelman läpikäyminen yhdenmukaistaa toimintatapoja. Henkilöstön tulee sitoutua sovittuihin menettelytapoihin. Erityisen suuri vastuu on kokeneimmilla työntekijöillä, koska he ovat uusien työntekijöiden roolimalleja ja välittävät työyhteisön turvallisuuskulttuuria. Johdon vastuulla on päättäväisesti puuttua sovituisista käytännöistä poikkeaviin toimintatapoihin. (STM 2022, 28.)

4.2 Tiedon kulku

Tiedonkulku on tärkeässä roolissa potilaan hoidossa. Potilaiden hoitoon osallistuvat useiden ammattiryhmien edustajat. Viestinnän merkitys on lisääntynyt, koska terveydenhuollon

tietojärjestelmät ovat muuttuneet myös monimutkaisemmiksi. Hoitovastuun siirtymisellä tarkoitetaan tilannetta, jossa vastuu potilaan hoidosta siirtyy osittain tai kokonaan toiselle henkilölle tai ryhmälle väliaikaisesti tai pysyvästi. Siirtymävaiheissa hoitovastuu siirtyy raportoinnin avulla. Puutteet tärkeän tiedon välittämisessä voivat johtaa kohtalokkaaseen lopputulokseen. (Tamminen & Metsävainio 2015, 338.)

Asiakkaiden ja potilaiden hoidon turvallisuuden riski kohoaa etenkin hoidon ja asioinnin tason kohdissa, joissa vastuu siirtyy ammattilaiselta tai organisaatiolta toiselle. Potilaan näkökulmasta, esimerkiksi hoitopaikan vaihtuminen ja siihen liittyvät mahdolliset tiedonkulun puutteet, tuttujen ammattilaisten vaihtuminen ja epävarmuus tulevista vaiheista, voivat heikentää asiakkaiden ja potilaiden kokemaa turvallisuutta. (STM 2022, 25.)

Hoitovastuun siirtyminen koetaan yksisuuntaiseksi tiedon välittämiseksi, mutta on oikeasti monimutkainen tapahtuma. Kun hoitovastuuta siirretään ja annetaan raporttia, niin sen yhteydessä tehtävät hoitotoimenpiteet tai potilaan fyysiset siirtymiset, voivat haitata tiedonkulkua. Rakenteellisen viestinnän on arveltu parantavan viestinnän laatua. Hyvällä viestinnällä hoitovastuun siirtymisen yhteydessä on havaittu olevan merkittävää vaikutusta muun muassa hoitoajan lyhentymiseen. Vastuun siirtymiseen liittyy merkittäviä turvallisuusriskejä. Sitä voidaan kuitenkin pitää potilaan hoidossa ”tarkastuspisteenä”, jolloin tilannetta voidaan arvioida uudestaan. SBAR, jolle Suomessa käytössä oleva ISBAR- viestintätapa perustuu (Kuva 3), on eniten tutkittu muistisääntö terveydenhuollon viestinnässä. (Tamminen & Metsävainio 2015, 340.)

ISBAR- kiireetön tilanne	
1. Tunnista (identify)	<ul style="list-style-type: none"> Nimesi, ammatti, yksikkö Potilaan nimi, ikä, sosiaaliturvatunnus
2. Tilanne (situation)	<ul style="list-style-type: none"> Syy raportointiin
3. Tausta (background)	<ul style="list-style-type: none"> Nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot, ongelmat Allergiat Tartuntavaara/eristys
4. Nykytilanne (assessment)	<ul style="list-style-type: none"> Vitaalilintoiminnot Oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen
5. Toimintaehdotus (recommendation)	<ul style="list-style-type: none"> Ehdota esim. tarkkailun lisäämistä, toimenpidettä, siirtoa toiseen yksikköön, hoitosuunnitelman muutosta Kuinka kauan...? Kuinka usein...? Koska otan uudelleen yhteyttä...? Onko vielä kysyttävää? Olemmeko samaa mieltä?

Kuva 3. ISBAR:n runko raportoinnissa. (Suomen Potilasturvallisuusyhdistys 2014).

Päivystyspotilaan hoitovastuu saattaa muuttua useaan kertaan. Kun ensihoito tuo potilaan päivystyspoliklinikalle, myös hoitovastuu siirtyy päivystyspoliklinikan henkilöstölle. Potilaan luovutuksen yhteydessä ensihoito antaa sekä suullisen että kirjallisen raportin potilaasta.

Olisi hyvä järjestää niin, että ensihoito antaa raportin suoraan potilaan hoidosta vastaavalle hoitajalle. Ensihoidon kirjallinen raportti on laadittu ensihoitokertomukseen, joka tallennetaan potilaan tietoihin potilastietojärjestelmään sähköisesti. (Kuisma 2005, 44.)

Esimerkiksi hoitajien ja lääkäreiden työvuorojen vaihdot voivat altistaa potilaat virheille tiedon kulussa. Näissäkin siirtymätilanteissa hoitovastuu siirtyy raportoinnin avulla. Viestintä tapahtuu usein myös puhelimitse esimerkiksi hoitajan konsultoidessa lääkäriä tai hoitajan antaessa raporttia jatkohoitopaikkaan. Toimiva viestintä eri ammattiryhmien välillä on tärkeää. (Tamminen & Metsävainio 2015, 339.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja kehittämistehtävät

Kymsoten palvelustrategia vuosille 2021-2023 kiteytyy kolmeen painopisteeseen. Kymsote pyrkii tekemään palveluun pääsyn selkeäksi ja sujuvaksi, uudistamaan ja johtamaan palvelupolut tiedon ja analyysin pohjalta yhdessä henkilöstön ja kymenlaaksolaisten kanssa sekä uudistamaan työkulttuuria ja parantamaan henkilöstön vaikutusmahdollisuuksia ja avointa vuorovaikutusta. (Kymsote 2020, 11.)

Opinnäytetyö on kehittämistyö, jonka tarkoituksena on kehittää Ratamokeskuksen päivystyksen uusiin tiloihin potilaan hoitoprosessit yhdessä Ratamo- muuttotyöryhmän kanssa sekä laatia prosessikuvaukset kirjallisesti.

Kehittämistyön tavoitteena on, että hoitoprosessit ovat toimivia, käytännöllisiä ja kaikki mahdolliset asiat huomioidaan jo suunnitteluvaiheessa. Näin halutaan varmistua siitä, että toiminnalliset muutokset eivät kuormittaisi päivystyksen työntekijöitä liikaa, kun muutto uusiin tiloihin Ratamokeskuksen päivystykseen tapahtuu ja toiminta alkaa. Hyvin suunnitellut toimitavat parantavat myös potilasturvallisuutta.

Kehittämistyön tehtävät:

1. Tuottaa eri sairaaloiden päivystysten jo olemassa olevista potilaan hoitoprosesseista ideoita Ratamokeskuksen päivystyksen hoitoprosessien kehittämiseen
2. Tuottaa prosessikuvaukset hätätilapotilaan, tarkkailupotilaan ja fast track- potilaan hoitoprosesseista
3. Laatia potilaan hoitoprosessien kuvaaminen kirjallisesti

6 Kehittämistyön toteutus ja tulokset

6.1 Kehittämistyön taustaa

Kehittämistyö toteutettiin Kymsoten Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksen Ratamo- muuttoryhmän kanssa. Potilaiden hoitoprosessi koskettaa potilasta, mutta osana prosessia ovat hoitajat, lääkärit, sekä sihteerit. Muuttoa varten päivystykseen oli perustettu Ratamomuuttoryhmä, johon kuuluivat muuttovastaavat (2 sairaanhoitajaa päivystyksestä), päivystyksen sihteeri, päivystyksen esimiehiä ja lääkäreitä. Kehittämistyön tekijä oli toinen päivystyksen muuttovastaavista. Muuttovastaavien yksi tehtävä oli olla mukana kehittämässä Ratamokeskuksen päivystyksen prosesseja.

Taulukossa 1 on esitetty potilaan hoitoprosessien kehittämisen toteutusaikataulu. Syksyn 2021 aikana kerättiin eri sairaaloiden päivystysten prosessikuvaukset. Sen jälkeen suunniteltiin yhdessä työryhmän kanssa potilaiden hoitoprosessikuvauksia Ratamokeskuksen päivystykseen. Kun prosessikuvaukset olivat valmiit niin ne auki kirjoitettiin.

Kehittämistyön tehtävä	Toteutus
1 Tuottaa eri sairaaloiden päivystysten jo olemassa olevista potilaan hoitoprosesseista ideoita Ratamokeskuksen päivystyksen hoitoprosessien kehittämiseen	Benchmarking TEAMS- haastattelut ja kirjalliseen materiaaliin perehtyminen 5-10/21
	Tutkimusaineiston analyysi 8-11/21
2 Tuottaa prosessikuvaukset hätätilapotilaan, tarkkailupotilaan ja fast track- potilaan hoitoprosesseista	Potilaan hoitoprosessien kehittäminen 1-5/22
3 Laatia potilaan hoitoprosessien kuvaaminen kirjallisesti	Hoitoprosessien kuvaus 5/22

Taulukko 1. Kehittämistyön toteutus

Kehittämistyö tukee Kymsoten strategisia linjauksia ja kehittämishankkeita. Kymsoten tavoitteena on, että opinnäytetyöt tuottavat käytäntöön sovellettavaan tietoa ja toimintamalleja. Toiminnan muuttamiseen tarvitaan näyttöön perustuvaa tietoa ja perusteluja oman toiminnan ja päätöksenteon perustaksi. (Kymsote c.)

6.2 Hoitoprosessien benchmarking

Opinnäytetyön ensimmäisenä kehittämistehtävänä oli tuottaa eri sairaaloiden päivystysten jo olemassa olevista potilaan hoitoprosesseista ideoita Ratamokeskuksen päivystyksen hoitoprosessien kehittämiseen. Ideoiden tuottamisen menetelmäksi valittiin benchmarking. Ojasalon ym. (2014, 186) mukaan benchmarkingissa tutkitaan, kuinka toiset toimivat ja menestyvät. Benchmarkingissa vertaillaan omaa kehittämisen kohdetta toiseen kohteeseen eli opitaan toisilta ja kyseenalaistetaan oma toiminta. Kun muiden organisaatioiden hyviä käytänteitä halutaan käyttää omassa toiminnassa, ne joudutaan usein soveltamaan luovasti omaan organisaatioon sopiviksi. Tämä tarkoittaa uudenlaisen käytännön luomista. Menetelmä auttaa tunnistamaan oman toiminnan puutteet ja viat sekä asettamaan niiden kehittämiseen tähtäviä tavoitteita ja kehitysideoita. Benchmarking on hyvä menetelmä esimerkiksi organisaation laadun, tuottavuuden, toimintaprosessien ja työtapojen kehittämisessä. Tietoa hyvistä käytännöistä voidaan hakea myös erilaisista kirjallisista materiaaleista. (Ojasalo ym. 2014, 43- 44).

Kehittämistyössä ajatuksena oli tutustua eri sairaaloiden hoitoprosessikuvauksiin, joita toivottiin saatavan joko kirjallisina tai Teamsin kautta haastatteleamalla. Yritysvierailut Covid-19- pandemian aikana eivät olleet suositeltuja. Sähköpostitse lähestyttiin kuutta eri sairaalaa. Tutkimukseen haluttiin samankaltaisten päivystysten hoitoprosesseja. Kaksi sairaalaa vastasi myöntävästi, muut eivät vastanneet lainkaan. Sähköpostia muihin sairaaloihin lähetettiin muistutusmielessä, mutta vastausta ei saatu. Benchmarkingiin osallistui siis kaksi sairaalaa. Toisen sairaalan (A) hoitoprosessit olivat käytettävissä kirjallisessa muodossa ja toisen sairaalan (B) hoitoprosessit selvitettiin TEAMS- haastattelun avulla. Haastattelumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Ennen materiaalin keräämistä pyydettiin lupa niiden käyttöön suostumuslomakkeella (liite 1).

Teemahaastattelussa haastattelun aiheet ja teema-alueet oli ennalta määrätty. Haastattelun aihepiirit lähetettiin haastateltavalle etukäteen, jotta haastateltavalla oli mahdollisuus valmistautua ja hankkia tarvittavaa tietoa. (Eskola ym. 2015, 29.) Haastattelun runko laadittiin niin, että kyseisen sairaalan päivystyksen potilaiden hoitoprosessin eri vaiheet ja toimijat tulevat kuvatuksi (liite 2). Haastattelut Teamsin kautta tallennettiin.

Taulukoissa 2 ja 3 on kuvattuna benchmarkattujen sairaaloiden (sairaala A ja sairaala B) potilaan hoitoprosessien kuvaukset. Benchmarkingissa haluttiin erityisesti selvittää hätätilapotilaan, tarkkailupotilaan sekä aulapotilaan (fast track) prosessia, triagen toimenkuvaa sekä ensihoidon tuoman potilaan ensiarvion tekemistä päivystyksessä, viestintää päivystyksessä sekä MET- ryhmän toimintaa.

<p>Hätätilapotilaan prosessi</p>	<p>Triagehoitaja A tekee virvepuhelimella hoitoryhmän kutsun ja käynnistää hoitoryhmän toiminnan saatuaan potilaasta ennakoilmoituksen. Hoitoryhmä kokoontuu hätätilahuoneeseen, jossa triage kertoo ennakkotiedot potilaasta. Potilas saapuu ensihoidon ennakoilmoituksen perusteella hätätilahuoneeseen. Hätätilapotilas voi tulla myös triage B:n kautta (joka arvioi käveleviä potilaita) ja silloin triage B tekee virvellä hoitoryhmän kutsun. Mikäli triage A on paikalla työtä voi jakaa.</p>
<p>Tarkkailupotilaan prosessi</p>	<p>Potilaat tulevat tarkkailualueelle ensihoidon tuomana tai B-triagen arvioimana, mutta myös aulaprosessin sairaanhoitajan vastaanotolta. Ensihoito tuo potilaan ja määrittää ensimmäisen triageluokan (TULOTRIAGE). Triage auttaa tarvittaessa ensihoitoa triageluokan määrittelyssä sekä potilaan sijoittamisessa oikeaan paikkaan tarkkailualueella. Sihteeri kirjaa potilaan sisään ja tulostaa rannekkeen. Ensihoito tunnistaa potilaan ja kiinnittää rannekkeen potilaaseen. Vastaanottava hoitaja kuuntelee ensihoidon raportin, ottaa potilaan vastaan ja kirjaa tiedot. Potilas on prosessissa "ensihoito" niin kauan kuin potilas on vastaanotettu. Sen jälkeen triage A lukee hoitajan kirjaukset ja päättää kuka lääkäri hoitaa potilasta. Epäselvissä tilanteissa triage menee katsomaan tarkkailuun potilaan. Mikäli potilaan vointi on akuutti, vastaanottava hoitaja hakee lääkärin paikalle ja vaihtaa prosessin oikeaksi, tämän jälkeen määrittellään re-triage.</p> <p>Sairaanhoitajan vastaanotolta tulevan potilaan ensimmäisen triageluokan määrittää triage B ja vastaanottava hoitaja re-triagen.</p>
<p>Aulapotilaan prosessi</p>	<p>B-triage tekee ensiarvion (TULOTRIAGE) kaikille pääovesta tuleville potilaille ja määrittelee oikean hoitoprosessin. Potilaat ilmoittautuvat sisääntuloaulassa ilmoitusautomaatille, josta saavat numeron. Aulaprosessiin siirtyvät triagelta odotusaulaan. Potilas siirretään ilmoittautumisautomaatissa oikeaan jonoon: sairaanhoitajalle, lääkärille, kuvantamiseen, näytteenottoon, sihteerille, synnytykseen. Aulaprosessissa hoidetaan minkä tahansa eri erikoisalan potilaita, jotka voivat vointinsa perusteella odottaa</p>

	aulassa. Aulaprosessissa sairaanhoitaja ja toimenpidehoitaja hoitavat potilaita yhdessä. Toimenpidehoitajana työskentelee pääsääntöisesti kipsaustaitoinen hoitaja, kipsimestari tai kipsaukseen erikoistunut perus- tai sairaanhoitaja. Sairaanhoitajat tekevät potilaille hoidontarpeen arvioinnin.
Triagen tekemä ensiarvio ensihoidon tuomista potilaista	Kts. tarkkailupotilaan hoitoprosessi- kohta.
Viestintä päivystyksessä	Virvepuhelimet
MET- ryhmän toiminta	Päivystyksessä ei ole MET- toimintaa vaan MET-ryhmä toimii sairaalan teho-osastolta käsin.

Taulukko 2. Sairaala A:n potilaan hoitoprosessit

Hätätilapotilaan prosessi	Tarkkailun puolella oleva triage on nimeltään vastuuhoitaja/shokkihoitaja. Shokkihoitaja ottaa vastaan ennakoilmoitukset virven kautta ja kokoaa tiimin. Shokkihoitaja voi tarvittaessa mennä itse pariin tiimiin. Ennakoissa tiimin kokoon vaikuttaa potilasmäärä ja tilanne sekä tulevan potilaan case (montako tarvitaan). Ennakoissa lääkäri mukana kuuntelemassa ensihoidon raporttia ja statustaa potilaan. Lääkäri ei osallistu muuten kuin ennakoissa potilaan tulotilanteen arviointiin. Hoitaja ottaa potilaan vastaan ja määrittää triageluokan vastaanottaessaan.
Tarkkailupotilaan prosessi	Ambulanssilla tulevista potilaista triagen tekee ensihoito, tarvittaessa yhdessä shokkihoitajan kanssa. Ei- ennakot menevät tiimeihin (SIS/KIR) ja tiimi tai hoitaja määrittää potilaalle paikan ja hoitaa alkuasiat. Potilaan ottaa vastaan hoitaja, jolla on mahdollisuus ottaa potilas vastaan. Hoitaja määrittää triageluokan.
Aulapotilaan prosessi	Triagehoitaja yhdessä sihteerin kanssa ottaa vastaan ilmoittautumisen. Triage tekee hoidon tarpeen arvioinnin sekä ohjaa potilaan oikeaan hoitoprosessiin.
Triagen tekemä ensiarvio ensihoidon tuomista potilaista	Tässä päivystyksessä varsinainen triagehoitaja on aulaprosessissa. Tarkkailualueella on shokkihoitaja, joka ei tee varsinaista triagea.

Viestintä päivystyksessä	Viestintä tapahtuu virvepuhelinten avulla. Käytössä oma sisäinen kanava, koko talon kanava sekä ensihoidon kanava. Hoitajilla, sihteereillä ja lääkäreillä on virvepuhelimet mutta lääkärit eivät käytä virveä kovin mielellään.
MET- ryhmän toiminta	Päivystyksessä ei ole MET- toimintaa vaan MET-ryhmä toimii sairaalan teho-osastolta käsin.

Taulukko 3. Sairaala B:n potilaan hoitoprosessit

6.3 Kehittämisprosessin kuvaus

Tarkoitus oli kehittämistyön tekijänä esitellä muuttoryhmälle muiden sairaaloiden erilaiset toimintatavat erilaisissa hoitoprosesseissa. Muuttoryhmä oli tarkoitus perehtyä muiden sairaaloiden päivystysten prosesseihin ja hyvistä toimintatavoista ideoida yhdessä työryhmän kanssa Ratamokeskuksen päivystykseen uusia toimintamalleja. Kehittämisideoita oli tarkoitus työstää myös erilaisissa pienryhmissä, joissa voi olla mukana muuttoryhmän ulkopuolisia asiantuntijoita, kuten triagehoitajia.

Potilaiden hoitoprosesseja mietittiin Ratamo- muuttoryhmässä useissa palavereissa, joissa oli vaihteleva kokoonpano. Aikataulullisten asioiden takia benchmarking aineiston kooste lähetettiin työryhmässä olevalle lääkärille sähköpostitse, jotta sitä hyödynnettäisiin hoitoprosessien kehittämispalavereissa Ratamo- muuttoryhmässä. Työryhmässä mietittiin erilaisia toimintamalleja ja sitä kehittävätkö ne toimintaa potilaan ja hoitotyöntekijöiden kannalta paremmiksi ja sujuvammiksi. Suunnitelmavaiheessa mietittiin myös, kuinka eri toimijat sijaitsivat uudessa päivystyksessä. Suunnitelmia hahmoteltiin pohjapiirustusten ja lego-ukojen avulla.

Muuttoryhmässä todettiin, että aiemmissa, käytössä olevissa potilaan hoitoprosesseissa oli paljon hyvää, eikä koko potilaan hoitoprosessia ollut tarkoitus muuttaa. Se, mihin erityisesti haluttiin muutosta, oli päivystyksen triagen työnkuva, joka kaipasi selkiyttämistä. Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksessä triagen työnkuva oli hyvin moninainen ja sisälsi paljon erilaisia asioita. Vastuulääkäri, kaksi triagehoitajaa päivystyksessä sekä sihteeri miettivät pienryhmässä triagehoitajan sekä sihteerin tehtäviä ja toimenkuvaa Pohjois-Kymen sairaalan päivystyksessä ja kuinka sitä haluttiin muuttaa/parantaa. Triagehoitajan tehtävät ja toimenkuva listattiin ja sen perusteella mietittiin, mitä toimintoja ja tehtäviä olisi mahdollista jakaa muille ammattiryhmille, esimerkiksi sihteereille ja sairaalahuoltajille.

Myös muun hoitohenkilökunnan työtehtävien sisältö pyrittiin selkiyttämään. Kaskesin (2019, 65) mukaan työprosessien kehittämisessä on erityisesti kiinnitettävä huomiota ns. muun työn osuuden vähentämiseen. Näin jää aikaa enemmän keskittyä potilaan hoitoon liittyviin asioihin.

Prosessikuvaukset auttavat hallitsemaan kokonaisuuksia, jäsentämään prosesseja ja toimijoiden vastuita sekä löytämään toiminnan tehostamisen tarpeita. Prosesseihin tutustuminen, yhteistyön suunnittelu ja toteuttaminen organisaation sisällä ja yli organisaatorajojen helpottuu, kun prosessit on kuvattu yhtenäisellä tavalla. (JUHTA 2008, 1.)

Niiniviidan (2017, 111) mukaan useissa tutkimuksissa on todettu, että potilaan hoitoprosessin kehittämisen ja arvioinnin edellytyksenä on prosessien kirjallinen kuvaaminen ja prosessien eri vaiheiden nimeäminen. Prosessien auki kirjoittaminen auttaa henkilöstöä kokonaiskuvan hahmottamisessa sekä tunnistamaan roolinsa sekä vastuunsa potilaan prosessissa.

Toiminnan jatkuvuuden ja turvallisuuden kannalta on olennaista, että muutokset kirjataan myös kaikkiin sovellettaviin järjestelmiin, esimerkiksi päivittäisohjeisiin, perehdytysoppaaseen ja prosessikuvauksiin, joissa yksikön toimintaa kuvataan. (Kallankari 2019, 125).

Kuten Vuokko ym. (2011,16) kuvaa hyväksi toimintatavaksi; toiminnan kuvausta tarkennettiin auki kirjoittamalla prosessien uudet toimintatavat; työvaiheet, toiminnot ja niistä vastuussa olevat toimijat. Toimintaa kuvattiin yksityiskohtaisesti. Kuvauksessa tarkasteltiin prosessin jakautumista toiminnoiksi, tehtäviksi ja toimenpiteiksi. Toiminnankuvauksessa tunnistettiin alku- ja lopetuskohta (potilas saapuu päivystykseen ja potilas lähtee päivystyksestä pois) sekä tuotos suhteessa toiminnan kokonaisuuteen. Toiminnalliseen kuvaukseen sisällytettiin prosessin kannalta oleelliset asiat selkeästi ja johdonmukaisesti. Prosessin kulku kuvattiin sanallisen työkulun kuvauksena ja myöhemmin tarkoituksena kuvata prosessi prosessikaaviona.

6.4 Hoitoprosesseihin tehdyt kehittämismuutokset

Suurin muutos oli triagen ja AKU1- lääkärin yhteistyön lisääntyminen ensihoidon sekä paari/invataksien tuomien potilaiden ensiarvion tekemisessä, heidän työpisteensä sijoittuminen vierekkäin ambulanssikäytävälle, hoitoryhmän hoitajien työparityöskentely, työyhteisön kommunikointi virven kautta sekä eri roolien työtehtävien selkiyttäminen. Fast track-potilaan hoitoprosessin nimi muuttui aulaprosessiksi.

Potilaan tullessa ensihoidon tai paari/invataksin tuomana, triagen tehtävänä oli tehdä ensiarvio ja kirjata triagerivi Lifecare- potilastietojärjestelmään potilaan tietoihin. Paari/invataksilla tulevalle potilaalle ensiarviota ei ole etukäteen tehty, joten triagen tehtävänä on tehdä

se. Mahdollisesti potilaasta on soitettu etukäteen joko Päivystysapuun tai päivystyspoliklinikan viranomaispuhelimeen, jolloin puhelutiedot voivat auttaa ensiarvion tekemisessä. Ensiarvion tekeminen on päivystyspoliklinikan vuorovastaavana olemisen lisäksi triagen ensisijainen tehtävä.

Ensihoidon tuomalle potilaalle oli ensiarvio tehty ensihoidon toimesta, mutta päivystykseen tultaessa oli tehtävä uusi. Tämä arvio usein perustui MerlotMedin kautta nähtävään ensihoitokaavakkeeseen. Ensihoidon tuomien potilaiden kohdalla mietittiin, voisiko ensiarvion tekemisen tehdä vastaanottava hoitaja. Tämä säästäisi ensihoidon tuomien potilaiden suhteen päällekkäistä kirjaamista, koska triagen tekemä kirjaus pohjautuu pitkälti ensihoidon kertomukseen. Ongelma tässä on se, että kaikki hoitajat eivät ole laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöjä, vaan päivystyksessä työskentelee lähihoitajia ja opiskelijoita, joilla ei ole oikeutta tehdä hoidon tarpeen arviointia.

Ratamokeskuksen päivystyksessä triage ja AKU1- lääkäri tekevät nopean ensiarvion potilaan tullessa päivystykseen ensihoidon tuomana perehdyttyään MerlotMedin kautta ensin ensihoidon kertomukseen. Tässä kohdassa ei ole tarkoitus, että ensihoito antaa raporttia, mutta tarvittaessa triage tai AKU1- lääkäri voivat kysyä muutaman tarkentavan kysymyksen, jotta oikeanlaiset laboratoriokokeet ja röntgenpyynnöt tulee tilattua. Triage tekee tulo-vaiheen triageluokituksen. Tämän jälkeen ensihoito raportoi päivystyksen hoitajalle potilaasta. Tärkeää on, että potilasta hoitava hoitaja saa raportin ensihoidolta (Kuisma 2005, 44). Kiireellisen potilaan hoidossa hoitovastuu siirtyy useita kertoja, jonka vuoksi on erittäin suuri mahdollisuus tiedonkulussa tapahtuville virheille (Tamminen & Metsävainio 2015, 338). Raportti saattaa sisältää tietoa esimerkiksi kotioloista, kotilääkityksen onnistumisesta tai muusta, joka ei varsinaisesti liity potilaan päivystyksen tulon syyhyn, mutta on merkityksellistä jatkoa ajatellen. Hoitajat ja lääkärit ajattelevat eri tavalla ja ehkä pitävät eri asioita merkityksellisinä, joten lääkärin ja hoitajan antama raportti voi olla hyvinkin erilainen.

Aiempien, käytössä olleiden hoitoprosessien sisällöistä ja toiminnoista poimittiin käytäntöjä, joihin tarvittiin korjaavaa muutosta. Hoitoryhmän hoitajilla oli vanhassa päivystyksessä ollut omat potilaat. Hoitajan omat potilaat saattoivat sijaita eri puolilla päivystystä, mikä teki toiminnasta ajoittain sekavaa ja hoitajan aikaa meni kulkemiseen. Ratamokeskuksen päivystyksessä on tarkkailupotilaille yhteensä 20 seurantapaikkaa, jotka sijaitsevat kahdella eri käytävällä. Huoneet ovat yhden hengen lasiseinäisiä huoneita. Lisäksi on eristyshuone, hättälahuone ja 2 toimenpidehuonetta. Ratamokeskuksen päivystyksessä hoitoryhmän hoitajilla on edelleen omat potilaat, mutta hoitajat muodostavat työparin kummallakin käytävällä. Tämä helpottaa yhteistyötä ja tarvittaessa avunsaantia. Lisäksi työpari on perillä toisen hoitajan potilaista, joten esimerkiksi MET- hälytyksen tai ruokatauon ajan poissaolevan

hoitajan potilaiden seuranta turvataan. Muutoin työpisteet Ratamokeskuksen päivystyksessä ovat hajallaan, mutta kommunikoinnin tueksi hoitohenkilökunnalle, lääkäreille ja sihteerille hankittiin viranomaispuhelimet eli virvet.

Vanhassa päivystyksessä hoitoryhmän hoitajat jaettiin vuoron alussa STROKE-tiimiin ja MET-tiimiin. Tiimien kokoonpano oli nähtävillä päivystyksen hoitajien huoneen seinällä, jotta jokainen tiimiin kuuluva hoitaja pystyi asennoitumaan omaan tehtäväänsä ja tiimit olivat kaikkien nähtävillä ja tiedossa. STROKE-tiimin triage hälytti AVH-potilaan hoitoon ja MET-tiimi hälytettiin usein lähinnä osastolta tulevan MET-hälytyksen seurauksena osastolle joko potilaan voinnin huononemisen vuoksi tai elvytykseen. Ongelmana tässä oli se, että STROKE-hälytyksiä saattoi tulla useampia vuoron aikana ja MET-hälytyksiä ei lainkaan. Työtaakka jakaantui epätasaisesti.

Ratamokeskuksen päivystyksessä jaettiin hoitoryhmän hoitajat MET1- ja MET2-ryhmään. MET-ryhmä muodostettiin niin, että yhteen MET-ryhmään tulee hoitaja molemmilta tarkkailualueen käytäviltä. Triagehoitaja pystyy tarvittaessa hälyttämään jommankumman ryhmän hälytykseen, potilaan työdiagnoosista riippumatta. Lisäksi MET-ryhmää tullaan hyödyntämään myös tarvittaessa päivystykseen tulevien A- ja B-triage-potilaiden hoidossa. Tutkimuksen aineistossa olevissa päivystyksissä ei ollut MET-toimintaa vaan näissä sairaaloissa MET-toiminta oli keskitetty teho-osaston hoitajille. Taulukossa 4 on kirjallinen kuvaus Ratamon muuttoryhmän tuottamista muutoksista potilaan hoitoprosesseihin.

Ratamokeskuksen päivystyksen toimintamuutokset
<p>Hätätilapotilaan prosessi</p> <p>Triage saa ennakoilmoituksen ensihoidolta virveen. Triage tekee hälytyksen MET-ryhmälle sekä lääkärille virvepuhelimella. Myöhemmässä vaiheessa myös röntgenissä ja laboratoriossa tarkoitus ottaa virvepuhelin käyttöön, jolloin hälytys menee myös näille toimijoille.</p>
<p>Tarkkailupotilaan prosessi</p> <p>Potilas tulossa päivystykseen ensihoidon tuomana. MerlotMedin kautta triage näkee ensihoidon kertomuksen ja määrittelee potilaan sijoituksen + hoitajan. Triage ilmoittaa tulevasta potilaasta virvellä potilaan hoitajalle. Potilaan tullessa triage tekee ensiarvion + kirjaa hoitokertomukseen triagefraasin. Triage tilaa tarvittavat laboriokokeet, tarvittaessa konsultoi niistä AKU1-lääkäriä. AKU1-lääkäri tekee röntgenpyynnön tarvittavista kuvauksista.</p>
<p>Aulapotilaan prosessi</p> <p>Akseli-ohjelman käytön monipuolistuminen niin, että sairaanhoitajan vastaanoton hoitaja pystyy siirtämään potilaan toimenpidehoitajalle, joka pystyy myös kutsumaan potilaan ohjelman kautta vastaanottohuoneeseen.</p>

Triagen tekemä ensiarvio ensihoidon tuomista potilaista

Triagen työparina työskentelee AKU1- lääkäri. Ensiarvion tekee triage kuten ennenkin ja kirjaa PÄIVYS- lehdelle triagefraasiin tarvittavat tiedot. Nyt triage tilaa potilaalle heti tullessa laboratoriokokeet, tarvittaessa konsultoi niistä AKU1- lääkäriä.

Viestintä päivystyksessä

Ratamon päivystyksessä hoitajien työpisteet sijaitsevat hajallaan. Esimerkiksi tarkkailualueen hoitajat sijaitsevat pareittain kahden tarkkailukäytävän päädyissä. Triage ja AKU 1- sekä FT- lääkäri sijaitsevat ambulanssiovien läheisyydessä käytävällä. Toimenpidehoitaja melko etäällä omassa työhuoneessa sekä sairaanhoitajan vastaanoton hoitajat ja infektiohoitaja omassa huoneissaan. Muilla lääkäreillä on yhteinen huone. Jokaiselle hoitajalle, lääkärille sekä sihteerille tuli oma virvepuhelin. Lisäksi jokaisella on myös työpuhelin. Virven kautta pystyy tiedottamaan yleisesti sekä esimerkiksi kutsumaan lääkärin paikalle tiettyyn huoneeseen. Toiminnan alkaessa virvessä oli vain yksi päivystyksen sisäinen ryhmä. Myöhemmin, kun virven käyttö on tumpaa, tarkoitus on tehdä eri ryhmiä, jolloin virveviestintä kohdistuu tarkemmin eikä häiritse muita. Lisäksi myöhemmin myös laboratorio ja röntgen ottavat virvet käyttöönsä, jolloin he saavat tiedon esimerkiksi avhpotilaan ennakkohälytyksistä virven kautta.

MET- ryhmän toiminta

Ratamon päivystyksessä tarkkailualueen 4 hoitajaa on jaettu kahteen ryhmään, MET 1 ja MET 2. Triage jakaa AVH- potilaiden hälytykset ja ennakot päivystyksessä sekä MET- hälytykset osastolta tasaisesti tilanteen mukaan MET-ryhmille. MET- hälytys osastolta tulee lankapuhelimeen, ja jos siihen ei vastata, hälytys siirtyy soitonsiirtona triagen virvepuhelimeen. Triage hälyttää MET- ryhmän virvepuhelimella, myös lääkärin. MET- ryhmään kuuluvat hoitajat ovat eri käytäviltä, jolloin MET- hälytykseen lähtevän potilaat jäävät saman tarkkailukäytävän toisen hoitajan tarkkailtavaksi. Myöhemmässä vaiheessa myös akuuttiosaston hoitajaa voi käyttää MET- ryhmässä tilanteen mukaan.

Taulukko 4. Ratamokeskuksen päivystyksen hoitoprosesseihin tehdyt muutokset

Aiemmin hoitajille kuuluivat hoitajien työn lisäksi esimerkiksi hoitotarvikkeiden ja muiden tavaroiden täyttäminen, ajanvarauksien tekeminen mm. kipsipoliklinikalle, potilaan kuljettaminen osastolle/röntgeniin ilta-aikaan. Triagehoitajalle usein kasaantui sekalaisia tehtäviä kuten päivystyksen keittiötarviketilauksen tekeminen, uusien päivystävien lääkäreiden avain- ja tunnusasiat sekä muut sekalaiset asiat. Taulukossa 5 on koottu muita muutoksia, jotka tukevat potilaan hoitoprosesseja Ratamokeskuksen päivystyksessä.

Hoitotarvikkeiden täyttäminen kärryihin	Aiemmin hoitajat täyttivät hoitotarvikkeet kaappeihin. Nyt logistiikalta hankittiin täyttöpalvelu, joka täyttää kärryihin varastotarvikkeet. Muut tarvikkeet, jotka eivät kuulu täyttöpalvelun piiriin, hoitajat täyttävät edelleen.
---	--

Seurantamonitorit kaikkiin potilaspaikkoihin	Pohjois-Kymen sairaalassa seurantamonitoreja oli vain joillakin paikoilla ja joskus ne loppuivat kesken. Nyt, kun jokaisella paikalla on monitori, potilaiden sijoittelu helpottui ja potilasturvallisuus parantuu.
Päivystyksessä kaikki muut potilashuoneet, paitsi hätätilahuone, ovat yhden hengen huoneita.	Eristystä tarvitsevien potilaiden sijoittelu helpottui. Muiden potilaiden altistumisen riski pienenee.
Siivous	Kun potilas poistuu, potilashuoneessa olevan siivoustägin avulla sairaalahuoltajille viestitään huoneen siivouksesta (joko normaali siivous tai infektioksiivous). Helpompi tapa kuin etsiä sairaalahuoltaja tai soittaa puhelimella. Lisäksi infektioksiivous tulee paremmin huomioitua, jos ei ole jo muistettu kertoa, mikä eristys huoneessa ollut. Toiminnan aloituksen jälkeen tulossa myös monitori, johon päivittyy, mitkä potilashuoneet varattuja, mitkä odottavat siivousta ja mitkä ovat valmiita.
Keittiötarviketilaus	Aiemmin päivystyksen keittiötarviketilauksen teki triage. Nyt tämä tehtävä siirtyi sairaalahuoltajalle.
Avainten luovutus	Aiemmin triage luovutti avaimet esimerkiksi päivystäjille, mutta tämä tehtävä siirtyi vartijoille.
MET	Aiemmin MET- hälytys osastoilta tehtiin kännykkänumeroon (xxx xxxxxxx), mutta nyt ohjelmointiin lyhyempi ja helpommin muistettava MET- hälytysnumero 4444.
Potilaskuljetukset	Vahtimestareiden työaika pidennetty niin, että he hoitavat kuljetukset arkisin 7-21 ja viikonloppuisin 8-18. Yövuorossa sairaalahuoltajat kuljettavat potilaat osastolle. Muina aikoina hoitajat kuljettavat potilaita itse.
Ajanvaraukset	Sihteeri tekee potilaille ajanvaraukset. Lääkärit tekevät pyynnön ajanvarauksesta "Määräys"- osioon, jonka sihteerit toteuttavat.

Taulukko 5. Muut Ratamopäivystykseen tehdyt muutokset, jotka tukevat potilaan hoitoprosesseja

6.5 Hoitoprosessien kirjalliset kuvaukset

Ratamokeskuksen päivystyksessä on yksi triage. AKU1- lääkäri on vastuulääkäri, muut lääkärin merkitään AKU2, AKU3 jne., lisäksi on FT (fast track)- lääkäri, joka tutkii aulapotilaat eli kävelevät, omalla kyydillä tulleet potilaat.

Päivystyksessä potilaan ilmoittautuminen tehdään Päivystysmonitorille. Päivystysmonitori on päivystykseen kehitetty toiminnanohjausjärjestelmä, joka on korvannut ajanvarauskirjat. Päivystyksessä on käytössä Lifecare- potilastietojärjestelmä, kuten vanhassakin päivystyksessä. Päivystyksen hoitaja tekee kirjaukset PÄIVYS- lehdelle. Rakenteellisen kirjauksen apuna hoitajat käyttävät erilaisia fraaseja. Triage kirjaa yleensä triagefraasilla, tarkkailun hoitajat perustiedot- fraasilla, sairaanhoitajan vastaanoton hoitajat triagefraasilla, toimenpidehoitaja kevyt- fraasilla tai hoitotyön toiminnot- fraasilla. Päivystyksen lääkärit kirjaavat AKU- lehdelle, mutta röntgenkuvauspyynnöt tehdään RADI- lehdelle. Henkilökunnan päivittäinen sijoitus näkyy hoitajien huoneen seinällä olevalla valkotaululla.

6.5.1 Aulapotilaan prosessi

Aulassa työskentelee klo 8-22 kaksi sairaanhoitajan vastaanottoa pitävää hoitajaa sekä FT- lääkäri. FT- lääkäri työskentelee samalla käytävällä AKU1- lääkärin kanssa. Lisäksi sairaanhoitajan vastaanottoa pitää infektiohoitaja, joka tarvittaessa konsultoi infektiolääkärinä (AKU3). Aulaprosessissa työskentelee myös toimenpidehoitaja.

Potilas voi saapua päivystykseen omalla kyydillä tai taksilla. Potilas saapuu päivystykseen niin sanotun kävelevien potilaiden ovien kautta ja ilmoittautuu akseli- ilmoittautumisautomaatilla. Akselissa potilas valitsee puhtaan tai infektiopuolen oireidensa mukaan. Ilmoittautuminen tapahtuu KELA- kortin avulla, mutta on mahdollista ilmoittautua myös ilman KELA- korttia. Akselin valikot ovat: ilmoittautuminen päivystykseen, hätätila, infektio ja neuvonta.

Potilas odottaa odotustilassa omaa vuoroaan, kunnes hoitaja kutsuu hänet sairaanhoitajan vastaanottohuoneeseen Akseli- järjestelmän kautta. Hoitaja kirjaa potilaan Päivystysmonitorille. Jos potilas on soittanut Päivystysapuun (116117), hänet on mahdollisesti laitettu jo Päivystysmonitorille ”tuleviin potilaisiin”.

Sairanhoitaja selvittää potilaan tulosityn ja laittaa hänet aluksi SHVO- prosessiin ilmoittautumisessa. Myös henkilötiedot tarkistetaan. Hoitaja käyttää hoidon tarpeen arvioissa Kymsoten triageohjetta. Hoitaja kirjaa teksti PÄIVYS- lehdelle triage- fraasia käyttäen. Sairanhoitajalla on käytössään pika-crp, pika-Hb- vierilaitetestit. Jos potilaan oireet ovat selkäläiset, että potilaan voi hoitaa sairaanhoitajan vastaanottokäyntinä, hoitaja voi hoitaa potilaan itsenäisesti ja tarvittaessa konsultoida lääkärinä.

Jos potilaan oireet vaativat lääkärin vastaanottoa, lääkäri pyydetään huoneeseen. Lääkäri tulee tutkimaan potilaan vastaanottohuoneeseen, antaa tarvittavat ohjeet ja tarvittaessa määrää laboratoriokokeet tai röntgentutkimuksia. Hoitaja tilaa määrättyt laboratoriotutkimukset kirjaa tutkimuksia tilatessa laboratoriotilauksen lisätietokohtaan Akselin vuoronumeron. Potilasta ohjataan säilyttämään Akseli- numeron niin kauan, kun potilasta hoidetaan aulapotilaana. Jos lääkäri on varattuna, eikä pääse paikalle tutkimaan potilasta, potilaan voi laittaa Akselissa tauolle ja kutsua potilaan tutkimushuoneeseen uudestaan, kun lääkäri pääsee paikalle. Lääkärin tutkimien potilaiden prosessi vaihdetaan Lifecaressa YLE- prosessiin.

Potilaan voi siirtää Akselin kautta toimenpidehoitajan jonoon. Myös SHVO- prosessin potilaita voi laittaa toimenpidehoitajalle esimerkiksi virtsanäytettä varten, jos LÄMÄ- hoitaja (reseptihoitaja) saa itse kirjoitettua reseptin potilaalle, tai pieniä toimenpiteitä vaativat potilaat, jotka toimenpidehoitaja saa hoidettua omatoimisesti.

Infektiohoitajat tekevät samaan tapaan potilaan vastaanottoa kuin muutkin sairaanhoitajat aulassa. Päivystykseen ohjataan kaikki tarttuviksi oletettuja infektioitauteja sairastavat potilaat Päivystysavun (116117) tai terveystasemien ajanvarausnumeron kautta. Puhelimitse yhteyttä ottaneet potilaat on kirjattu Päivystysmonitorilla tuleviin potilaisiin. Päivystyksen sairaanhoitaja tutkii potilaat ja tarvittaessa konsultoi ensisijaisesti AKU3- lääkäriä, muulloin voi konsultoida myös muita lääkäreitä.

Sairaanhoidon vastaanottoa pitävät sairaanhoitajat ja toimenpidehoitaja hoitavat potilaita yhdessä. Myös infektiohoitajan kanssa tehdään yhteistyötä. Toimenpidehoitajana työskentelee pääsääntöisesti kipsaustaitoinen hoitaja, arkipäivisin virka-aikaan voi tarvittaessa konsultoida kipsipoliklinikan hoitajaa kipsausasioissa. Hoidontarpeen arvion tekeminen on sairaanhoitajan (laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö) tehtävä.

Jos potilas siirtyy aulasta tarkkailupotilaaksi, potilas kuitataan Akselissa valmiiksi, potilas siirretään triagehoitajan nimelle ja kerrotaan virvellä triagelle siirtyvästä potilaasta. Triage katsoo potilaalle paikan ja hoitajan. Potilaalle laitetaan Medanets- tunnistusranneke.

6.5.2 Tarkkailupotilaan hoitoprosessi

Tarkkailualueella työskentelee neljä hoitajaa, jotka jakautuvat kahteen hoitoryhmään: hoitoryhmä 1 (hoitaja 1A ja 1B) ja hoitoryhmä 2 (hoitaja 2A ja 2B). Lisäksi apuna on välivuoron hoitaja (C/Ö- hoitaja), joka auttaa, joka auttaa siellä missä tarvitaan. Hoitoryhmien hoitajille on työpisteet käytävien 1 ja 2 päässä. Tarvittaessa hoitajien kansliaa voi käyttää esimerkiksi raporttia soittaessa. Tarkkailupotilas voi tulla päivystykseen ensihoidon tuomana, inva/paaritaksilla tai omalla kyydillä aulaprosessin kautta.

6.5.2.1 Ensihoidon tuoma potilas

MerlotMedin kautta sihteeri sekä triagehoitaja saa etukäteen tiedon ensihoidon päivystykseen kuljettamasta potilaasta. Sihteeri kirjaa potilaan Päivystysmonitorille, laittaa arvioidun tuloajan monitorille sekä tulosta Medanets- potilasrannekkeen. Triage ja AKU1- lääkäri tutustuvat etukäteen ensihoidon kirjauksiin ensihoitokertomuksessa ja tarvittaessa potilaan taustatietoihin. Triage määrittää alkutietojen mukaan hoitoprosessin (AKU/YLE), potilaalle paikan päivystyksessä sekä hoitoryhmän ja hoitajan. Triage ilmoittaa hoitoryhmälle/hoitajalle tulevasta potilaasta sekä arvioidusta tuloajasta virven kautta.

Potilaan saapuessa päivystykseen ensihoito hakee sihteeriltä potilasrannekkeen. Ensihoitajat tunnistavat potilaan ja kiinnittävät potilasrannekkeen potilaaseen. Triage ja AKU1 tekevät potilaasta nopean ensiarvion ambulanssiaulassa ja kysyvät mahdolliset tarkentavat kysymykset. Triage kirjaa ensiarvion Lifecaren PÄIVYS- lehdelle triagefraasilla, johon tulee potilaan tulosyy, mistä potilas tulee ja millä, tuloteksti, määrittää triageluokituksen, kirjaa ensihoidon antamat NEWS- pisteet ja yhdistää ensihoidon ensihoitokertomuksen PÄIVYS- lehdelle. Triage tilaa laboratoriokokeet, tarvittaessa konsultoi niistä AKU1- lääkäriä. AKU1 tekee tarvittaessa röntgentutkimuspyynnöt RADI- lehdelle. Myös muita lääkäreitä voi konsultoida, jos AKU1- lääkäri ei ole paikalla.

Ensihoito vie potilaan triagen määrittelemälle tarkkailupaikalle ja antaa raportin hoitavalle hoitajalle. Vastaanottava hoitaja ottaa potilaan vastaan. Hoitaja avaa Lifacaren PÄIVYS- lehdelle perusfraasin, haastattelee potilaan ja selvittää:

- potilaan allergiat
- potilaan perussairaudet
- potilaan eristystarpeen
- potilaan normaalin toimintakyvyn
- omaisten tietoisuuden siitä, että potilas on tullut päivystykseen
- potilaan asumiseen liittyvät asiat: asuuko yksin vai jonkun kanssa, käykö kotihoito tai onko muita palveluja käytössä, onko alaikäisiä lapsia tai kotieläimiä
- potilaan tulovaiheen vointi/oireet
- Hoitaja avaa Lifacaren kuumekurvan ja ottaa potilaan vitaalit, EKG, PLV ym. Vitaa- lien kirjauksessa voi käyttää Medanets- sovellusta puhelimesta, joka siirtää arvot kuumekurvalle ja ohjelma laskee tulovaiheen NEWS- pisteet automaattisesti. Jos

hoitaja laittaa arvot manuaalisesti kuumekurvalle, NEWS- pisteet pitää itse laskea ja merkitä.

- Hoitaja tarkistaa kotilääkityksen ja kuka siitä huolehtii. Lääkelistan ajantasaisuus merkintä tehdään lääkelistalle. Jos lääkitystä ei tarkistamaan, merkitään se selkeästi PÄIVYS- lehdelle kotilääkitys- kohtaan.
- Hoitaja laittaa tarvittaessa iv- yhteyden, antaa lääkkeitä lääkärin ohjeen mukaan tai tekee muita tarvittavia toimenpiteitä.
- Hoitaja vaihtaa tarvittaessa potilaalle sairaalavaatteet.
- Potilaan mukana oleva omaisuus selvitetään normaalin käytännön mukaisesti ja kirjataan.
- Hoitaja tekee tarvittaessa re- triagen.

Tutkimustuloksia odotellessa hoitaja seuraa potilaan vointia (tarvittaessa ottaa vitaalikontrollit), huolehtii perushoidosta ja kirjaa toimenpiteet sekä huomiot hoitosuunnitelmaan PÄIVYS- lehdelle.

Sihteeri huolehtii röntgenlausuntopyyntöjen tekemisestä ja lähettämisestä TEAMS:n kautta (Meilahteen tai Töölöön) virka-ajan ulkopuolella, kun röntgenlääkäri ei ole paikalla. Yövuorossa tämän tekee triage.

Kun tutkimustulokset ovat valmiit, hoitava lääkäri tekee jatkohoitopäätökset. Hoitaja järjestää tarvittaessa kyydin kotiin/osastolle/toiseen sairaalaan tai hoitopaikkaan, ilmoittaa omaiselle/kotihoitoon, antaa mukaan tarvittavat dokumentit ja valmistelee potilaan siirtokuntoon. Jatkohoidon järjestämisestä/ kotiutukseen liittyvät tiedot kirjataan PÄIVYS- lehdelle. Sihteeri antaa tarvittaessa ajanvarausajat esimerkiksi kipsipoliklinikalle, hoitokeskukseen jne.

6.5.2.2 Paari/invataksin tuoma potilas

Paari/invataksin tuomat potilaat tulevat myös ambulanssiovien kautta. Potilas ilmoittautuu sihteerille, joka kirjaa potilaan Päivystysmonitorille, tarkistaa henkilötiedot ja tulostaa rannekkeen. Triage/AKU1 haastattelevat potilasta, perehtyvät mukana oleviin dokumentteihin tai Lifecaressa mahdollisesti olevaan tekstiin. Muun muassa hoitokodit ja kotihoito ilmoittavat/konsultoivat usein C/Ö- vuorolaiselle (yöllä triagelle) etukäteen potilaasta viranomaispuhelimien kautta ja C/Ö- vuorolainen kirjaa puhelun Lifecareen PÄIVYS-lehdelle puhelufraasilla. Lifecaressa voi olla myös lähete potilaasta. Näiden ja potilaan voinnin perusteella triage kirjaa ensiarvion Lifecaren PÄIVYS- lehdelle triagefraasilla, johon tulee potilaan tulossyy, mistä potilas tulee ja millä, tulotekstin, määrittää triageluokituksen ja hoitoprosessin (AKU/YLE), potilaalle paikan päivystyksessä sekä hoitajan. Triage tilaa laboratoriokokeet,

tarvittaessa konsultoi niistä AKU1- lääkäriä. AKU1 tekee tarvittaessa röntgentutkimuspyynnöt RAD- lehdelle. Myös muita lääkäreitä voi konsultoida, jos AKU1- lääkäri ei ole paikalla. Triage ilmoittaa potilaan tulosta hoitavalle hoitajalle virven kautta. Hoito jatkuu hoitavan hoitajan potilaan vastaanottamisella.

6.5.3 Hätätilapotilaan hoitoprosessi

Ratamokeskuksen päivystyksessä on kaksi MET- ryhmää (MET1 ja MET2), joihin kuuluu kaksi päivystyksen hoitajaa sekä AKU1- lääkäri. Triage pyrkii muodostamaan MET- ryhmät niin, että samassa ryhmässä ei ole saman hoitoryhmän hoitajaa.

Hätätilapotilas tulee usein ensihoidon kuljettama, mutta hätätilapotilas voi tulla päivystykseen myös aulapotilaan prosessin kautta. Ensihoidon tuoma potilas näkyy MerlotMedin kautta, mutta hätätilapotilaasta ensihoito tekee usein myös ennakoilmoituksen triagen virvepuhelimeen. Sihteeri laittaa potilaan Päivystysmonitorille ja tulostaa potilasrannekkeen.

Triagehoitaja tekee MET-hälytyksen virven kautta, jossa triage määrittelee MET- tiimin (MET1 tai MET2), kertoo tulosityn (esimerkiksi avh) ja arvioidun tuloajan. Triage määrittää myös kumpi hoitaja MET- ryhmässä on potilaan oma hoitaja. Virven kautta tieto menee myös AKU1- lääkärille. Ratamokeskuksen toiminnan alkaessa röntgenissä ja laboratoriossa ei ole vielä virvepuhelimia käytössä, joten heille soitetaan erilliset ilmoitukset puhelimitse. Kun virvepuhelin tulee heillä käyttöön, MET- hälytyksen kautta tieto potilaasta menee myös röntgenhoitajalle ja laboratoriohoitajalle.

AKU1 määrää potilaalle tilattavat verikokeet ja tarvittaessa tekee röntgenlähetteen RAD- lehdelle valmiiksi. Triage kirjaa ensiarvion Lifecaren PÄIVYS- lehdelle triagefraasilla, johon tulee potilaan tulosy, mistä potilas tulee ja millä, tuloteksti, määrittää triageluokituksen, kirjaa ensihoidon antamat NEWS- pisteet ja yhdistää ensihoidon ensihoitokertomuksen PÄIVYS- lehdelle. Triage tilaa tarvittavat laboratoriokokeet.

MET- tiimi, AKU1- lääkäri ja triage ovat vastassa potilasta ja ensihoitoa ambulanssiaulassa tai hätätilahuoneessa. Myös laboratoriohoitaja on paikalla valmiina ottamaan määrätyt verikokeet, jotka on tilattu etukäteen triagehoitajan toimesta. Ensihoito antaa raportinpotilaasta, jonka tiimi kuuntelee. AKU1 tutkii potilaan pikaisesti ja tekee ensiarvion yhdessä triagehoitajan kanssa ja se kirjataan triagen tekstiin. Ensihoito tunnistaa potilaan ja kiinnittää potilasrannekkeen.

Tarvittaessa potilas kuljetetaan ensiarvion jälkeen ensihoidon toimesta röntgentutkimuksiin, jonka jälkeen potilas siirretään päivystyksen paareille. Potilas siirretään hätätilahuoneeseen, jossa potilasta mahdollisuuksien mukaan haastatellaan, monitoroidaan, otetaan

vitaalit, tehdään tarvittavat toimenpiteet, lääkitään ja seurataan vointia. Potilaan tiedot kirjataan Lifecaren PÄIVYS- lehdelle perusfraasilla ja vitaalit kuumekurvalle. Potilaan mukana oleva omaisuus selvitetään normaalin käytännön mukaisesti ja kirjataan. Jos potilaan vointi saadaan stabiloitua, potilas siirretään tarkkailun seurantapaikalle odottamaan jatkohoitopäätöksiä. Muutoin potilas hoidetaan siirtoon asti hätätilahuoneessa.

7 Pohdinta

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö oli työelämälähtöinen kehittämistyö. Yhteistyösopimus tehtiin Kymsoten ylihoitajan kanssa. Tutkimuslupa hoitoprosessien kehittämiseen haettiin Kymsotelta, kun opinnäytetyönsuunnitelma oli hyväksytty. Opinnäytetyön tekijä vastaa omasta eettisestä toiminnastaan tutkimuksessa sekä siitä, että tutkimukseen osallistujien antamia tietoja käsiteltiin luottamuksellisesti. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja se oli mahdollista keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Tutkimukseen osallistuvien sairaaloiden tiedot eivät ole nähtävissä, eikä niitä voida tunnistaa. Tutkija pyrki siihen, että jokaisella on anonymiteettisuoja. Tiedonkeruu kohdistui eri sairaaloiden päivystysten potilaan hoitoprosessikäytäntöihin. Tutkimukseen osallistuvien sairaaloiden haastatteluluvat hoidettiin asianmukaisesti. Tutkimusvaiheessa tutkija oli huolellinen, tarkka ja vastuullinen. Tutkimusaineisto oli vain tutkijan ja työryhmän käytössä ja sitä säilytettiin huolellisesti (TENK 2012, 6). Tutkimuksen valmistuttua aineisto hävitettiin asianmukaisesti Kymsoten ohjeiden mukaisesti (Kymsote c).

Opinnäytetyössä pyrittiin noudattamaan hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Tutkija pyrki olemaan avoin ja rehellinen. Tutkija pyrki myös olemaan kunnioittava kaikkia kehittämistyön osapuolia kohtaan. Muiden tutkijoiden tekemää työtä kunnioitettiin ja viitattiin aiempiin julkaisuihin asianmukaisesti. (TENK 2012, 6.)

Tutkijan tuli olla kehittäjänä ja tutkijana luottamuksen arvoinen (TENK 2012, 6.) Tutkija oli pohtinut, osasiko hän olla riittävän objektiivinen tutkimuksessa, kun hän oli työskennellyt itsekin pitkään päivystyksessä. Toisaalta työkokemus saattoi tässä tapauksessa antaa syvällisempää näkökulmaa kehittämistyössä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa oli otettava huomioon, että tutkimusmenetelmä on luotettava ja johdonmukainen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Nauhoittamisen ajateltiin lisäävän luotettavuutta, koska sen avulla muutkin tutkimuksessa mukana olevat tarvittaessa olisivat pystyneet tutkimaan tutkimusmateriaalia. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta paransi se, että tekstien analysoimisessa teksti jaettiin kategorioihin. Haastattelua tehdessä otettiin huomioon, että haastateltavat eivät puhuneet välttämättä asioista samoilla termeillä, myös näkökanta asioihin saattoi olla eri kuin haastateltavalla. Tutkimustuloksia pohdittiin kriittisesti, ovatko ne vastanneet tutkimuksessa asetettuihin tavoitteisiin.

7.2 Kehittämistyön ja sen tulosten pohdinta sekä jatkotutkimusaiheet

Tarkoituksena oli kehittää Ratamokeskuksen päivystyksen tiloihin sopivat potilaiden hoitoprosessit tutkimalla eri päivystysten potilaiden hoitoprosesseja ja poimia niistä hyviä ideoita toimintamalleihin. Reijulan ym. (2017) mukaan uusiin tiloihin muutettaessa ei kannata vanhoja toimintatapoja tuoda uuteen toimintaympäristöön. Vanhat toimintatavat istuvat usein lujasti mielessä eikä asioita haluttaisi tehdä toisella tavalla. Toimintatapojen muutos on helppompaa aloittaa niin sanotusti puhtaalta pöydältä uusissa tiloissa.

Tämän opinnäytetyön tutkimukseen osallistui vain kaksi sairaalaa. Tutkimuspyyntö lähetettiin kuudelle samankaltaisen päivystyksen esihenkilölle. Suurin osa ei vastannut sähköpostiin lainkaan, ei edes kieltävästi. Asiaa voisi pohtia, miksi näin oli. Oliko osasyynä koronan aiheuttama kuormitus? Mihinkään ylimääräiseen ei ole välttämättä ollut halua, aikaa eikä resurssia. Oliko aihe sellainen, joka ei kiinnostanut? Vai oliko kyse mahdollisesti haluttomuudesta jakaa tietoa omista potilaan hoitoprosesseista muille? Benchmarking menetelmänä sopii tällaiseen kehittämistyöhön hyvin. Otanta olisi voinut olla suurempi, jotta olisi ollut useampia toimintatapoja mietittävänä. Tutkimusaineistoa olisi voitu tuoda keskitetymin esiin työryhmässä. Hoitoprosessien käsittely muuttoryhmän palaverissa oli hajanaista.

Oli mielenkiintoista tutustua erilaisiin käytäntöihin eri sairaaloissa. Potilaiden hoitoprosessit toimivat varmasti tarkoituksenmukaisesti juuri niissä päivystyksissä. Sellaista yhtä ja ainoaa toimintatapaa ei todennäköisesti löydy, joka toimisi kaikissa Suomen päivystyksissä. Päivystykset ovat erilaisia profiililtaan, kun puhutaan keskussairaalan yhteispäivystyksestä tai yleislääketieteen ja akuuttilääketieteen päivystyksestä. Myös henkilökuntaresursseissa on isoja eroja. Ratamokeskuksen päivystyksessä hoitajamitoitus vuoroittain on pienempi kuin esimerkiksi keskussairaalan päivystyksessä. Päivystyksessä oleva MET- tiimi, lohkaisee osan pienestä hoitajaresurssista. Jos MET- hälytys tulee yövuoron aikana, kaksi hoitajaa + AKU1 lähtee hälytykselle, joka voi kestää yhdestä kahteen tuntiin. Päivystykseen jää triage ja yksi hoitaja. Keskussairaaloissa MET- hälytykset hoidetaan usein teho- osaston toimesta.

Tutkimukseen osallistuvissa sairaaloiden päivystyksissä oli eroavaisuuksia toimintatavoissa potilaiden hoitoprosesseissa erityisesti hoidon tarpeen arvioinnissa. Tämä toi erilaista näkökantaa asioihin, mutta eivät kuitenkaan tuntuneet sopivilta toimintatavoilta omissa prosesseissa ajatustasolla nimenomaan ensihoidon tuomien potilaiden ensiarvion tekemisessä. Laissa säädetään, että hoidon tarpeen arvion saa tehdä laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Päivystyksessä työskentelee myös perushoitaja, lähihoitaja ja opiskelijoita, jotka eivät hoidon tarpeen arviointia voi tehdä. Jos triagehoitaja ei tekisi hoidon tarpeen arviointia ja potilaan vastaanottava hoitaja ei ole sairaanhoitaja, ensihoitaja tai

terveydenhoitaja niin mietittäväksi jää kuinka hoidon tarpeen arviointi silloin tapahtuu. Tässä nykyisessä tilanteessa, jossa ensihoidon tuomalle potilaalle triagehoitaja tekee triageluokituksen, on havaittavissa päällekkäisyyttä. Pohdittavaksi vielä jää, voiko ensihoidon tekemä triageluokitus riittää myös päivystyksen tulotriageksi. Tämä kehittämistyö ei tuonut ratkaisua tähän asiaan.

Lähtökohta toiminnan kehittämiseksi oli päivystyspotilaan hoidon sujuvoittaminen laadusta tinkimättä. Sujuvoittaminen tarkoittaa sitä, että toiminta on tehokasta ja pyritään edistämään potilaan hoidon etenemistä mahdollisuuksien mukaan. Yleensä sujuva ja järjestelmällinen toiminta lisää potilastyytyväisyyttä, ja vähentää henkilökunnan kuormitusta päivystyksessä. Uudessa päivystyksessä oli vähemmän petipaikkoja potilaille, joten potilaiden läpimenoaikojen lyheneminen auttaa potilaspaikkojen riittävydessä. Päivystykset kärsivät siitä, että potilaiden läpimenoaika venyy, mikä lisää päivystyksen henkilökunnan kuormittumista. Päivystyspotilaiden hoitoaikojen pidentyminen voi johtua erilaisista syistä, esimerkiksi potilas voi joutua odottamaan pääsyä hoidon tarpeen arviointiin, laboratorio- ja röntgentutkimuksiin ja/tai niiden vastauksia, lääkärin tai hoitajan tutkimuksia/hoitoa, jatkohoitopaikkaa, kyyti ym. asioita.

Uusissa potilaan hoitoprosesseissa haluttiin vaikuttaa niihin asioihin mihin oli mahdollista vaikuttaa hoidon nopeuttamisessa. Siksi triagen ja AKU1- lääkärin yhteistyötä haluttiin lisätä. Laboratorio- ja röntgentutkimusten tilaaminen ja vastausten odottaminen voivat hidastuttaa potilaan hoitoa. Siksi laboratoriotutkimukset triage tilaa jo tulovaiheessa ja AKU1-lääkäri tekee tarvittaessa röntgenpyynnöt. Päivystyksessä on tällä hetkellä osaavia ja kokeneita lääkäreitä, jotka ovat kykeneviä tekemään päätöksiä potilaan hoidosta. Tällä on suuri merkitys potilaan sujuvassa hoidossa. Myös hoitohenkilökunnan asenne potilaiden hoidon loppuunsaattamiseksi on tärkeää. Hoitoprosessien sujuvoittamisen heikko lenkki voi olla se, että kaikki lääkärit eivät ole kykeneviä nopeisiin päätöksiin, potilaita on paljon, jatkohoitopaikkoja ei ole ja hoitohenkilökunnan täytyy priorisoida tehtäviä kiireellisyyden perusteella.

Alun perin ajatus oli harjoitella uusia potilaan hoitoprosesseja jo vanhoissa tiloissa, mutta tämä ei toteutunut. Potilaiden hoitoprosessin suunnittelun viivästyminen vaikuttivat erinäiset asiat, kuten päivystyksen muuttoryhmän jäsenten poissaolot palavereista. Uuden päivystyksen tilojen mittasuhteita oli vaikea hahmottaa pelkän pohjapiirrustuksen avulla ja siksi muuttoryhmässä odotettiin, että tilat luovutetaan rakennuttajalta. Ennen rakennuksen valmistumista ja luovutusta tiloihin pääsy oli hyvin rajattua. Paikan päällä pystyttiin paremmin hahmottamaan, mihin esimerkiksi sijoitamme triagen ja AKU1- lääkärin.

Kun sairaalaa on suunniteltu niin koronapandemiasta ei ollut tietoa. Keväällä 2022 korona jylläsi kovemmin kuin aiemmin, mutta rajoituksia oli vähennetty tai poistettu. Tähän asti päivystyksessä infektiopotilaat oli pidetty erillään niin sanotusti puhtaista potilaista, mutta harjonnassa oli, ettei näitä enää jatkossa eroteltaisiin. Tämä vaikutti Ratamokeskuksen päivystysten potilaiden hoitoprosessien suunnitteluun ja potilaiden sijoitteluun. Näidenkin asioiden ratkaisu venyi muuton viime metreille.

Kehittämistyön tavoitteena oli, että hoitoprosessit ovat toimivia, käytännöllisiä ja kaikki mahdolliset asiat huomioidaan jo suunnitteluvaiheessa. Potilaiden hoitoprosessien miettiminen teoriassa suhteessa uusiin tiloihin ei korvaa käytännön harjoittelua. Tavoitteena oli kehittää sellaisia ratkaisuja, jotka olisivat käytännössä toimivia. Ajatuksena oli toteuttaa suunnitelmaa sellaisena kuin se oli ajateltu, mutta tarvittaessa muuttaa sitä, jos käytäntö osoittaa, että toimintatapoja on tarpeen kehittää edelleen. Monia yksityiskohtia hiottiin, mutta silti eteen saattaa tulla asioita, joita ei oltu mietitty.

Reijulan ym. (2017) mukaan terveydenhuollon henkilöstö tulee perehdyttää uuteen työympäristöön ja työprosesseihin. Tämä vaatii henkilöstön järjestelmällistä kouluttamista, ohjeistamista ja pitkäjänteisyyttä. Viestintä on tärkeää muutostilanteessa (Rauramo 2013). Henkilökuntaa tiedotettiin muuttoprosessin aikana sekä suullisesti että kirjallisesti mm. kertomalla muuttoprojektin sen hetkisiä vaiheista aamupalaverissa, sähköpostissa lähetetyllä Ratamotiedotteella, lakisääteisellä turvallisuuskävelyllä ja simulaatiopäiväkoulutuksella. Tiedottamista hankaloitti vaihtuvat tilanteet. Kun jostain asioista tiedotettiin, seuraavassa kuussa asia olikin muuttunut ja ehti muuttua vielä monta kertaa.

Henkilökunnan perehdyttäminen potilaan hoitoprosesseihin tapahtui simulaatiopäivässä. Simulaatiopäivään osallistui hoitajia, lääkäreitä, sihteereitä, asiakasohjaajia, vahtimestareita, ensihoitajia, vartijoita ja sairaalahuoltajia. Tarkoitus oli myös röntgen- ja laboratoriohoitajien osallistuminen simulaatioihin, mutta koulutuspäivien aikaan he olivat työtaistelun vuoksi lakossa, joten se ei onnistunut. Simulaatiopäivänä kävimme läpi teoriassa hätätilapotilaan, tarkkailupotilaan sekä aulapotilaan hoitoprosessin. Koulutuksen yhteydessä kävimme läpi, miten potilaan kulku tapahtuu päivystyksessä, missä laboratoriohoitaja ottaa verikokeet ja miten kuljetaan röntgeniin kuvauksiin, missä ilmoittautuminen tapahtuu jne. Niin sanottu simulaatio hoitoprosesseista käytiin suusanallisesti, koska aikataulu oli tiukka koulutuspäivänä. Käytännön harjoittelu olisi ollut parempi vaihtoehto, mutta tiukan aikataulun lisäksi, asiaa vaikeutti se, että kaikkia laitteita ja tavaroita ei ollut koulutuksen järjestämisen aikaan vielä tullut. Uusista sekä jo käytössä olevista hoitolaitteista järjestettiin simulaatiopäivänä käytännön koulutusta ja kertausta, mutta tämäkin koulutus jäi pintapuoliseksi aikataulullisten rajoitusten vuoksi. Lisäksi oli evakuointiharjoitus työsuojelun järjestämänä.

Puttosen ym. (2016, 28) mukaan on tärkeää, että työ ja työjärjestelyt mahdollistavat uuden oppimisen. Päivystyksen muutto uusiin tiloihin on iso projekti, jossa on paljon uusia asioita henkilökunnalle sisäistettäväksi. Koulutuspäivien järjestäminen oli myös ongelmallista, koska henkilöstöresurssi on normaalistikin niukka. Tähän ajanjaksoon sattui huono koronatilanne sairaanhoitopiirin alueella, joka heijastui päivystyksen toimintaan kuormituksen lisääntymisenä kuin myös henkilökunnan sairauspoissaolojen kautta. Hoitajapula heijastui myös niin, että sijaisia ei löytynyt helposti. Vuoroja jouduttiin tekemään vajaalla henkilökuntamäärällä. Samassa ajankohdassa oli hoitajien ammattijärjestöjen työtaistelu ylityö- ja vuorovaihtokieltoineen sekä mahdollisesti tulossa olevan lakko tai joukkoirtisanoutuminen, jonka vuoksi muuttoaikataulu jo kertaalleen pidentyi kolmella viikolla. Myös logistiikka-alan työtaistelu vaikutti tekemiseen, koska tavaroiden tulo viivästyi.

Muutosprosessin vetäminen oli haasteellista resurssien puitteissa. Vaikka ajatustasolla tiedettiin, mikä olisi hyväksi muutoksen edistämiseksi henkilökunnan suhteen, tätä ei pystytty monen eri syyn takia toteuttamaan toivotulla tavalla. Myös muun henkilöstön, kuin muuttovastaavien, osallistaminen suunnitteluun jäi toteuttamatta, paitsi triagehoitajien osalta. Jos olisi ollut mahdollista enemmän järjestää koulutuspäiviä niin työpajatyöskentely ja henkilöstön osallistaminen olisi edesauttanut kehittämistyötä ja samalla perehdytystä.

Reijulan ym. (2017, 38) mukaan tilojen tulee mahdollistaa tehokkaiden terveydenhuollon prosessien suorittamisen. Kuten aiemmin on mainittu, päivystyksen tilojen suunnittelu oli tehty vuosia sitten. Muuttotyöryhmällä ei ollut tietoa siitä, millaiseen toimintamalliin tilat olivat alun perin suunniteltu, vaan suunnittelu lähti tyhjästä. Monet työympäristöön liittyvät asiat olivat sellaisia, joihin ei pystynyt enää vaikuttamaan, kuten tilaratkaisut: huoneen sijainti ja koko. Ratamokeskuksen päivystyksen tiloissa oli tiettyjä ongelmia. Päivystyksen tiloissa ei ole juurikaan tilaa ylipaikoille. Koko sairaalassa on vähemmän potilaspaikkoja kuin vanhassa sairaalassa.

Hoitajien työskentelytilojen riittävyys mietitytti. Hoitajille ei ollut työskentelytilaa huoneissa, joten hoitoryhmän hoitajien mobiilityöpisteet sijoitettiin tarkkailun käytävälle. Tässä ratkaisussa hyvä puoli oli se, että hoitajat olivat lähellä potilaita. Hoitoryhmät (A ja B) sijoitettiin eri tarkkailun käytäville ja käytävillä hoitajatyöpari hoitivat potilaita keskitetysti. Huonoja puolia tässä oli tietosuojaongelma esimerkiksi raportoidessa sekä työturvallisuus. Työturvallisuus mietitytti siinä, että jos työpisteet sijaitsivat käytävän perällä niin, pääseekö sieltä tarvittaessa pois, eikä selkä käytävään päin työskentely tuntunut myöskään hyvältä ratkaisulta. Mobiilityöpisteet ovat liikuteltavissa, joten työskentelypaikkaan pystyy itse vaihtamaan, esimerkiksi käytävän alkuun, jossa on tarvittaessa useampia poistumiskulkureittejä. Koska hoitajien työpisteiden paikat ovat Ratamokeskuksessa hajallaan, niin sisäisen viestinnän

helpottamiseksi käyttöön otettiin viranomaispuhelimet. Tutkimukseen osallistuvissa päivystyksessä olivat virvepuhelimet myös käytössä.

Hätätilahuoneen, ilmaeristyshuoneen ja turvahuoneen etäisempi sijainti suhteessa tarkkailualueeseen hankaloittaa potilaiden tarkkailua. Hätätilahuoneeseen ei ole näköyhteyttä, koska huoneen ovi on umpinainen. Lisäksi ovi on oltava aina suljettuna, koska älylääkekaappi sijaitsee siellä. Hätätilahuone koettiin liian pieneksi ja liian erillään hoitajista.

Työympäristöön pystyttiin vaikuttamaan esimerkiksi ergonomisilla sähköisillä työpöydillä ja työtuoleilla. Värimaailma tuli rakennuttajan ja kilpailutuksen voittaneen firman suunnittelun perusteella. Yleisesti uudet, siistit ja terveet tilat tuovat viihtyvyyttä. Päivystyksen aula on melko tilava, mutta siinä ei ole mahdollisuutta erotella infektiopotilaille erillistä tilaa. Lapsille on oma odotushuone. Tarkkailussa potilashuoneet ovat yhden hengen huoneita, jotka mahdollistavat esimerkiksi eristyksen. Lisäksi huoneet ovat sen verran tilavat, että niissä on mahdollista tehdä toimenpiteitä tarvittaessa, esimerkiksi kardioversioita. Kaikilla potilaspaikeilla on monitorointimahdollisuus.

Potilaan hoitoprosessien kuvaaminen sanallisesti hyödyttää monella tavalla. Se voi toimia pohjana jatkossa tehtävälle hoitoprosessien prosessikaavion tekemisessä. Perehdytysmateriaalina uusille työntekijöille molemmat kuvaamistavat on hyvä olla olemassa, koska ihmisillä on erilaisia oppimistapoja. Joillekin hoitoprosessien sisäistäminen on helpompaa, kun voi lukea sanallisen kuvauksen, ja toisille prosessikaavio voi olla parempi tapa hahmottaa asia. Prosessikaavion etuna on se, että siihen pystytään liittämään aiheeseen liittyviä erilaisia lomakkeita ja toimintaohjeita.

Muutos on aina jonkinlainen kriisi. Rauramon (2013, 13) mukaan työyhteisön muutoksessa on havaittavissa eri vaiheita: luopuminen, kaaos ja uuden alku. Usein olemassa oleva tilanne koetaan usein puolustamisen arvoiseksi. Työyhteisössä muistellaan niitä asioita, mitkä aiemmin koettiin hyviksi vanhoissa tiloissa. Muutostilanteessa työntekijällä saattaa olla turvattomuuden ja riittämättömyyden tunnetta, joka saattaa purkautua ahdistuksena ja pelkona, eräänlaisena kaaoksena. Uusi sairaala ja uudet, terveet tilat voisivat ajatuksena olla hyvä asia. Päivystyksen muutto kokonaan uusiin tiloihin oli iso muutos, ja työntekijöiden voimavarat olivat muutenkin koetuksella työstä johtuvien paineiden takia. Uuden oppimiseen pitäisi työjärjestelyin luoda aikaa. Kunnollinen perehdyttäminen luo turvallisuuden tunnetta. Huono perehdytys taas aiheuttaa työntekijöiden kuormittumista ja lisää muutosvastarintaa. Asioita on mahdotonta sisäistä yhden päivän koulutuksella tai kirjallisella materiaalilla, johon ei ehkä ole aikaa työn ohessa perehtyä. Työntekijälle pitäisi antaa työajan puitteissa mahdollisuus myös itsenäiseen perehtymiseen. Toiminnan alkaessa jo tavaroiden löytyminen on haasteellista. Ihanteellista olisi ollut, jos hoitotarvikekärryjen sisältöä olisi

voitu yhdessä suunnitella ja täyttää. Samalla tavaroiden paikkojen sisäistäminen olisi ollut helpompaa. Hoitotarvikkeiden ja -välineiden löytyminen vaikuttaa oleellisesti potilasturvallisuuteen. Ajan kuluessa uusiin toimintatapoihin ja toimintaympäristöön totutaan ja toimintaa muokataan siten, että se edistää mahdollisimman hyvin työn sujumista. Silloin aletaan nähdä myös hyvät asiat uudessa työympäristössä. Työelämä on joka tapauksessa jatkuvaa muutosta ja tämän muuttoprojektin jälkeen henkilöstöä odottavat taas uudet haasteet.

Terveydenhuollossa on monta linkkiä, jotka vaikuttavat toisiinsa. Isommassa mittakaavassa jokaista linkkiä pitäisi kehittää tarkoituksenmukaisiksi, jotta potilaat tulisivat hoidettua ajallaan oikeassa paikassa. Koronapandemiassa on nähty myös se, kuinka tärkeää on, että terveydenhuollon tilat ovat muunneltavissa tarpeen mukaan, kun koronapotilaat haluttiin eristää muista potilaista. Taloudelliset asiat vaikuttavat uusien sairaaloiden suunnitteluun, mutta väestö vanhenee ja tosiasia on, että tilaa tarvitaan. Sairaaloiden suunnittelu ja rakentaminen kestävät kauan, joten suunnitellut tilat eivät ole välttämättä optimaalisesti toimivat toteutuessaan. Toisaalta on nurinkurista, että toimintaa suunnitellaan tiloihin sopiviksi eikä tiloja toiminnan mukaisiksi. Suunnitteluun kannattaa ottaa mukaan eri ammattiryhmien työntekijöitä, jotka tulevat työskentelemään tiloissa, koska heillä asiantuntemusta käytännöstä ja tarpeista.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Kymsote on päättänyt, että organisaatiossa terveydenhuollon prosessit kuvataan IMS (Integrated Management System)- kuvauksella. Tämän opinnäytetyön kirjalliset prosessikuvaukset voisivat toimia pohjana Ratamokeskuksen päivystyksen IMS- prosessikuvauksen tekemiselle. Kaavioita ja sen sisältöä pystytään kehittämään ja täydentämään esimerkiksi liittämällä erilaisia prosessiin liittyviä kirjallisia ohjeistuksia, kaavakkeita tai potilasohjeita.

Potilaan hätätilaprosessissa hoitajien roolijako ja niiden tehtäviä olisi hyvä kehittää ja suunnitella toimintaa ylläpitävä koulutus. Tätä voisi hyödyntää myös MET- toiminnassa.

Jatkossakin Suomessa rakennetaan uusia sairaaloita. Muuttoprosessin haasteita voisi kartoittaa ja kehittää.

Lähteet

- CGI. Merlot Medi- Ensihoidon sähköinen johtamis- ja raportointijärjestelmä. Viitattu 5.5.2021. Saatavilla <https://www.cgi.com/fi/fi/tuoteratkaisut/merlot-medi>
- Eskola, J. & Vastamäki, J. 2015. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä. PS-kustannus.
- Hyppölä, H., Tillgren, T., Daavittila, I., Martikainen, M. & Nyrhilä, J. 2016. Sujuva hoitopolku ensihoidosta päivityksen kautta takaisin kotiin. Akuuttilääketiede katsaus. Duodecim. Viitattu 9.4.2021. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo13467>
- JUHTA, 2008. JHS 158, Prosessien kuvaaminen. Julkishallinnon neuvottelukunta. Viitattu 9.10.2022. Saatavilla <https://docplayer.fi/5034607-Jhs-152-prosessien-kuvaaminen.html>
- Kallankari, S. 2019. Muutoksen johtaminen arjessa. Opas sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Tallinna. Duodecim. Luettu 26.4.22. Saatavilla http://www.finnanest.fi/files/kantola_kantola_met.pdf
- Kantola, T. & Kantola, T. 2013. Medical Emergency Team (MET)- apua osastolle elvytystä kevyemmin perustein. Finnanest.
- Kariniemi-Örmälä, K. 2020. Older people in emergency department. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Viitattu 22.3.21 Saatavissa <https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/23893/16070749591037276549.pdf>
- Kaskes, M. 2019. Henkilöstön koettu työhyvinvointi ja työympäristön käytettävyys sairaalasuunnittelussa. Itä- Suomen yliopisto. Lääketieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. Viitattu 12.4.21. Saatavissa https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/21330/urn_nbn_fi_uef-20191067.pdf?sequence=-1&isAllowed=y
- Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoitoprosessi päivistyspoliklinikalla. Teoksessa Koponen, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2005. Potilaan hoito päivityksessä. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Osakeyhtiö.
- Koskela, A. 2017. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivityksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Muistio. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Viitattu 20.3.21. Saatavissa https://stm.fi/documents/1271139/5228951/VNA_p%C3%A4ivystys_PM_22.8_2.pdf/c38ca925-a195-48a4-97d5-34935c16938c/VNA_p%C3%A4ivystys_PM_22.8_2.pdf

Kymsote a. Kymenlaakson sosiaali- ja terveysalojen kuntayhtymä. Tietoa Kymsotesta. Viitattu 15.2.21. Saatavissa <https://www.kymsote.fi/tietoa-kymsotesta>

Kymsote 2019 b. Kymenlaakson sosiaali- ja terveysalojen kuntayhtymä. Tilinpäätös ja toimintakertomus 2019. Viitattu 29.3.21. Saatavissa <https://www.kymsote.fi/medias/Tilinp-t-s-ja-toimintakertomus2019.pdf?context=bWFzdGVyfHBkZi1hdHRhY2htZW50c3wyNDg4OTQzfgFwcGxpY2F0aW9uL3BkZnxoNjAvaGUxLzg5MDY2NTU2OTQ4NzqvVGlsaW5ww6TDpHTDtnMgamEgdG9pbWludGFrZXJ0b211cyAyMDE5LnBkZnxmYzhlNzQ5NGQ0ZjQwNWVmNjcyZmUyMTQyNDFlYmVhYmE0MjNmYmM1NjcxZDA0MzNjYzkyMTI3MGE0ODRjMjg3>

Lamminen, A. 2016. National Early Warning Score (NEWS)- pisteytyksen käyttö ensihoidossa ei auta hoitopaikan valinnassa. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteen yksikkö. Anestesiologia ja tehohoito. Akuuttilääketiede. Tampereen yliopisto. Viitattu 31.3.21. Saatavissa <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/100483/SYVENTAVA-1484660275.pdf?sequence=1>

Niiniviita, L. 2017. Asiakaskeskeisen hoitoprosessin kehittäminen prosessi- ja verkostojohtamisen näkökulmasta. Case: yksityinen terveysalan organisaatio. Pro gradu-tutkielma. Tampere. Viitattu 21.3.21. Saatavissa <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/144417/Niiniviita%20Laura.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ojasalo, K, Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki. Sanoma pro Oy.

Puttonen, S., Hasu, M. & Pahkin, K. 2016. Työhyvinvointi paremmaksi. Keinoja työhyvinvoinnin ja työterveyden kehittämiseksi suomalaisilla työpaikoilla. Työterveyslaitos. Helsinki. Juvenes Print. Tampere. Viitattu 13.4.21. Saatavissa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130787/Ty%c3%b6hyvinvointi%20paremmaksi.pdf?sequence=1>

Rauramo, P. 2013. Työhyvinvointi muutostilanteissa. Työturvallisuuskeskus TTK, palveluryhmä. Nykypaino Oy. Viitattu 13.4.21. Saatavissa https://ttk.fi/files/4678/tyohyvinvointi_muutostilanteissa.pdf

Reijula, J., Ruohomäki, V., Lahtinen, M., Aalto, L. Reijula, E. & Reijula, K. 2017. Terveysthuollon työprosessien, palvelujen ja tilojen kehittäminen Lean-ajattelun avulla (TeLean). Tutkimushankkeen loppuraportti. Työterveyslaitos. Helsinki.

Ruohomäki, V. & Lahtinen, M. 2013. Osallistuva suunnittelu tilamuutoksessa -prosessit ja menetelmät. Sisäilmaseminaari. Työterveyslaitos. Viitattu 13.4.21. Saatavissa <file:///C:/Users/HP-CE/Downloads/RuohomkiLahtinensem2013.pdf>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Reliabiliteetti. KvaliMOTV-Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 18.5.2021. Saatavissa <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/viittausohje.html>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2022. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026. Helsinki. Viitattu 9.5.22. Saatavissa https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/163858/STM_2022_2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö a. Päivystys. Viitattu 20.3.21. Saatavissa <https://stm.fi/paivystys>

Sosiaali- ja terveysministeriö b. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (583/2017) Viitattu 20.3.21. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2022/20220771>

Suomen Potilasturvallisuusyhdistys. 2014. Potilasturvallisuuden työkaluja. Viitattu 28.3.21. Saatavissa http://www.potilasturvallisuusyhdistys.fi/documents/Potilasturvallisuuden%20ty%C3%B6kalut_2014.pdf

Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. Artikkel. Finnanest. 2015;48 (4). Viitattu 21.3.2021. Saatavissa http://finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) Viitattu 20.3.21. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021. Potilasturvallisuus. Viitattu 21.3.21. Saatavissa <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/potilasturvallisuus>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012 Viitattu 25.4.21. Saatavissa https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valvira 2017. Hoidon tarpeen arviointi. Viitattu 30.3.21. Saatavissa https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyvaammatinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi

Vuokko, R., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Meriläinen, O. 2011. Terveysthuollon toimintaprosessit. Terveysthuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Raportti 53. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. PDF- dokumentti. Helsinki. Viitattu 22.3.21. Saatavissa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80351/f2fd2a43-4e91-42e7-b7fe-5607f86e4d79.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

LIITE 1. Suostumuslomake

Opiskelen YAMK-tutkintoa LAB:ssa, Lappeenrannan kampuksella (Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen). Opinnäytetyön aiheena on potilaan hoitoprosessit Ratamokeskuksen päivystyksessä. Kerään tietoa eri sairaaloiden päivystysten potilaiden hoitoprosesseista TEAMS- haastattelemalla tai kirjalliseen materiaaliin perehtyen. Tarkoituksena on saada muiden sairaaloiden päivystysten hyvistä käytänteistä potilaan hoitoprosesseihin liittyen ideoita, joita voisi soveltaa Ratamokeskuksen päivystykseen kehiteltävissä potilaiden hoitoprosesseissa. Kerätty materiaali säilytetään vain niin pitkään kuin opinnäytetyötä varten se on tarpeellista. Sen jälkeen materiaali hävitetään asianmukaisesti. Opinnäytetyössä ei tule ilmi mistä sairaalasta opinnäytetyössä käytettävät tiedot ovat eikä haastatteluun osallistuneiden henkilöllisyys. Teillä on mahdollisuus milloin tahansa keskeyttää osallistuminen.

Annan suostumukseni siihen, että opinnäytetyöntekijä Susanna Luukkonen voi käyttää haastattelussa tai kirjallisesta materiaalista saamia tietoja opinnäytetyössä. Olen saanut tarpeeksi tietoa opinnäytetyöstä ja siihen osallistumisesta.

Päivämäärä _____

Allekirjoitus _____

LIITE 2. Teemahaastattelun kysymyksiä:

Päivystyspoliklinikan yleinen toiminta

- Kuinka paljon on potilaskäyntejä vuodessa päivystyksessä?
- Kuinka paljon aamu/ilta/yövuorossa hoitajia/lääkäreitä?
- Kuinka monta triagehoitajaa päivystyksessä on?
- Kuinka viestintä tapahtuu päivystyksen sisällä? Onko esim. virvepuhelimet hoitajilla/lääkäreillä/sairaahuoltajilla/sihteereillä/potilaskuljettajilla?
- Miten hoitoryhmät on jaoteltu esim. hätätilapotilasta/stroke/trauma/met- potilasta varten? Kuinka toimitaan, jos osastolla potilaan vointi huononee/tulee elvytys, lähtekö päivystyksestä vai teholta hoitoryhmä osastolle?

Potilaan hoitoprosessit

- Kuinka monta eri potilaan hoitoprosessia päivystyksessä on? Mitä ne ovat?
- Millaisia ovat triagehoitajan tehtävät päivystyksessä? Päivittäisjohtamisen tehtävät? Sijaisten hankinta?
- Tarkkailupotilaan hoitajan tehtävät?
- Mitkä ovat päivystyksen sihteerin tehtävät?
- Miten päivystyksen lääkäri osallistuu ensiarvion tekemiseen?
- Millaiset ovat potilaan kulkureitit prosesseissa?

Oma arvio toiminnasta

- Mikä omassa toiminnassa on hyvää?
- Missä kehitettävää?