

Johanna Kähkönen

Yhteistoiminnan kehittäminen ensihoidon ja päivystyspoliklinikan rajapinnassa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Ensihoitaja (ylempi AMK)

Sosiaali- ja terveysalan johtamisen tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

09.12.2016

Tekijä(t) Otsikko	Johanna Kähkönen Yhteistoiminnan kehittäminen ensihoidon ja päivystyspoliklinikan rajapinnassa
Sivumäärä Aika	45 sivua + 6 liitettä 09.12.2016
Tutkinto	Ensihoitaja YAMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveystieteiden johtaminen
Suuntautumisvaihtoehto	Ensihoitopalveluiden johtaminen
Ohjaaja(t)	TtT, Sh, Th, Yliopettaja Arja Liinamo
<p>Tämän tutkimuksellisenä kehittämistyönä toteutetun opinnäytetyön tarkoituksena oli kar- toittaa yhteistyön ilmenemistä ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välisissä yhteistoimintati- lanteissa, ja tunnistaa siihen vaikuttavia tekijöitä. Kehittämistyön tavoitteena oli järjestää ensihoidon ja päivystyksen henkilöstölle yhteistyötapaaminen, ja käynnistää sillä aktiivinen yhteistyö, sekä tuottaa työyhteisöjen välinen kehittämisen toimintastrategia vuodelle 2017.</p> <p>Työn tutkimuksellisen osion toteutus tapahtui aiempaan tutkimustietoon perehtymällä sekä havainnoimalla potilaan hoitovastuun siirtäviä autenttisia luovutustilanteita ja raportointia päivystyspoliklinikalla. Yhteistyötapaamisen sisältö suunniteltiin havainnointiaineiston ana- lyysin tulosten ja sieltä nousevien teemojen mukaan. Yhteistyötapaaminen toimi tässä ke- hittämistyössä kahdensuuntaisena, eli toisaalta jalkautti havainnoinnin pohjalta nousutta tietoa työyhteisöön, mutta myös keräsi työyhteisöistä nousevia ajatuksia ja ideoita kehittä- mistyöhön.</p> <p>Yhteistyötapaamisessa toimijoiden välisen yhteistyön merkitys tunnistettiin, ja sen vaikutus laatuun ja potilasturvallisuuteen tuli selkeästi esille. Keskustelussa tunnistettiin oman työ- kentely-ympäristön ja yhteistoiminnan vahvuuksia ja haasteita, sekä löydettiin olemassa olevia ratkaisuvaihtoehtoja ongelmiin. Asenneilmapiiriin ja muutosvastarinnan olemassaolo tunnistettiin, mutta myös yhteisesti todettiin, että kun kyse on potilasturvallisuushaasteista, ei asenne saa olla esteenä toiminnan kehittämiseksi, ja potilasturvallisuuteen liittyvien asi- oiden tunnistamista tulee kehittää. Sekä havainnoinnin tulokset, että yhteistyötapaamisen keskustelunaiheet noudattivat hyvin myös aiempien tutkimusten tuloksia ja niiden johto- päätöksiä. Yhteiseen kehittämisstrategiaan sisällytettiin kolme tärkeimmäksi koettua kehit- tämiskohdetta; Tilannejohtajuuden ja tiimin jäsenten tehtävien määrittäminen, ISBAR – mallin käyttöön sitoutuminen, sekä potilaan luovutusprosessin yhtenäistäminen. Lisäksi tapaamisessa nimettiin kehittämistyön vastuuhenkilöt molemmista työyhteisöistä.</p> <p>Yhteistyötapaaminen ja yhteisen kehittämisstrategian tuottaminen koettiin tärkeäksi, ja sen merkitys yhteistyötä vahvistavana tekijänä tunnistettiin. Yhteistyö jatkuu tämän opinnäyte- työn jälkeenkin.</p>	
Avainsanat	ensihoito, päivystys, yhteistoiminta, yhteistyö, raportointi, poti- laan luovuttaminen, CRM, kommunikaatio

Author(s) Title	Johanna Kähkönen Developing collaboration on the boundaries between prehospital care and emergency room
Number of Pages Date	45 pages + 6 appendices 09 Dec 2016
Degree	Master's Degree in Prehospital Care
Degree Programme	Master's Degree in Health Care and Social Services
Specialisation option	Management in Health Care and Social Services
Instructor(s)	Arja Liinamo, Senior Lecturer
<p>The purpose of this research thesis is to survey the manifestations of collaboration between the prehospital care and the emergency room and identify the contributing factors. The study was performed in collaboration with the central hospital of HUS Porvoo hospital district and the Itä-Uusimaa Rescue Department. The aim of the study was to arrange a collaborative meeting between the personnel of the prehospital care unit and the emergency room, through this initiate an active cooperation and produce a strategy for collaborative development for the year 2017.</p> <p>The research part was done by studying previously done research data and observing authentic patient handover situations and reports in the emergency room. The content of the collaborative meeting was planned in accordance with the results and emerging themes from the analysis.</p> <p>During the collaborative meeting the co-operation between the two units was identified and the effect it has on quality and patient safety was made clear. The discussion brought up the strengths and challenges of the working environment and collaboration and existing solutions to problems were presented. Attitudes and resistance to change was identified but the general consensus was that when patient safety is at stake, attitude cannot be a hinder to improvement and issues related to patient safety need to be developed. The results from the observation and the collaborative meeting were in line with results from previous studies and their conclusions. The three main points in the developing strategy was: definition of situational leadership and team members roles in collaborative situations, committing to the iSBAR model and unifying the patient handover process. Persons in charge of the developing project were also assigned from both units.</p> <p>Creation of the developing strategy and the collaborative meeting was considered important and its significance in strengthening co-operation was identified. The collaboration of the units will carry on after this study.</p>	
Keywords	prehospital care, emergency room, collaboration, cooperation, report, hand over, CRM, communication

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Päivystys- ja ensihoitopalvelut	2
2.1	Toimintaa ohjaavat lait ja palvelutasopäätös	3
2.2	Hoito- ja palveluketju ensihoidosta päivystykseen	4
3	Ammattiryhmien välinen tilannetietoisuus ja vuorovaikutus	7
3.1	Crisis Resource Management (CRM)	8
3.2	Yhteistoiminnan vaikutus potilasturvallisuuteen ja laadunhallintaan	11
4	Kirjallisuushaku ja aiemmat tutkimushankkeet	13
4.1	Potilaan luovutusprosessin vaiheet	14
4.2	Luovutusprosessin haasteita	15
4.3	Toimijoiden väliset suhteet ja hoidon jatkumo	17
5	Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi	18
5.1	Tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät	20
5.2	Toimintaympäristö, lähtötilanne ja kohderyhmä	21
5.3	Lähtökohdat ja kehittämismenetelmien valinta	22
5.3.1	Havainnointi laadullisena menetelmänä	23
5.3.2	Yhteistyötapaaminen kehittämisen tukena	24
5.3.3	Prosessianalyysi ja toiminnan kriittiset vaiheet	25
5.4	Menetelmistä aineiston analyysiin	26
6	Kehittämistyön tulokset	27
6.1	Havainnoinnin tulokset	28
6.2	Johtopäätökset havainnoinnin tuloksista	33
6.3	Yhteistyötapaamisen yhteenveto	35
6.4	Tulosten raportointi, luotettavuus ja eettisyys	38
7	Pohdinta	39
	Lähteet	42
	Liitteet	
	Liite 1. Crisis Resource Management (CRM) –ydinkohdat	
	Liite 2. ISBAR -malli	
	Liite 3. Havaintolomake potilaan vastaanottamiseen	

Liite 4. Havaintolomake kriittisesti sairaan potilaan vastaanottamiseen

Liite 5. Havainnoinnissa esille nousseet ongelmakohdat

Liite 6. Kutsu yhteistyötapaamiseen

1 Johdanto

Päivystyspoliklinikoilla ja ensihoidossa tuotetaan jatkuvasti samaan tavoitteeseen tähtäävää toimintaa. Ensihoidon kohtaaman potilaan hoitopolku alkaa tapahtumapaikalta ja jatkuu usein päivystyspoliklinikalle. Ensihoidon keräämän tiedon ja kentällä aloitetun hoidon merkitys on tärkeässä osassa arvioitaessa potilaan hoidon tarvetta ja kiireellisyttä. Ensihoidon ja päivystyksen rajapintaan liittyy monia prosessin osia, joissa erityisesti tiedon siirtyminen, kommunikaatio ja hyvä tilannetietoisuus ovat tärkeässä asemassa hoidon jatkuvuuden ja hyvän tilannekuvan säilymisen kannalta. Yksi tärkeimmistä taitekohdista yhteistyössä on potilaan hoitovastuun siirtävä luovutustilanne sairaalan päivystyksessä, johon tässä kehittämistyössä tullaan pääasiassa keskittymään.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) yhtenä tavoitteena on lisätä yhteistyötä terveydenhuollon eri toimijoiden välillä. Tutkimuksissa on kuvattu useita kommunikaatioon liittyviä ongelmakohtia ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välisessä vuorovaikutuksessa, lähinnä potilaan luovutustilanteisiin ja raportointiin, mutta myös muuhun yhteistoimintaan liittyen. Tutkimuksissa on muun muassa todettu, että tehoton toiminta potilaan luovutustilanteissa uhkaa potilasturvallisuutta, laatua ja hoidon vaikuttavuutta. Vaikka potilaan luovutustilanteiden toimivuuteen ollaan pääasiassa melko tyytyväisiä, toiminnan kehittämiseksi ja strukturoiduille toimintamalleille katsotaan olevan tarvetta. Potilasturvallisuuskysymykset liittyvät koko hoitoketjun ymmärtämiseen, ja hoidon jatkumo edellyttää riittävän hyvin sujuvaa keskinäistä yhteistyötä. On myös tärkeää ymmärtää, missä olosuhteissa potilaan hoitoon liittyvä aiempi päätöksenteko on tapahtunut. (Owen – Hemmings – Brown 2009; Bruce – Suserud 2005; Mikkonen 2014; Paakkonen 2008.)

Kun turvallisen ja toimivan yhteistyön malli omaksutaan osaksi jokaisen työntekijän työtapaa päivittäisessä toiminnassa, säilyy myös kyky toimia kriittisissä tilanteissa säilyttäen hyvä tilannetietoisuus sekä turvallinen ja johdonmukainen toiminta. CRM (Crisis Resource Management) –mallin mukaisella toiminnalla, sekä luomalla yhteisiä toimintamalleja päivystyksen ja ensihoidon henkilöstön välille, saadaan hyödynnettyä tilanteissa kaikki käytettävissä olevat resurssit. Näin tavoitetaan myös toimiva ja selkeä tilannejohtajuus, sekä varmistetaan mahdollisuus säilyttää hyvä tilannetietoisuus. Toiminnalla varmistetaan myös, että hoitoketjun kaikissa vaiheissa siirtyä ajantasaista, loogisesti etenevää ja johdonmukaista tietoa potilaan voinnista eteenpäin. (Nyström 2013: 101-106; Rall & Gaba ym. 2014: 120-124.)

Tämä kehittämistyö käsittelee ensihoidon ja päivystyksen välistä yhteistoimintaa ja turvallista tiedon välittymistä ensihoidon ja päivystyksen rajapinnassa. Tutkimuksellisenä kehittämistyönä toteutettavan opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa yhteistyön ilmenemistä ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välisissä yhteistoimintatilanteissa, sekä nostaa esiin kriittisiä kehityskohteita ja laatupoikkeamia, mutta myös positiivisten kokemusten kautta hyviksi todettuja käytänteitä. Työn tutkimuksellisen osion toteutus tapahtui havainnoimalla potilaan hoitovastuun siirtäviä autenttisia luovutustilanteita ja raportointia päivystyspoliklinikalla. Kehittämistyön tavoitteena oli kehittää ensihoidon ja päivystyksen välistä päivittäistä yhteistyötä ja tuottaa yhteinen toimintastrategia kehittämisen työkaluksi. Henkilöstö otettiin mukaan strategian ideointiin ja tuottamiseen järjestämällä toimintayksiköiden työntekijöille yhteistyötapaaminen. Yhteistyötapaaminen mahdollisti myös toiminnan suunnittelun, sekä ajantasaisen tiedon jakamisen työyksiköiden välillä. Kehittämistyössä tarkasteltiin erityisesti tiedon siirtymistä ja kommunikaatiota potilaan luovutus- ja raportointitilanteissa. Laadukas kommunikaatio ja vuorovaikutus heijastuvat myös turvalliseen tiedon siirtymiseen, ja vaikuttavat näin myös laatuun ja potilasturvallisuuteen.

Kehittämishanke sijoittui Porvoon sairaanhoitoalueelle, HUS Porvoon sairaalan päivystyksen ja Itä-Uudenmaan pelastuslaitoksen ensihoidon välille. Kehittämistyö toteutettiin Metropolian ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä, osana sosiaali- ja terveysalan johtamisen opintoja ja ensihoitopalveluiden johtamisen suuntautumisvaihtoehtoa.

2 Päivystys- ja ensihoitopalvelut

Päivystyshoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vammautumisen tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä tilan arviointia ja hoitoa, yleensä 24h kuluessa aloitettavaa hoitoa, jota ei voida siirtää myöhempään ilman oireiden pahenemista tai vamman vaikeutumista. Hoidon tarpeen arviointi sisältää arvion siitä, tarvitseeko potilas päivystyshoitoa, muuta kiireellistä hoitoa, kiireetöntä hoitoa, tai ei hoitoa lainkaan. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010.)

Ensihoidossa arvioidaan lisäksi tarve ambulanssikuljetukselle, vaihtoehtona voi myös olla muu kuljetus esimerkiksi taksilla tai omalla autolla. Päivystyspoliklinikalla tehdään

hoidon tarpeen arvion lisäksi hoidon kiireellisyyden arvio (triage). Päivystyspalveluita on saatava kaikkina vuorokauden aikoina, ja puhelinohjaus täydentää palveluita. Päivystyshoidon kehittämisessä painotetaan eri toimijoiden välistä yhteistyötä, sekä ensihoitopalvelun ja päivystyksen toiminnallisen kokonaisuuden muodostamista. (Aluehallintovirasto 2013; Kempainen 2010; Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010.)

2.1 Toimintaa ohjaavat lait ja palvelutasopäätös

Kaikkea terveydenhuollon toimintaa ohjaa vahvasti lait, asetukset ja muut säädökset. Toiminta on tarkoin valvottua, ja viime vuosina on päivitetty useilta osin terveydenhuollon lakeja ja asetuksia toimintaympäristön kehittyessä.

Suomen perustuslaki (1999/731) velvoittaa, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut, ja edistettävä väestön terveyttä. Terveystoimintalain (1326/2010) mukaan kiireellisen hoidon antamista varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä ympärivuorokautinen päivystys, ja se on sosiaali- ja terveysministeriön päivystysasetuksen (Asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014) mukaan järjestettävä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksenä. Sosiaali- ja terveysministeriön yhtenäisten päivystyshoidon kriteerien (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010: 37-37) mukaan päivystyksen prosessit olisi suunniteltava niin, että erilaisia toimintatapoja yksilöiden välillä tulisi välttää. Päivystyksessä tapahtuvaa eri toimijoiden ja työntekijöiden välistä viestintää tulisi yhdenmukaistaa.

Terveystoimintalain (1326/2010) mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä alueensa ensihoitopalvelu. Ensihoitopalvelu on suunniteltava ja toteutettava yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa siten, että nämä yhdessä muodostavat alueellisesti toiminnallisen kokonaisuuden. Terveystoimintalaki määrittelee ensihoitopalvelun sisällöksi kiireellisen hoidon ja kuljetuksen lisäksi ensihoitovalmiuden ylläpitämisen, tarvittaessa potilaiden, heidän läheistensä ja muiden tapah-tumaan osallisten ohjaamisen psykososiaalisen tuen piiriin, osallistumisen alueellisten varautumis- ja valmiussuunnitelmien laatimiseen sekä tarvittavan virka-avun antamisen muille viranomaisille. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta (340/2011) tarkentaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tehtäviä ensihoitopalvelun järjestäjänä, määrittelee ensihoitopalvelun riskialue luokat, tehtävien kiireellisyysluokat, tavoittamisajat, sekä ensihoitopalvelun yksiköt ja henkilöstön koulutuksen. Asetuksessa

määritellään myös johtamisjärjestelmä, kenttäjohtajan tehtävät, sekä palvelutasopäätöksen sisältö.

Ensihoidon palvelutasopäätöksen tekee sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Palvelutasopäätöksessä määritellään ensihoitopalvelun järjestämistapa, sisältö, ensihoitopalveluun osallistuvan henkilöstön koulutus, tavoitteet potilaan tavoittamisajasta ja muut alueen ensihoitopalvelun järjestämisen kannalta oleelliset yksityiskohdat. Palvelutasopäätöksessä on määriteltävä ensihoitopalvelun sisältö siten, että palvelu on toteutettava tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010; Ensihoitoasetus 340/2011.)

Ensihoito- ja päivystyspalvelujen suunnittelussa pyritään koko ajan enenevästi muodostamaan toiminnallisesti yhtenäisempiä kokonaisuuksia. Toimiva ja yhtenäinen palveluketju on turvallinen ja taloudellisesti kannattavampi kuin pirstaleiset palvelunosat. Suomessa viime vuosina tapahtunut päivystystoimintaa säätelevän lainsäädännön uudistaminen sekä yhtenäiset päivystystoiminnan perusteet ovat joillain alueilla johtaneet ensihoidon ja päivystyksen yhteisten toimintayksiköiden perustamiseen. (Kempainen 2013:92-93). Uudistukset jatkuvat tulossa olevan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen - eli sote-uudistuksen myötä, joka on yksi suurimmista hallinnon ja toimintatapojen uudistuksista, mitä Suomessa on tehty. Muutos koskettaa suurta osaa suomalaisista, ja yhtenä eniten puhututtaneena aiheena on ollut päivystysverkosto ja sote-uudistuksen myötä mahdollisesti lakkautettavat päivystyspisteet. Pitenevien välimatkojen vaikutus ensihoidon toimintakenttään koetaan haasteena. Uudistuksen tavoitteena on varmistaa palvelujen yhdenvertainen saatavuus, riittävä osaaminen hoitavassa yksikössä ja asiakas- ja potilasturvallisuus sekä hillitä kustannusten kasvua. Lisäksi tavoitteena on, että ihmiset pääsevät nykyistä helpommin kiireelliseen hoitoon. Päivystysmuutosten yhteydessä ensihoidollisen lähipalvelun tarve korostuu. (Sote- ja maakuntauudistus 2016.)

2.2 Hoito- ja palveluketju ensihoidosta päivystykseen

Hoitoketju kuvaa terveydenhuollon toiminnan palveluketjua. Ensihoitopalvelun osalta hoitoketju alkaa kansalaisen tunnistettua hätätilanteen ja soitettua yleiseen hätänumeroon 112. Hätäkeskus ottaa vastaan puhelun ja tekee sen perusteella riskinarvioinnin terveystoimen tehtävänkäsittely- ja riskinarvio-ohjeen mukaan. Tämän jälkeen hätäkeskus huolehtii avun hälyttämisestä, soittajan puhelinohjauksesta, ja ensihoidon toi-

minnan tukemisesta. Hätäkeskus välittää tehtävän ensihoitoyksikölle ja antaa tehtävän suorittamisen kannalta oleelliset lisätiedot joko viestinä tai puheella viranomaisverkossa (VIRVE) radiolla. Porrastettuna vasteena tehtävään voidaan hälyttää joko perustasoinen, hoitotasoinen, tai lääkäriyksikkö, ja korkeariskiseen tehtävään hälytetään yleensä useita tarkoituksenmukaisia yksiköitä laadukkaan ensihoidon turvaamiseksi. Tarvittaessa tehtävään liitetään lisäksi nopeammin potilaan tavoitettava ensivasteyksikkö, joka voi olla pelastusyksikkö, sopimuspalokunnan yksikkö tai esimerkiksi saaristossa rajavartiolaitoksen yksikkö. (Määttä 2013: 21-23; Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010: 21-22.)

Ensihoitopalvelu on osa terveydenhuollon päivystystoimintaa. Ensihoitopalvelun perustehtävänä on turvata äkillisesti sairastuneen ja onnettomuuden uhrin tasokas hoito tapahtumapaikalla ja kuljetuksen aikana. Ensihoitopalvelun sisältö ja ensihoidon tehtäväkuva on kehittynyt vuosien saatossa merkittävästi. Alunperin ydintehtävänä oli turvata nopea ammatillinen apu sydänpysähdyspotilaille ja onnettomuuksien uhreille, ja kuljettaa heidät nopeasti sairaalahoitoon. Tänä päivänä näiden lisäksi pyritään tunnistamaan lukuisa joukko muita terveydellisiä ongelmatilanteita mahdollisimman varhain ja aloittamaan asianmukainen ja korkeatasoinen hoito välittömästi jo paikanpäällä. Nykyaikainen ensihoitojärjestelmä korostaa hoidon tarpeen arviota, järjestelmällistä potilaan tutkimista ja hoidon aloitusta, asianmukaista kirjaamista, sekä arviota siitä, vaatiiko potilaan terveydentila kuljetusta ambulanssilla, vai muunlaista potilaan ohjaamista asianmukaiseen hoitopaikkaan tai muun avun piiriin. (Määttä 2013:14-18). Sairaanhoido-alueelle laadittu hoitoonohjausohje määrittää millä kriteerein ja mihin hoitopaikkaan potilas ohjataan tai kuljetetaan. Ensihoidossa suoritettavaan potilaan tilanarvioon ja hoitoon käytetään paikallisia ohjeistuksia sekä yhtenäisen informaation lähteenä mm. Ensihoito-opasta sekä Käypä hoito –suosituksia (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010: 21-22).

Yhtenäisten päivystyshoidon perusteiden (2010) mukaan potilaan hoitoketjun tulee toimia yhtenäisenä alkaen sairastumis- tai loukkaantumispäikältä, josta hoito jatkuu saumattomasti sairaalaan tai muuhun jatkohoitoon. Useiden toimijoiden välinen tiedonkulkua ja kerätyn tiedon rikkonainen rakenne asettaa haasteita ensihoidolle välittää potilaan mukana varmasti oikeaa ja ajantasaista tietoa, sekä poimia siitä potilaan terveysongelman kannalta oleelliset asiat.

Ensihoidon ja päivystyksen rajapinnassa korostuvat vuorovaikutustilanteet, kuten kriittisesti sairaasta potilaasta jo kuljetuksen aikana tehtävä ennakoilmoitus, potilaan luovutus ja raportointi, sekä hoitovastuun siirtyminen. Tiedon välittäminen on hoitoketjun turvallisen jatkuvuuden olennainen osa. Rajapinnassa toisen osapuolen työn tunteminen helpottaa yhteistyötä. (Kempainen 2013:92-93, Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010:11.)

Potilaan saapuessa päivystykseen, vastaanottava hoitaja (trihagehoitaja) selvittää potilaan tulossyyntä sekä kliinisen tilan ja tekee näiden perusteella nopean ja täsmällisen hoidon tarpeen- ja kiireellisyyden arvion (trihage). Trihagen ensisijaisena tarkoituksena on tunnistaa välitöntä hoitoa vaativat potilaat, sekä sellaiset potilaat, joiden kliininen tila ja hoidon ennuste voivat heikentää odottamisen seurauksena. Kiireellisyysluokitteluja on kehitetty erilaisia, ja ne vaihtelevat päivystyksittäin. (Kempainen 2013:92-93.)

Etelä-Suomen aluehallintovirasto selvitti vuonna 2013 päivystysten hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnin kokonaistilannetta Etelä-Suomessa. Selvitys tehtiin osana lakisäätöistä ohjauksen- ja valvontatoimintaa. Selvityksessä todettiin, että Etelä-Suomen alueella päivystysten trihageohjeet poikkesivat toisistaan ja olivat osin puutteellisia. (Aluehallintovirasto 2013.) Suomessa yleisimmin käytössä olevia hoidon kiireellisyyden ensiarvion malleja ovat ABCDE –trihage, sekä monissa maissa käytössä oleva ESI-trihage. Mitään yksittäistä mallia tai järjestelmää ei toistaiseksi ole validoitu Suomessa, eikä tietävästi minkään järjestelmän yhtenäistä käyttöönottoa ole esitetty. Tärkeintä olisi, että kaikilla päivystyspoliklinikoilla käytettäisiin paikallisiin olosuhteisiin soveltuvaa hoidon kiireellisyyden ensiarvion mallia, jota tarkennettaisiin potilaan tilaa seuraten koko päivystyskäynnin ajan. (Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010: 21-22.)

Ensihoitopalvelun päivystykseen tuoman potilaan hoidon tarpeen- ja kiireellisyyden arvio (trihage) perustuu hyvin pitkälle ensihoidon antamaan raporttiin tapahtumatiedoista, sekä ensihoidon tekemään ensiarvioon ja tarkennettuun tilanarvioon. Raportointi ja siinä siirtyvä tieto kaikissa hoitoprosessin vaiheissa ensihoidon ja päivystyksen henkilökunnan välillä on tärkeä osa potilaan hoidon jatkuvuutta. Puutteet kommunikaatiossa ja tiedon siirrossa voivat johtaa kriittisiin puutteisiin ja viivästyksiin myös hoidon aloituksessa.

3 Ammattiryhmien välinen tilannetietoisuus ja vuorovaikutus

Kommunikaatio ja vuorovaikutus ovat osa ei-tekniisiä taitoja. Ei-tekniiset taidot ovat niitä taitoja, jotka eivät suoranaisesti liity kliiniseen osaamiseen. Ei-tekniiset taidot täydentävät teknistä osaamista, kuten miten tehtävää johdetaan, miten tiimityötä tehdään, miten tilannetietoisuutta ylläpidetään ja miten päätöksiä tehdään. Ei-tekniisillä taidoilla pyritään turvalliseen ja tehokkaaseen toimintaan. (Nyström 2013: 105-106.) Ei-tekniisiä taitoja ensihoidon ja päivystyspoliklinikan rajapinnassa ilmenee erityisesti muun muassa ennakoilmoitusta tehdessä ja vastaanottaessa, raportoinnissa, potilaan luovuttamisessa sairaalaan, vaativan tason hoitolaitosiirtoihin valmistautumisessa, mutta myös tilanteiden muuttuessa nopeasti (Kuvio 1).

Kriittisimmillään päivystyksen ja ensihoidon yhteistoiminta ja ei-tekniiset taidot saattavat näyttäytyä esimerkiksi tilanteessa, jossa huonokuntoisen potilaan tila äkillisesti romahtaa ja saattaa johtaa jopa elvytykseen. Tämä vaatii välittömiä hoitotoimia kesken potilaan luovuttamisen sairaalaan. Tällaisessa tilanteessa sekä päivystyksen että ensihoidon henkilöstön osallistuminen tilanteeseen on välttämätöntä. Vaaditaan nopeaa reagoitua, hyviä yhteistyötaitoja ja riittävää tilannetietoisuutta kaikilta tilanteeseen osallisuilta, sekä ennen kaikkea selkeää tilannejohtamista. Tiedostamalla ei-tekniisten taitojen merkitystä, sekä luomalla yhteisiä toimintamalleja päivystyksen ja ensihoidon henkilöstön välille, saadaan hyödynnettyä tilanteissa kaikki käytettävissä olevat resurssit. Näin tavoitetaan toimiva ja selkeä tilannejohtajuus, sekä varmistetaan mahdollisuus säilyttää hyvä tilannetietoisuus.



Kuvio 1. Ensihoidon ja päivystyspoliklinikan yhteistoiminnan osa-alueita

Hoitotyössä viestitään sekä sanallisesti, että ei-sanallisesti. Ei-sanalliseen vuorovaikutukseen kuuluvat esimerkiksi käyttäytyminen, katsekontakti, kasvojen ilmeet ja eleet, äänenpaino sekä henkilön fyysinen sijainti huoneessa. Vuorovaikutus edellyttää molempinpuolista tulkintaa. Sosiaalipsykologien mukaan 40-60% sanoman sisällöstä hukkuu lähettäjän ja vastaanottajan välisessä kommunikaatiossa, ja lähes 90% tulkinasta perustuu ei-sanalliseen viestintään. Sanallisen ja ei-sanallisen kommunikaation tulee olla yhdenmukaista ja toisiaan täydentävää, jotta sanomasta tulisi uskottava. Viestinnällä on suuri merkitys sekä yhteistoiminnassa, että potilasturvallisuusosaamisessa. Kommunikoida pitää sellaisin sanoin ja ilmaisin, jotka kaikki ammattiryhmät ymmärtävät, koska ammattiryhmien sisäinen ja välinen tiedonsiirto on yksi merkittävä riskitekijä. Tämä on erityisen tärkeää akuuteissa tilanteissa, joissa viestintä on kiireistä. (Ponzer, Castren 2013: 134-135.)

Moniammatillisuutta ja sen merkitystä korostetaan yhteistoiminnassa. Yksi moniammatillisuuden ydinasioista on tiedon yhteen kokoaminen ja yhteisen käsityksen muodostaminen. Kommunikaatiotaidot eivät yksin riitä, vaan on ymmärrettävä eri ammattilaisten tiedon ja osaamisen merkitys, sekä tunnistettava mahdollisuudet hyödyntää sitä. (Isoherranen 2012:155-156.)

3.1 Crisis Resource Management (CRM)

Tilannetietoisuuden ja tiimityön yksi merkittävimmistä käsitteistä tänä päivänä on CRM (Crisis Resource Management). Kirjainlyhenteen alkuperästä näkee useita variaatioita riippuen asiayhteydestä ja alasta, jolla menetelmää käytetään. Terveystieteiden sovellettuna yleisimmin puhutaan Crisis Resource Management -menetelmästä. Alunperin CRM on ilmaisuun kehitetty resurssienhallintamenetelmä, josta se on levinnyt erilaisina versioina useille turvallisuuskriittisille aloille. CRM muodostuu laadun ja potilasturvallisuuden näkökulmasta viidestätoista ydinkohdasta (Liite 1). Siinä on keskeistä luoda yhteinen käsitys tilanteesta, ongelman luonteesta ja syystä, löydösten tarkoituksesta ja siitä, mitä tulevaisuudessa todennäköisesti tapahtuu. Kyse on tavoitteesta tai halutusta lopputuloksesta ja siitä, mitä tehdään, kuka tekee, milloin tehdään, ja miksi tehdään. Tavoitteena on vähentää virheitä ja parantaa tehokkuutta. (Nyström 2013: 101-106; Rall & Gaba ym. 2014: 120-124.)

Lienee selvää, että jos ensihoidon ja päivystyspoliklinikan henkilöstöllä on yhteinen käsitys tilanteesta, potilaan terveysongelman luonteesta, löydöksistä ja syistä, voidaan muodostaa yhtenäinen käsitys potilaan hoidon jatkumisesta ja siitä, mikä tieto on oleellista siirtää seuraavaan hoitoketjun vaiheeseen. Kun CRM menetelmänä omaksutaan osaksi jokaisen työntekijän työtappaa päivittäisessä toiminnassa, säilyy myös kyky toimia kriittisissä tilanteissa säilyttäen hyvä tilannetietoisuus sekä turvallinen ja johdonmukainen toiminta. Kun potilaan hoitoon liittyvä tieto on rakentunut koko hoitoketjun ajan hyvälle tilannetietoisuudelle, dynaamisen päätöksenteon seurauksena, voidaan hoitoketjun kaikissa vaiheissa siirtää ajantasaista, loogisesti etenevää ja johdonmukaista tietoa potilaan voinnista eteenpäin.

CRM:n ydinkohdista (Nyström 2013: 101-106; Rall & Gaba ym. 2014: 120-124.) kaikki viisitoista (liite 1) palvelevat ensihoidon ja päivystyksen välistä yhteistyötä jossain määrin. Tärkeimpinä kohtina on syytä nostaa esille ympäristön ja muiden toimijoiden tunteminen, ennakoiminen ja tilanteisiin valmistautuminen, sekä tilannejohtajana ja tiimijäsenenä toimimisen taidot ja hyvä kommunikaatio. Kuvitellaan tilanne, jossa ennakoilmoitettu potilas saapuu päivystykseen ambulanssilla ja potilaan vointi on ennakoilmoituksessa kuvattu kriittiseksi. CRM:n mukaan on tärkeää tuntea oma toimintaympäristö ja käytävissä olevat resurssit, joten ennakoilmoituksen perusteella käynnistetään valmistautuminen potilaan saapumiseen. Tilanteeseen varataan tarkoituksenmukainen tila ja varusteet, sekä kutsutaan paikalle tarvittavaa henkilökuntaa. Jo tässä vaiheessa korostuu resurssien hallinnan tärkeys. Kriittisestä tilanteesta huolimatta päivystyksen muun toiminnan on jatkuttava vaarantumatta, vaikka resursseja joudutaan jakamaan ja hoitohenkilökuntaa irrottamaan vähemmän kiireellisistä tehtävistä. Resurssienhallinnan näkökulmasta on tärkeää tuntea kunkin toimijan osaamisalueet ja kyvyt toimia tilanteessa. Tilanteisiin varautuminen, ennakoiminen ja harjoittelu ovat tärkeä osa CRM-menetelmää. Kriittisiin tilanteisiin varautumiseen kuuluu niiden ennalta harjoittelu ja yhteisten toimintamallien sopiminen. Kuvatun kaltaiseen kriittiseen potilaan vastaanottamiseen voidaan valmistautua harjoittelemalla tilanteita etukäteen mm. simulaatioilla. Simulaatioharjoituksessa luodaan mahdollisimman aidon kaltainen tilanne ja toimitaan ennalta suunnitellun tapausesimerkin mukaan. Simulaatiotilanteissa havaitaan toiminnan puutteet turvallisessa ympäristössä ja voidaan harjoitella toimintamalleja rohkeasti ja avoimesti ilman vaaraa potilasturvallisuuden vaarantumisesta. Simulaatiot ovat ”turvallinen paikka erehtyä” ja oppia myös virheistä. Simulaatioissa myös havaitaan, vahvistetaan ja harjoitellaan hyviksi todettuja toimintamalleja. (Hoppu – Niemi-Murola – Handolin 2014.) Kahden eri toimijan näkökulmasta ei riitä, että molemmat

työyhteisöt harjoittelevat tilanteita tahoillaan, vaan olisi tärkeää harjoitella niitä yhdessä, ja luoda molempia toimijoita palvelevia yhtenäisiä toimintamalleja. Tässäkin korostuu toisen toimijan työn tuntemisen tärkeys, joka kehittyy yhdessä harjoitellen.

Kriittisesti sairaan potilaan saapuessa päivystykseen, korostuu CRM:n näkökulmasta tilannejohtamisen merkitys. Ensihoidon ja päivystyksen henkilöstö, kaksi varsin erilaisiin työtapoihin, välineisiin ja olosuhteisiin tottunutta tahoja toimii yhdessä potilaan parhaaksi tilanteessa, jossa muuttujia on paljon. Työskentely-ympäristö sairaalan sisällä on ensihoidolle melko vierasta, ja tiimin jäsenet, heidän roolinsa, sekä toimintamallit toisilleen vieraita. Kriittisesti sairaan potilaan vastaanottamisen yhteydessä tapahtuvaan hoitotilanteeseen on nimettävä ja selkeästi osoitettava tilannejohtaja. CRM:n mukaan hyvä johtaja ei ole se joka tietää eniten, vaan se joka kykenee suunnittelemaan, tekemään päätöksiä ja jakamaan tehtäviä sekä kommunikoimaan selkeästi. Vähintään yhtä tärkeää on osata toimia johdettavana ja tukea johtajan toimintaa. Johtamisen ja johdettavana olemisen taitoja voidaan niin ikään harjoitella simulaatioharjoituksilla. Tilannejohtajan otettua tilanteen haltuun, on tärkeää jakaa tehtävät tiimin jäsenille. Tiimin koordinoiminen on helpompaa, kun jokainen tietää tehtävänsä. Tehtävien jakamisessa korostuu CRM:n oppien mukaan ihmisen rajallinen huomiokyky. Ihmiset usein kuvittelevat olevansa parempia tekemään useaa asiaa yhtä aikaa, kuin todellisuudessa ovat. Tämä on tilannejohtajan tärkeää tiedostaa. Tilanteessa on hyvä pyrkiä osoittamaan tiimin jäsenille selkeät roolit sekä pyrkiä systemaattiseen toimintaan jossa asioita priorisoidaan sen sijaan että tehtäisiin montaa asiaa yhtä aikaa. (Nyström 2013: 101-106; Rall & Gaba ym. 2014: 120-124.)

CRM:n yksi keskeisimmistä ja kaikkia toiminnan osa-alueita palvelevista asioista on toimiva kommunikaatio. Rall & Gaba (2014: 122) kuvaavat toimivaa kommunikaatiota neliportaisella mallilla, joka osoittaa, että paineenalaisissa tilanteissa ihmiset ovat taipuvaisia ajattelemaan paljon, mutta sanomaan vähän. On tärkeää välittää tiimin jäsenille se, mitä ajattelet. Se mitä on tarkoitettu, ei ole välttämättä sanottu, ja se mitä on sanottu, ei välttämättä ole kuultu. Viestin vastaanottava ihminen on myös saattanut kuulla asian, mutta ei ole aktiivisesti ottanut viestiä vastaan ja ymmärtänyt kuulemaansa. Kuittaamalla sanallisesti asia kuulluksi ja ymmärretyksi, suljetaan kommunikaation ympyrä. Asian ymmärtämisen jälkeen vielä on varmistettava se, että asia on myös tehty. Sanallisesti kuittaamalla annettu tehtävä tehdyksi, tilanteen johtaja tietää tehtävän hoidetuksi, ja toisaalta myös siihen sidotun resurssin vapautuneen seuraavaa tehtävää varten.

3.2 Yhteistoiminnan vaikutus potilasturvallisuuteen ja laadunhallintaan

Kommunikaatio ja yhteistyötaidot ovat oleellinen osa potilasturvallisuusosaamista. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen määritelmän mukaan potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Laajemmin käsitettynä potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden, toimintayksiköiden ja organisaatioiden periaatteita ja toimintakäytäntöjä, joilla varmistetaan potilaiden terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen turvallisuus. (Potilasturvallisuusopas 2011: 7.)

Potilasturvallisuusosaamisella tarkoitetaan työntekijän tietoisuutta potilasturvallisuutta vaarantavista riskeistä ja niiden hallintaan liittyvistä käytännöistä omassa toimintayksikössä, sekä kykyä soveltaa niitä työssä. (Potilasturvallisuusopas 2011:15.) Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Potilasturvallisuus on nykyisin myös yksi merkittävimmistä terveydenhuollon kehittämisen painopistealueista, joten se kuuluu oleellisesti laadunhallinnan piiriin. (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014.) Turvallisuuskulttuuri puolestaan on organisaation kykyä ja tahtoa ymmärtää, millaista turvallinen toiminta on, millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy ja miten niitä voidaan ehkäistä, sekä kykyä ja tahtoa toimia turvallisesti, ehkäistä vaarojen toteutumista ja edistää turvallisuutta. (Reiman ym. 2018: 18-24.) Terveydenhuollossa on yleisesti käytössä käsite potilasturvallisuuskulttuuri, joka juontaa edellä esitetystä turvallisuuskulttuurin käsitteestä.

Hoidon laadun parantaminen ja hoitovirheiden riskin pienentäminen on koko hoitohenkilökunnan yhteinen tehtävä. Esimiehen tehtävänä on varmistaa, että potilasturvallisuuden riskien hallintakäytännöt on selkeästi kuvattu ja että henkilöstöllä on edellytykset niiden soveltamiseen toiminnassa. Työprosessien tulee olla helposti hahmotettavia ja tarvittavan tiedon päivittäiseen työhön helposti saatavilla. Ammattihenkilöiden tulee noudattaa työssään potilasturvallisuuden edistämisen periaatteita, soveltaa sen keskeisiä keinoja sekä hyödyntää potilasturvallisuuden edistämisen työkaluja, oppaita ja suosituksia. (Potilasturvallisuusopas 2011: 15.)

Potilaan hoito toteutuu usein eri toimijoiden muodostamana hoitoketjuna. Hoitopaikan muutokset siihen liittyvine tiedonsiirtoineen ja toimintakulttuurien vaihdoksineen muodostavat merkittävän potilasturvallisuusriskin myös ensihoidon ja päivystyksen rajapin-

nassa. (Potilasturvallisuusopas 2011: 15.) WHO on kuvannut potilasturvallisuusosaamista kahdeksalla osa-alueella, joista kaksi ilmenee erityisesti ensihoidon ja päivystyksen välisessä toiminnassa; Tiimityön merkityksen ymmärtäminen, sekä potilasturvallisten toimintatapojen vahvistaminen. (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014: 27). Ensihoidossa ja päivystyksessä on koko ajan muuttuva toimintaympäristö, ja ennakoimattomat tilanteet asettavat toiminnalle erityisvaatimuksia samalla kun joudutaan toimimaan useamman rajapinnan kanssa. Molemmissa toiminoissa joudutaan tekemään nopeita päätöksiä usein vähäisellä käytettävissä olevalla tietomäärällä. Ensihoito on fyysisesti ja psyykkisesti raskasta työtä ja sitä tehdään vaativissa olosuhteissa kentällä usein yhteistyössä usean muun viranomaisen kanssa. Päivystystyölle kaiken kaikkiaan on ominaista yllätyksellisyys sekä potilasmäärien, tilanteiden että tapausten kirjon kautta. (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014: 3.) Hoidon prioriteetit saattavat olla ajoittain hyvinkin erilaisia sairaalan ulkopuolella kuin sisäpuolella. Tämä saattaa johtaa ristiriitaisiin käsityksiin siitä, mikä on tärkeää informaatiota siirtää potilaan mukana seuraavaan hoitopaikkaan.

Potilasturvallisuuden ja laadunhallinnan näkökulmasta moniammatillinen yhteistyö ja sen kehittäminen on erittäin tärkeää. Terveysturvalaki (1326/2010) edellyttää, että terveydenhuollon toimintayksiköt laativat suunnitelman laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Lakia täydentävä sosiaali- ja terveysministeriön asetus (340/2011) laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta ohjeistaa terveydenhuollon yksiköitä suunnitelman laadintaan, toimeenpanoon ja seurantaan. Täytäntöönpano tulisi toteuttaa tarvittavin osin yhteistyönä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueen muiden sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköiden kanssa. Suunnitelmassa tulee huomioida menettelytavat, joilla henkilöstö osallistuu moniammatilliseen laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden kehittämiseen ja saa palautetta oppimista ja oman toimintansa kehittämistä varten. (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014: 15-16, Potilasturvallisuusopas 2011: 31.) Asetuksen edellyttämä henkilökunnan aktiivinen ja moniammatillinen osallistuminen potilasturvallisuuden kehittämiseen turvataan parhaiten, jos henkilökunta voi osallistua suunnitelman laatimiseen ja seurantaan sekä toiminnan kehittämiseen sen pohjalta. (Potilasturvallisuusopas 2011:15.)

Laadun ja potilasturvallisuuden täytäntöönpano muodostuu projektinomaisista vaiheista, jotka tulisi käynnistää näyttöön perustuvan toiminnan ja arvioinnin tulosten pohjalta. Täytäntöönpanon kannalta keskeistä on nostaa esiin organisaation kriittiset kehityskoh-

teet ja laatu poikkeamat. Toisaalta kehitystyön ja toteutuksen kannalta yhtä merkittävää on organisaation vahvuuksien ja hyvien käytäntöjen jakaminen ja hyödyntäminen toiminnan kehityshankkeissa. (Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014: 32.)

Tämä kehittämistyö toimii osaltaan STM:n suosituksen mukaisena laatu- ja potilasturvallisuushankkeena Porvoon sairaanhoitoalueella, kohteena hoitohenkilöstön yhteistoiminta ensihoidon ja päivystyksen rajapinnassa. Kehityshankkeen tuloksia voidaan hyödyntää paikallisesti, mutta myös laajemmassa mittakaavassa sote -toimintojen muutospainneessa, jolloin osaamisen ja yhteistyön kehittäminen erityisesti korostuu.

4 Kirjallisuushaku ja aiemmat tutkimushankkeet

Suomessa ensihoidon ja päivystyksen välistä yhteistoimintaa on tutkittu hyvin vähän. Kansainvälisiä tutkimuksia aiheesta löytyy jonkin verran, mutta maakohtaiset erot ensihoito- ja akuuttihoitotyön järjestelmissä hankaloittavat tutkimustiedon soveltamista suoraan suomalaiseen järjestelmään. Teoreettisen tausta- ja tutkimustiedon hankinnassa hyödynnettiin terveysalan tietokantoja Medic, PubMed ja Cinahl. Hakusanoina käytettiin suomenkielisiä käsitteitä ”ensihoito”, ”ambulanssi”, ”päivystys”, ”päivystyspoliklinikka”, ”potilaan luovutus”, ja ”raportointi”, erilaisina yhdistelminä ja katkaisumerkein. Vastaavasti kansainvälisiä hakuja tehtiin käsitteillä ”pre-hospital”, ”ambulance”, ”paramedic”, ”emergency”, ”emergency department” ja ”handover”. Hakutuloksista valittiin otsikon perusteella luettavaksi relevanteimmat hakutulokset, jotka olivat saatavilla tiivistelminä tai kokoteksteinä.

Potilaan luovutusprosessin vaiheita on kuvattu melko kattavasti useassa eri tutkimuksessa. Ruotsissa toteutetussa laadullisessa tutkimuksessa (Bruce – Suserud 2005) on selvitetty sairaanhoitajien kokemuksia ensihoidon tuoman potilaan vastaanottamisesta päivystyksessä. Australiassa vuonna 2009 on julkaistu laadullinen tutkimus (Owen – Hemmings – Brown 2009) jonka tarkoituksena oli selvittää potilaan luovutustilanteeseen liittyviä myötävaikuttavia sekä haittaavia tekijöitä päivystyspoliklinikalla. Vastaavasti Suomessa luovutusprosessin toteutumista ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien näkökulmasta on tutkinut Mikkonen (2014) pro-gradu – tutkielmassaan. Lisäksi useissa tutkimuksissa on sivuttu yhteistoimintaa laajemmin, joko ensihoitokertomuksen käytettävyyden, raportoinnin laadun ja olosuhteiden, tai

potilasturvallisuuden ja laadun näkökulmasta. (Murray – Crouch – Ainsworth-Smith 2012; Yong – Dent – Weiland 2008; Eronen 2009; Paakkonen 2008.)

4.1 Potilaan luovutusprosessin vaiheet

Luovutusprosessi on katsottu alkavan ensihoidon ensikontaktista päivystyspoliklinikalle, kriittisesti sairaiden potilaiden kohdalla jo ennakoilmoituksesta, ja päättyvän potilaan hoitovastuun siirtymiseen päivystyspoliklinikalle. Luovutusprosessissa siirrettävä tieto perustuu pääasiassa ensihoidon tekemään tilanarvioon, aloitettuihin hoitotoimiin ja niiden vasteeseen. Potilaan tilasta riippuen potilaan luovutukseen on todettu osallistuvan eri kokoonpanoilla hoitoon osallistuvaa henkilöstöä ja potilaan vastaanottaminen tapahtuu erilaisten käytäntöjen mukaan. Kiireettömien potilaiden kohdalla käytäntö usein on, että potilas raportoidaan ensin triagehoitajalle ja ohjataan sen jälkeen ensihoidon saattamana potilaspaikalle. Varsinainen hoitovastuun siirtävä raportti annetaan vastaanottavalle hoitajalle ja hoitovastuu luovutetaan päivystyspoliklinikalle. Hoitovastuun siirtymisen ajallinen määräytyminen on kuitenkin todettu perustuvan pääasiassa oletukseen siitä, että kaikki tilanteeseen osallistuvat tietävät luovutuksen tapahtuneen. (Bruce – Suserud 2005; Mikkonen 2014.)

Bruce & Suserud (2005) ovat analysoineet tutkimuksessaan hoidon kiireellisyyden arviota sekä potilaan luovutustilannetta. Potilaan luovutustilanne on kuvattu kolmivaiheisena: suullinen raportointi, dokumentoidun tiedon luovuttaminen, sekä symbolinen potilaan luovuttaminen siirrettäessä potilas ambulanssin paareilta sairaalaan. Ensihoidon ja päivystyksen välistä viestintää potilaan luovutustilanteissa on pidetty hyvin jäsennehtynä, mutta tarvetta kehittämiseen on silti todettu olevan. Mitä kriittisemmin sairaasta potilaasta on kyse, sitä huonommin potilaan luovutustilanteen on todettu noudattavan mitään ennalta määriteltyä rakennetta. Potilaan hoidon tarve vaikuttaa luovutustilanteen kulkuun ja yhtenäisen käsityksen muodostumiseen. Potilaan saapumisvaiheessa välitetyn tiedon laadussa ja sisällössä on todettu olevan eroja ja eri hoitajat kaipaavat tietoa eri asioista. Erityisesti vastaanottavan hoitajan työkokemuksen määrän on todettu vaikuttavan siihen, kuinka paljon ja minkälaista tietoa vastaanottava hoitaja raportissa kaipaa. Kokeneet hoitajat ovat kuvanneet kykyään arvioida potilaan tilaa varsin pitkälle jo arvioimalla potilaan ”nenänpäätä” ja sitä miltä potilas näyttää. Parhaaseen tulokseen on todettu päästävän sillä, että raportti annetaan yhdellä kerralla koko hoitotiimille, jolloin kaikki saavat saman tiedon ja riski väärinymmärryksille vähenee. Tutki-

muksen mukaan tavoitteena on turvata potilaan luovutustilanteen prosessi sellaiseksi, että riittävä tiedon välittyminen varmistetaan. (Bruce – Suserud 2005.)

4.2 Luovutusprosessin haasteita

Mikkosen (2014) mukaan monet potilaan luovutustilanteeseen liittyvät ongelmat johtuvat mm. toiminnan organisoinnin puutteista, erilaisista raportointitilanteen häiriötekijöistä, sekä potilaan hoidon jatkuvuuteen ja potilasturvallisuuteen vaikuttavien tekijöiden ymmärryksestä. Luovutustilanteessa raportointia saatetaan joutua toistamaan, koska kaikki hoitoon osallistuvat henkilöt eivät ole ensimmäisellä raportointikerralla läsnä. Tämä saattaa tuottaa ylimääräistä viivettä kriittisesti sairaan potilaan hoidon aloitukseen päivystyksessä. Toiminnan organisoinnista johtuen päivystyspoliklinikan hoitajilla on melko rajalliset mahdollisuudet aloittaa potilaan hoito ennen lääkärin saapumista paikalle, vaikka hoitovastuu olisi jo siirretty. Mikkosen mukaan hoitovastuun siirtämisen käytännöt tulisi selkiyttää, mutta se edellyttäisi yhteisesti sovittua määritelmää hoitovastuun siirtymisen ajankohdalle, sekä sanallista ilmoitusta asiasta. Tämä tosin edellyttää, että päivystyspoliklinikalla on myös edellytykset potilaan vastaanottamiselle kun hoitovastuu siirtyy. Toiminnan organisointiin liittyvänä ongelmana tutkimuksessa todettiin myös se, että kriittistä potilasta vastaanottaessa potilasta hoidetaan raportin aikana, ja huomio keskittyy raportin sijaan hoitamiseen. Raportointitilanteet tulisi muutoinkin rauhoittaa melulta ja muilta häiriötekijöiltä. (Mikkonen 2014.)

Australiassa vuonna 2009 julkaistussa laadullisessa tutkimuksessa (Owen – Hemmings – Brown 2009) haastateltiin ensihoidossa ja päivystyksissä työskenteleviä ensihoitajia, sairaanhoitajia ja lääkäreitä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät myötävaikuttavat tai haittaavat potilaan luovutustilannetta päivystyspoliklinikalla. Ensihoidon ja päivystyksen välisissä potilaan luovutustilanteissa kuvattiin olevan kolmenlaisia kommunikaatioon liittyviä ongelmia. Päivystysympäristö on haastava ja työskentely-ympäristönä monimutkainen. Kommunikaation ongelmat liittyivät pääasiassa käytettyyn ammattisanastoon, raportointitilanteen johtamiseen, toiminnan häiriötekijöihin sekä välikäsien kautta kulkevaan tietoon.

Ensimmäisenä ongelmana tutkimuksessa kuvattiin ensihoitajien turhautumista siitä, että heidän on vaikea pukea sanoiksi ja välittää havaintojaan sekä tapahtumiin liittyvää tilannekuvaa päivystyksessä henkilöstölle, joka ei ole ollut paikalla näkemässä lähtötilannetta ja olosuhteita. Myös suullisessa raportissa käytetyssä käsitteistössä todettiin

olevan eroa ensihoidon ja päivystyksen välillä. Ensihoitoon jalkautuu herkästi termejä ja käsitteitä muualta sairaalan ulkopuolelta, kuten poikkeusolojen kenttälääketieteestä, joiden menetelmiä ja välineitä saatetaan soveltaa ensihoidossa päivystystä enemmän. (Owen – Hemmings – Brown 2009.)

Toisena merkittävänä kommunikaatioon liittyvänä ongelmana tutkimuksessa pidettiin raporttia vastaanottavan henkilöstön huomion kiinnittymistä muuhun kuin raportin kuuntelemiseen. Potilaan luovutustilanteessa vastaanottavalla henkilöstöllä koettiin olevan kiire aloittaa potilaan siirtäminen ja hoitaminen kesken raportin, jolloin huomio ja keskittyminen siirtyy raportin kuuntelemisesta tekemiseen. Raportin aktiivisella kuuntelemisella ja riittävällä tiedonsaannilla on suuri merkitys potilaan hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Ensihoidolla katsottiin olevan velvollisuus huolehtia siitä, että raportointitilanteessa toimitaan johdonmukaisesti, kommunikoidaan kuuluvalla äänellä, ja keskitytään kuuntelemaan raporttia. Tilanteissa saatetaan päätyä pitämään potilas ensihoidon paareilla, kunnes raportti on annettu, koska siirto yleensä laukaisee vastaanottavan henkilöstön hoitotoimien aloituksen ja keskittymisen useaan asiaan yhtä aikaa. (Owen – Hemmings – Brown 2009.)

Kolmantena kommunikaatioon liittyvänä ongelmana tutkimuksessa tuotiin esille raportoinnissa tapahtuva ”rikkinäisen puhelimen” -efekti. Mitä useamman käden kautta tieto kulkee, sitä suuremmalla riskillä joku osa tiedosta jää välittymättä tai vääristyy matkan varrella. Myös ensihoitajien raportointitaidoissa ja -tavoissa todettiin olevan eroja. Parannusehdotuksena toimivampaan prosessiin ehdotettiin erilaisia struktuureita ja ohjeistuksia potilaan luovutustilanteisiin. Kommunikaatioon liittyvien ongelmien ratkaisun todettiin edellyttävän, että on olemassa hyvä yhteisymmärrys tilanteeseen osallistuvien henkilöiden rooleista, tehtävistä ja tavoitteista koko luovutusprosessin ajan, vaikka molempien toimijoiden roolit ja työskentely-ympäristöt tahoillaan päivittäistoiminnassa ovat hyvin erilaisia. (Owen – Hemmings – Brown 2009.)

Tutkimusten perusteella voidaan yleisesti todeta, että tehoton toiminta potilaan luovutustilanteissa uhkaa potilasturvallisuutta, laatua ja hoidon vaikuttavuutta. Vaikka potilaan luovutustilanteiden toimivuuteen ollaan pääasiassa melko tyytyväisiä, toiminnan kehittämiseksi ja strukturoiduille toimintamalleille katsotaan olevan tarvetta. Hoitohenkilöstöllä on todettu olevan joiltain osin vaikeuksia ymmärtää hoidon jatkuvuuteen ja potilasturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä, ja niiden tunnistamista tulisi kehittää. Myös raportointitilanteen rauhoittamisen merkitys on tunnistettu monessa tutkimuksessa. (Mur-

ray – Crouch – Ainsworth-Smith 2012; Owen – Hemmings – Brown 2009; Yong – Dent – Weiland 2008; Bruce – Suserud 2005; Mikkonen 2014.)

4.3 Toimijoiden väliset suhteet ja hoidon jatkumo

Potilaan luovutustilanteita käsittelevien tutkimusten lisäksi aiemmista tutkimuksista tuli esille eri toimijoiden välisiin suhteisiin, hoitohenkilökunnan osaamiseen, sekä ensihoitokertomusten laatuun liittyviä tekijöitä. Toimijoiden välistä yhteistä ymmärrystä ja sen vaikutusta potilasturvallisuuteen on käsitellyt Paakkonen (2008) väitöskirjassaan, joka käsittelee päivystyspoliklinikkasairaanhoidajien kliinisiä taitoja. Paakkonen on todennut väitöskirjassaan, että potilasturvallisuuskysymykset liittyvät koko hoitoketjun ymmärtämiseen. Hoidon jatkumo edellyttää riittävän hyvin sujuvaa keskinäistä yhteistyötä. Lisäksi on tärkeää ymmärtää, missä olosuhteissa potilaan hoitoon liittyvä aiempi päätöksenteko on tapahtunut. (Paakkonen 2008: 41.)

Jyväskylän yliopiston kasvatustieteiden laitoksen ja Keski-Suomen Keskussairaalan päivystysalueen yhteisessä RYMY (Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön tutkimus- ja kehittäminen) -hankkeessa tarkasteltiin terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä sairaalan päivystyksessä. (Collin – Paloniemi – Herranen 2012: 7.) Hankkeesta julkaistussa raportissa todettiin, että päivystystyölle tyypillisiä piirteitä ovat nopea työtahti ja jatkuvat muutokset hoitoryhmissä. Selkein tarve moniammatillisuudelle oli hoitoprosessien johtamisessa ja koordinoinnissa toimintahäiriöiden välttämiseksi. Valitettavasti ensihoidon rooli tutkimushankkeessa näyttäytyi varsin vaatimattomana, vaikkakin tulosten voisi hyvin uskoa tukevan yhteistoiminnan merkitystä myös ensihoidon suuntaan. RYMY-hankkeessa ensihoidon kanssa tehtävän yhteistyön on todettu tarkoittavan lähinnä ohjeistusta ja sopimista siitä, minkälaisia potilaita tuodaan suoraan päivystykseen. (Viinikainen – Solonen – Manninen – Pyhälä-Liljeström 2012: 93 – 94.)

Ensihoitokertomuksen merkitys potilaan luovutustilanteissa on mainittu useissa tutkimuksissa ja sen merkitystä hoidon jatkuvuuden näkökulmasta on korostettu. Laadukasta ja hyvin täytettyä ensihoitokertomusta pidetään pääasiassa tehokkaana ja hyvänä tiedon lähteenä päivystyksessä tapahtuvassa hoidollisessa päätöksenteossa. (Murray – Crouch – Ainsworth-Smith 2012; Yong – Dent – Weiland 2008; Eronen 2009.) Potilaan luovutustilanteessa raportoidut tiedot on katsottu olevan pääasiassa hyödyllisiä ja tarkkoja. Suullinen raportti perustuu useimmiten kirjoitettuun ensihoitokertomukseen ja sitä täydentävät yleensä triagehoitajan esittämät tarkentavat kysymykset. Yleisimmin

raportoituja asioita ovat pääasiallinen hoitoon hakeutumisen syy tai terveysongelma, elintoiminnot, aiempi sairaushistoria, nykylääkitys ja kuljetuksenaikainen hoito. (Yong – Dent – Weiland 2008.) Ensihoidosta päivystykseen siirtyvästä potilaasta kirjatuiissa tiedoissa on todettu olevan virheitä tai puutteita lähinnä mm. potilaan sairaushistoriasa, sairaalaan joutumiseen johtaneissa tapahtumatiedoissa ja kellonajoissa sekä lääkityksissä, allergiatiedoissa ja omaisten yhteystiedoissa. Eri toimijoilla on todettu olevan erilaisia tapoja kirjata tiedot ensihoitokertomuksiin ja sen on todettu heikentävän ensihoitokertomuksen käytettävyyttä. (Murray – Crouch – Ainsworth-Smith 2012; Eronen 2009.)

Sähköisen ensihoitokertomuksen osalta on vasta vähän tutkimusnäyttöä, mutta saatavilla olevan tutkimustiedon mukaan sähköinen ensihoitokertomus lisää tiedon yhdenmukaisuutta ja vähentää käsialan ymmärtämiseen liittyviä ongelmia käsin kirjoitettuun ensihoitokertomukseen verrattuna. Hoidon jatkuvuuden näkökulmasta on tärkeää että informaatio siirtyy tehokkaasti ja miellyttävästi palveluketjun edetessä ja lisää näin hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. (Eronen 2009; Paakkonen 2008: 160.)

5 Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessi

Tämän kehittämistyön prosessi on käynnistynyt vuonna 2015 aloitetulla suunnittelutyöllä ja aiheen valinnalla. Tarve kehittämistyölle tunnistettiin käytännön kokemuksen kautta ja alustavaksi tavoitteeksi asetettiin ensihoidon ja päivystyksen välisen yhteistyön parantaminen. Aihe tarkentui myöhemmin taustatiedon ja toimintaympäristön kartoituksen myötä potilaan luovutustilanteissa tapahtuvaan laadukkaaseen ja turvalliseen yhteistoimintaan. Kehittämistyön prosessin vaiheet on kuvattu sivulla 19. (Kuvio 2.)

<p>1. Kehittämiskohteen tunnistaminen ja alustavien tavoitteiden määrittäminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aiheen valinta: Ensihoidon ja päivystyksen päivittäisyhteistyö • Alustava tavoite: Parantaa yhteistyötä
<p>2. Kehittämiskohteeseen perehtyminen teoriassa ja käytännössä</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taustatiedot ja kirjallisuus • Toimintaympäristöön tutustuminen ja käsitteistö • Oman työhistorian ja substanssiosaamisen hyödyntäminen • Kehittämiskohteen aiheen tarkentuminen: Potilaan luovutustilanteissa tapahtuva laadukas ja turvallinen yhteistoiminta ja tilannetietoisuuden ylläpitäminen
<p>3. Kehittämistehtävän määrittäminen ja kehittämiskohteen rajaaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kartoittaa yhteistoiminnan ilmenemistä potilaan luovutustilanteissa • Tunnistaa riskitilanteet • Käynnistää yhteistoiminnan kehittämisen suunnittelu • Tuottaa toimintayksiköiden välinen strategia yhteistoiminnan kehittämiseksi
<p>4. Tietoperustan laatiminen sekä lähestymistavan ja menetelmien suunnittelu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tietoperustan ja käsitteistön jäsentäminen • Kuvaileva, laadulliset menetelmät • Lähestymistapana toimintatutkimus • Menetelminä suora strukturoitu havainnointi ja yhteisölliset ideointimenetelmät
<p>5. Kehittämishankkeen toteuttaminen ja julkaiseminen eri muodoissa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyötapaamisen toteuttaminen • Aiheen alustus, havainnoinnin tulosten esittely • Yhteinen ideointi ja keskustelu • Toimintayksiköiden välisen strategian tuottaminen, kehittämistoiminnan käynnistäminen ja raportin julkaiseminen • Kehittämistyön tulosten esittely työyksiköissä
<p>6. Kehittämisprosessin ja lopputulosten arviointi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kehittämistyön tulosten ja vaikutusten arvioiminen • Jatkotutkimusaiheet

Kuvio 2. Tutkimuksellisen kehittämistyön prosessin eteneminen ja soveltaminen tähän kehittämistyöhön (Ojasalo ym. 2014:22-50)

5.1 Tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät

Tämä kehittämistyö käsittelee ensihoidon ja päivystyksen välistä yhteistoimintaa ja turvallista tiedon välittymistä ensihoidon ja päivystyksen rajapinnassa. Kehittämistyön tarkoituksena on ollut kartoittaa yhteistyön ilmenemistä ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välisissä yhteistoimintatilanteissa, sekä nostaa esiin kriittisiä kehityskohteita ja laatu-epäkohtia, mutta myös positiivisten kokemusten kautta hyviksi todettuja käytänteitä. Käytännön toteutus on tapahtunut havainnoimalla potilaan hoitovastuun siirtäviä autenttisia luovutustilanteita ja raportointia päivystyspoliklinikalla. Kehittämistyön tavoitteena on ollut kehittää ensihoidon ja päivystyksen välistä päivittäistä yhteistyötä ja tuottaa yhteinen toimintastrategia kehittämisen työkaluksi. Henkilöstö on otettu mukaan strategian ideointiin ja tuottamiseen järjestämällä toimintayksiköiden työntekijöille yhteistyötapaaminen. Yhteistyötapaaminen on mahdollistanut myös toiminnan suunnittelun, sekä ajantasaisen tiedon jakamisen työyksiköiden välillä. Kehittämistyössä on tarkasteltu erityisesti tiedon siirtymistä ja kommunikaatiota potilaan luovutus- ja raportointitilanteissa. Laadukas kommunikaatio ja vuorovaikutus heijastuvat myös turvalliseen tiedon siirtymiseen, ja vaikuttavat näin myös laatuun ja potilasturvallisuuteen.

Kehittämistyötä ohjaavat kehittämistehtävät ovat:

1. Kartoittaa yhteistyötä potilaan luovutustilanteissa
2. Tunnistaa riskit toiminnassa ja tiedonkulussa
3. Käynnistää yhteistyö työyksiköiden välillä
4. Tuottaa yhteinen toimintastrategia yhteistoiminnan kehittämisen työkaluksi

Kehittämistyöllä pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten ensihoidon ja päivystyksen välinen yhteistoiminta potilaan luovutustilanteissa toteutuu?
2. Minkälaisin keinoin yhteistoimintaa voidaan kehittää olemaan tehokasta ja turvallista?

5.2 Toimintaympäristö, lähtötilanne ja kohderyhmä

Porvoon sairaanhoitoalue on pinta-alaltaan HUS alueista laajin, yli 2500 neliökilometriä. Porvoon sairaanhoitoalueeseen kuuluvat Askola, Lapinjärvi, Loviisa, Pornainen, Porvoo ja Sipoo, ja asukkaita alueella on yhteensä n. 96 000 henkilöä. Porvoo on toimialueen selkeä keskus, jossa on noin 50 000 asukasta. (HUS Ensihoidon palvelutasopäätös. 2014; Itä-Uudenmaan aluepelastuslautakunta 2015.)

Porvoon sairaanhoitoalue tuottaa ensisijaisesti oman alueensa jäsenkunnille niiden tarvitsemia erikoissairaanhoidon palveluita yhdessä HYKS:n ja muiden sairaanhoitoalueiden kanssa. Alueen sairaala sijaitsee Porvoossa (HUS Porvoon sairaala), ja kunnat tuottavat omat perusterveydenhuollon palvelunsa omissa terveyskeskuksissa Askolassa, Loviisassa ja Sipoossa. Lisäksi Pornaisten kunta tuottaa sosiaali ja terveystoimen palvelut isäntäkuntamallilla Mäntsälän kanssa ja Lapinjärven kunta isäntäkuntamallilla Loviisan kanssa. Virka-ajan ulkopuolinen päivystystoiminta on keskitetty Porvoon sairaalaan.

Porvoon sairaalan päivystys aloitti toimintansa uuden päivystysasetuksen mukaisella yhteispäivystysmallilla vuoden 2015 alussa ja se tuotetaan kuntien ja Porvoon sairaalan yhteisvoimin. Porvoon sairaalan päivystyksen työskentelymallien kehittäminen jatkuu koko ajan. Muutosvaiheen jälkeen tavoitteena on tarjota entistä parempia sairaanhoidon palveluja tiiviimmässä yhteistyössä alueen toimijoiden kesken. (HUS 2015a.) Porvoon sairaalan yhteispäivystyksessä päivystyskäyntejä oli viime vuonna 30 020 käyntiä, joista 2628 oli hoitajakäyntejä, 57 hätätilapotilaita (A-triage). Loput 27 335 käynneistä oli B-D triageen luokiteltuja, joiden määrää ei ole tarkemmin eritelty. (Åberg 2016.)

Porvoon sairaanhoitoalueella on yhteistoimintasopimus Itä-Uudenmaan pelastuslaitoksen kanssa koskien ensivastetehtäviä ja ensihoidon palveluntuotantoa kaikkien tehtävien (A-D) osalta. (HUS Ensihoidon palvelutasopäätös 2014.) Ensihoitopalveluiden osasto nivoutuu Porvoon sairaalassa medisiinisen tulosyksikön yhteyteen ja sen johtamisesta vastaa ensihoidon vastuulääkäri yhdessä ensihoitopäällikön ja viiden kenttäjohtajan kanssa. (HUS 2015b.)

Kaikki Itä-Uudenmaan pelastuslaitoksen ensihoitoyksiköt ovat välittömässä lähtövalmiudessa. Yksiköistä viisi on valmiudessa ympäri vuorokauden ja kaksi 12 tuntia viikon

jokaisena päivänä. Yksi yksikkö on valmiudessa arkisin kahdeksan tunnin ajan. Ensihoitoyksiköt ovat sijoitettu kolmelle pelastusasemalle Porvooseen, Sipooseen ja Loviisaan ja kahdelle ambulanssiasemalle Söderkullaan ja Koskenkylään. Vuosittaisia ensihoidon tehtäviä on noin 11 000. (Itä-Uudenmaan pelastuslaitos 2011.)

Kehittämistyön toimintaympäristöksi rajautuu Porvoon sairaanhoitoalueella Porvoon sairaalan päivystyspoliklinikka sekä Itä-Uudenmaan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelut. Kehittämistyön kohteena ovat päivystyspoliklinikan ja ensihoidon yhteistoimintaympäristö ja toimintaprosessit.

5.3 Lähtökohdat ja kehittämismenetelmien valinta

Laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa. Aineisto kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Tutkija luottaa enemmän omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittaviensa kanssa kuin mittausvälineillä hankittavaan tietoon. Laadullisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä ei ole teorian tai hypoteesien testaaminen, vaan aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Metodeina suositaan sellaisia, joissa tutkittavan ääni ja näkökulmat pääsevät esille, ja kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotosmenetelmää käyttäen. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä, että tutkimussuunnitelma elää prosessin aikana, ja tutkimus toteutetaan joustavasti ja suunnitelmaa muutetaan tarpeen mukaan. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2008: 164.)

Tässä kehittämistyössä nähdään tärkeänä tunnistaa ja nostaa esiin kehittämistarpeet joiden pohjalta muutosta lähdetään hakemaan. Laadullinen lähestymistapa mahdollistaa pääsyn kohdeorganisaation toimijoiden hiljaiseen tietoon, ammattitaitoon ja kokeemukseen, jolloin myös kehittämistyön näkökulma laajenee. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2014: 61-62.) Kehittämistyön toteuttamisessa hyödynnetään toimintatutkimuksen lähestymistapaa, joissa painottuu yhtäaikaisesti sekä tutkitun tiedon tuottaminen, että käytännön muutoksen aikaansaaminen. Toimintatutkimus kohdistuu erityisesti sosiaaliseen toimintaan, joka pohjautuu vuorovaikutukseen. Kohteena on tyypillisesti ihmisten tai organisaation toiminnan muuttaminen, ja keskeistä on viedä muutos käytäntöön ja arvioida sitä. (Heikkinen – Rovio – Syrjälä 2007: 16-19.)

Toimintatutkimuksen ja kehittämisen kohteina ovat yleensä yhteisön toimintatavat ja itse toimintatilanne. Heikkisen ym. (2007) mukaan toimintatutkimus voidaan jakaa eri-

lasiin analyysitasoihin toiminnan laajuuden mukaan. Tämä kehittämistyö asettuu lähtökohtaisesti ryhmien välisten suhteiden analyysitasoon, jossa pyritään ratkaisemaan erilaisten ryhmien yhteistoiminnan ongelmia. Kehittämistyössä on kuitenkin potentiaalia palvella myös organisaation ja alueellisen verkoston tasolla, riippuen kehittämistyön onnistumisesta ja työelämän vastaanottavuudesta.

Toimintatutkimus ei ole kiinnostunut pelkästään siitä, miten asiat ovat, vaan siitä, miten niiden tulisi olla. Laadullisin menetelmin toteutettavassa kehittämistyössä on varauduttava myös siihen, että muutos voi olla aivan toisenlainen kuin mitä on odotettu tai mitä on tavoiteltu. Muutos voi tapahtua tai olla tapahtumatta, ja muutoksen sijaan voidaan saada näkyviin asenteita, valtarakenteita ja työkuultuureita, joiden avulla voidaan tuottaa uutta tietoa, vaikkei aiotut käytännön muutokset onnistuisikaan. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2014: 37,58-60.) Kehittämistyön tavoite määrittää, mikä lähestymistapa sopii parhaiten kehittämistyöhön. Lähestymistavat ovat kuitenkin osittain päällekkäisiä, joten hankkeessa voi olla piirteitä useasta lähestymistavasta. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2014: 36.)

5.3.1 Havainnointi laadullisena menetelmänä

Havainnointi on tieteellisen tutkimuksen perusmetodi, jota käytetään havaintojen keräämiseen tutkimuksessa tai kehittämistyössä. Luonnollisessa ympäristössä tehdyn havainnoinnin etuna on, että havainto tehdään aina siinä asiayhteydessä, jossa se ilmenee, ja se on havainnointiin perustuvan toimintatutkimuksen edellytys. (Vilkkä 2006: 37-38.) Havainnointi sopii tutkimuksiin, joissa tutkitaan yksittäisen ihmisen toimintaa ja hänen vuorovaikutustaan toisten ihmisten kanssa, joten se tuntuu luotettavalta ja toimivalta menetelmältä kun tutkitaan ensihoidon ja päivystyksen henkilöstön välistä toimintaa. Havainnointi aineistonkeruutapana sopii sekä laadulliseen, että määrälliseen tutkimukseen, mutta kun tarkoituksena on kuvata ihmisten toimintaa ainutlaatuisissa, aidoissa tilanteissa, sekä koota kokonaisvaltaista tietoa toiminnasta ja ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta, käytetään havainnointia laadullisena menetelmänä.

Havainnointi voi olla joko tarkasti ennalta suunniteltua ja hyvin jäsenneiltyä, tai joustavaa ja toimintaan mukautunutta. Ennalta suunnitellussa havainnoinnissa puhutaan ennalta jäsenneilystä, systemaattisesta, tai strukturoidusta havainnoinnista. Strukturoidussa havainnoinnissa ongelma jäsenneilyä huolellisesti ennen varsinaista havainnointia ja laaditaan kehittämistehtävään perustuvia luokitteluja. Strukturoidun havain-

noinnin toteuttaminen edellyttää ongelman asettelua ja huolellista taustatietojen selvityä ennen havainnoinnin toteuttamista. Havainnoinnin mittarit sekä luokittelu edellyttävät, että tutkittavasta alueesta on riittävästi tietoa jo ennen havainnointia. (Vilkkä 2006:37-39.)

Useiden vuosien työhistoria molemmissa tutkimuksen kohteena olevissa työyhteisöissä, sekä päivystyksessä että ensihoidossa, tukee omalla kohdallani strukturoidun havainnointimenetelmän käyttöä. Taustatietojen, kirjallisuuden, sekä oman substanssi-osaamisen pohjalta suunnittelin havainnointia varten omat havaintolomakkeet tämän opinnäytetyön aineiston keruuta varten. Päivittäistilanteisiin suunnatun havaintolomakkeen (liite 3) rakenne noudattaa raportoinnissa monin paikoin käytössä olevaa ISBAR – mallia (liite 2), ja lisäksi lomake mahdollistaa vapaan havainnoinnin yhtäaikaaisesti. Päivittäistilanteisiin tarkoitetun lomakkeen kääntöpuolelle suunnittelin kriittisesti sairaan potilaan vastaanottamiseen liittyviin tilanteisiin erillisen havaintolomakkeen (liite 4), joka noudattaa CRM –menetelmän mukaista rakennetta. Se kartoittaa tapahtumien kulkua ja toimintaa erityisesti tilannetietoisuuden ylläpitämisen ja tilannejohtamisen näkökulmasta.

Strukturoidun havainnoinnin lisäksi ensihoidon ja päivystyksen yhteistoimintatilanteita havainnoidessa hyödynnettiin vapaata havainnointia. Vapaalle havainnoinnille on tyyppillistä se, että kirjataan vapaasti ylös mahdollisimman paljon ja monipuolista tietoa havainnoitavasta asiasta (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2014: 116). Vapaa havainnointi on otettu tässä kehittämistyössä mukaan lähinnä täydentämään strukturoitua havainnointiaineistoa.

5.3.2 Yhteistyötapaaminen kehittämisen tukena

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä havainnoinnilla tuotettua tietoa on jalkautettu työyhteisöön ja jalostettu kehittämistyöhön järjestämällä toimijoiden välinen yhteistyötapaaminen. Kirjallisuudessa tämän kaltaisista menetelmistä käytetään usein nimitystä yhteisölliset ideointimenetelmät. Niiden avulla voidaan pyrkiä tuottamaan uusia näkökulmia, uusia ideoita ja uusia ratkaisuja kaikenlaisiin kehittämishankkeisiin. Erilaisia ideointimenetelmiä on runsaasti. Yhteistä kaikille niille on pyrkimys poistaa ajattelun rajoitukset, motivoida jakamaan ideat toisten kanssa ja kehittää muiden ideoita. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2014: 158.) Omassa kehittämistyössäni yhteisöllisenä ideointimenetelmänä käytettiin yhteistyötapaamista, jossa ensihoidon ja päivystyksen henki-

löstö pääsi refleктоimaan havainnoinnin tuloksia yhdessä, sekä keskustelemaan ja tuomaan avoimesti ideoita ja kokemuksia esille. Yhteistyötapaamisia muiden sidosryhmien kanssa on toteutettu usein aiemminkin, mutta ei ilmeisesti koskaan ensihoidon ja päivystyksen päivittäistoimintaan osallistuvan henkilöstön välillä.

Alkuun oli ajatus, että ideointimenetelmänä hyödynnettäisi yhteistyötapaamisen puitteissa aivoriihi -menetelmää, mutta keskustelussa työntekijöiden kanssa on ollut havaittavissa tietynlaista varautuneisuutta monelle vierasta aivoriihi -menetelmää kohtaan. Työyhteisössä koettiin vapaamuotoisen keskustelutilaisuuden palvelevan tarkoitusta paremmin. Yhteistyötapaamisen sisältö suunniteltiin havainnointiaineiston analyysin tulosten ja sieltä nousevien teemojen mukaan. Yhteistyötapaaminen toimi tässä kehittämistyössä kahdensuuntaisena, eli toisaalta jalkautti havainnoinnin pohjalta nousutta tietoa työyhteisöön, mutta myös keräsi työyhteisöistä nousevia ajatuksia ja ideoita kehittämistyöhön.

Avoin ja positiivinen ilmapiiri on luovan ongelmanratkaisun edellytys. Uuden keksimisen kannalta ryhmätyöskentelyllä ja verkostoitumisella on tärkeä merkitys. Vuorovaikutteinen johtamistapa vaikuttaa myönteisesti innovatiivisuuteen, ja ideoiden toteuttamisen ja työntekijöiden organisaatiossa kuulluksi tulemisen välillä on todettu olevan yhteys. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2014: 158-160.)

5.3.3 Prosessianalyysi ja toiminnan kriittiset vaiheet

Kolmantena laadullisena menetelmänä on käytetty lähinnä prosessin kuvaamisen apuvälineenä, prosessianalyysiä. Prosessianalyysin avulla voidaan tutkia ja kehittää prosesseja, ja esimerkiksi selvittää, mikä on eri osapuolten rooli prosessissa, mitkä ovat prosessin kriittisiä vaiheita, sekä missä ja miksi mahdollisia ongelmia ilmenee. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2014: 178-182.)

Tässä kehittämistyössä toiminnan prosessikuvaus on rakentunut pääasiassa havainnoinnin pohjalta, kuvaamaan toiminnan etenemistä ensihoidon ja päivystyksen välisessä toiminnassa (liite 5). Prosessianalyysissä luodaan prosessikaavio, joka havainnollistaa eri vaiheet ja vaiheiden ongelmat, sekä ehdotetut ratkaisut ongelmiin. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2014: 178-182.) Yhteistyötapaamisen myötä prosessia päästään kehittämään entistä toimivammaksi ja asettamaan prosessin kehittämiseksi yhteisiä tavoitteita.

5.4 Menetelmistä aineiston analyysiin

Tässä kehittämistyössä on sovellettu kolmenlaisia laadullisen tutkimuksen menetelmiä; Havainnointia, ideointimenetelmiä, sekä prosessianalyysia. Usean menetelmän käyttäminen tuo kehittämistyön toteuttamiseen syvyyttä, mutta toisaalta tekee työstä haastavan ja aikaa vievän. Kaikkien kolmen menetelmän käyttö on kuitenkin perusteltua ja tarpeellista mahdollisimman luotettavien ja perusteltujen tuloksien saavuttamiseksi, ja muutoksen aikaansaamiseksi. Vaikka menetelmiä käytetään useita, ei mielestäni voida puhua puhtaasti triangulaatiosta, jolla tarkoitetaan useamman tutkimusmenetelmän yhdistämistä samassa tutkimuksessa (Kananen 2014). Kyseessä ei ole tutkimus, vaan tutkimuksellinen kehittäminen, ja eri menetelmien käyttö on perusteltu ennen kaikkea täydentämään eri menetelmien antamaa informaatiota toisiinsa nähden, ei niinkään samojen tulosten saamiseksi useasta menetelmästä käsin luotettavuuden lisäämistä varten. Kehittämistyössä on kuitenkin triangulaation, eli monistrategisen tutkimusotteen piirteitä. Eri menetelmien käyttö myös ohjaa kehittämistyön etenemistä tarvelähtöisesti, eikä niinkään tähtää johonkin odotettuun lopputulokseen tai tietyn oletuksen todeksi osoittamiseen.

Havainnoinnin tulosten analysointiin ja tulkintaan liittyy aina ymmärtäminen, eli kerätyn aineiston punaisen langan löytäminen. Aineiston perusteella on pystyttävä luomaan looginen kokonaisuus. Kaikki kolme menetelmää tukevat toisiaan tässä kehittämistyössä, ja täydentävät ja syventävät toistensa tuottamaa informaatiota.

Parhaimmillaan valinnat tutkimusprosessin tai kehittämistyön eri vaiheissa muodostavat kiinteän rakennelman. Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen ydinasioita, joihin tähdätään jo tutkimusta tai kehittämistyötä aloittaessa. Analyysivaiheessa selviää, minkälaisia vastauksia ongelmiin saadaan. Aineistoa voidaan analysoida monin tavoin. Karkeasti jako voidaan tehdä kahteen; Selittävään lähestymistapaan, jossa käytetään usein tilastollista analyysia ja päätelmiä, sekä ymmärtävään lähestymistapaan, joka palvelee paremmin laadullisissa analyysissa ja päätelmien teossa. Tavoitteena on valita sellainen lähestymistapa, joka antaa parhaiten vastauksen ongelmaan tai tutkimustehtävään. Laadullisen aineiston tavallisimmat analyysimenetelmät ovat teemoittelu, tyypittely, sisällönerittely, diskurssianalyysi ja keskusteluanalyysi. Laadullisen tutkimuksen aineiston runsaus ja elämänläheisyys tekevät analyysivaiheen mielenkiintoiseksi ja haastavaksi. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2008: 221-225.) Monet eri nimillä kulkevat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät

perustuvat tavalla tai toisella sisällön analyysiin, jos sillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuul-
tujen tai nähtyjen sisältöjen analyysia väljänä teoreettisena kehyksenä. (Tuomi – Sara-
järvi 2009: 91, 107-108.)

Aineiston analyysin alkuvaiheessa tehdään päätös siitä, mikä aineistossa kiinnostaa ja
mikä on oleellista. Aineisto käydään läpi, ja erotetaan ja merkitään asiat, jotka kiinnos-
tavat. Aineiston redusoinnilla, eli pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta karsi-
taan alkuvaiheessa kaikki tutkimukselle epäoleellinen pois ja yhdistetään yleistettävät
ilmiöt laajempiin luokkiin. Usein laadullisen tutkimuksen aineistosta löytyy useita kiin-
nostavia asioita, jotka ilmenevät vasta aineiston käsittelyn myötä. Kaikkea olisi mielen-
kiintoista tutkia, ja raportoida, mutta aiheen rajaaminen on välttämätöntä, jotta rajatusta
aiheesta saadaan irti kaikki mahdollinen oleellinen tieto eikä aihe lähde rönsyilemään.
Tutkimusongelma tai tutkimustehtävä määrittää aiheen rajauksen ja pelkistämisen.
(Tuomi – Sarajärvi 2009: 91-93.)

Tässä kehittämistyössä havainnointiaineisto on järjestetty pelkistämällä, pilkkomalla ja
ryhmittelemällä se erilaisten aihepiirien mukaan, ja aineisto on analysoitu teemoitellen.
Aineiston teemoittelussa auttoi olemassa oleva strukturoitu havaintolomake, joka joh-
datteli havaintoja jo tiettyihin aihealueisiin. Analyysin jälkeen muodostettiin johtopää-
tökset tutkittavasta aiheesta, eli ensihoidon ja päivystyksen välisestä yhteistoiminnasta,
sekä laadukkaasta ja turvallisesta tiedonkulusta. Aineistosta on haettu samanlaisuutta
ja vastausta tutkimuskysymyksiin laadukkaan ja turvallisen yhteistoiminnan näkökul-
mista. Tuloksia on hyödynnetty tässä kehittämistyössä toiminnan kuvaamisessa, on-
gelma-kohtien löytämisessä, sekä yhteisen strategian suunnittelussa

6 Kehittämistyön tulokset

Kehittämistyö on ollut monivaiheinen. Kehittämistyö on käynnistynyt huolellisella suun-
nittelulla ja tutkimuksellinen osio on toteutettu aiempaan kirjallisuuteen ja tutkimustie-
toon perehtymällä, sekä suunnitteleamalla ja toteuttamalla ensihoidon ja päivystyksen
välisen yhteistoiminnan havainnointi. Havainnoinnin tulokset esitetään omana osio-
naan, kuitenkin niiden vielä olematta kehittämistyön varsinaisia tuloksia. Kehittämis-
työn konkreettisena tuotoksena voidaan nähdä yhteistyön käynnistävä tapaaminen
sekä yhdessä tuotettu yhteistoiminnan kehittämisstrategia. Yhteistyön käynnistymisen
jälkeen hankkeen lopulliset tulokset ovat arvioitavissa vasta paljon myöhemmin.

6.1 Havainnoinnin tulokset

Havainnointi toteutettiin kahtena päivänä (yhteensä 20 tuntia) Porvoon sairaalan päivystyksen tiloissa keväällä 2016. Havainnoitavia ensihoidon ja päivystyksen välisiä yhteistoimintatilanteita kirjattiin yhteensä 18 tapahtumaa, pääasiassa raportointitilanteita potilaan luovutustilanteessa. Havainnointijaksoon sisältyi kaksi aamuvuoroa sekä kaksi iltavuoroa, ja näissä toimi neljä eri henkilöä triagehoitajana sekä toistakymmentä muuta hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. Havainnointiaikana päivystyksessä asioi 10 eri ensihoitoyksikköä kolmelta eri sairaanhoitoalueelta. Havainnointi noudatti ennalta määrättyjä ja suunniteltuja teemoja ja tilanteen ajallista etenemistä ensihoitoyksikön saapumisesta triageen ja siitä eteenpäin vastaanottavalle hoitajalle ja potilaan luovutukseen. Havainnoinnin strukturoidut osa-alueet noudattivat raportoinnin mallina käytettävää ISBAR-mallia (liite 2). Lisäksi havainnoinnissa kirjattiin vapaana tekstinä ylös raportointitilanteen olosuhteita, häiriötekijöitä, sekä osapuolien kysymyksiä, kommentteja ja toteamuksia toisilleen yhteistoimintatilanteessa. Ylös kirjattiin myös raporttia täydentävät kysymykset ja tarkennukset, sekä ensihoidon että päivystyksen hoitajan käsitys potilaan hoidon tarpeesta raportin jälkeen.

Havainnoinnin toteuttamisesta oli informoitu päivystyspoliklinikan henkilöstöä osastonhoitajan kautta etukäteen, sekä varsinaisina havainnointipäivinä kyseisissä työvuoroissa suullisesti ennen havainnoinnin aloittamista. Työvuoroon osallistuvaa hoitohenkilökuntaa oli informoitu opinnäytetyön aiheesta lyhyesti, sekä havainnoinnin tarkoituksesta. Tarkkoja havainnoinnin osa-alueita ei paljastettu etukäteen, jotta toiminta olisi mahdollisimman autenttista eikä se vaikuttaisi henkilöiden toimintaan.

Triage –vaiheessa tilanne päivystyksessä kuvattiin kaikissa tapauksissa rauhalliseksi, eikä päällekkäisiä potilaan vastaanottotilanteita tullut. Kaikista yhteistoimintatilanteista yksi poikkesi muista olemalla päivystyksestä eteenpäin korkeamman tasoiseen hoitolaitokseen siirtyvä kiireellinen hoitolaitossiirto. Itä-Uudenmaan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelun kanssa suoritettavia tilanteita oli 15, kolmessa tapauksessa ensihoitopalvelu oli muulta alueelta (Kymenlaakso tai Keski-Uusimaa). Nämä kolme tapausta otettiin myös mukaan havainnointiin ja analyysiin, koska ne sisälsivät arvokasta informaatiota siitä näkökulmasta, että ympäristö, toiminta ja ihmiset eivät olekaan päivittäistoiminnasta tuttuja. Vieraan alueen yksiköt tarvitsevat mahdollisesti aktiivisempaa lähestymistä ja ohjausta tullessaan päivystykseen. Päivystykseen tuotaviin potilaisiin liittyviä

yhteistoimintatilanteita oli 17, joista 8 oli C -varausasteella suoritettavia kuljetuksia ja 9 D -varausasteella. Päivystyksestä eteenpäin siirtyvä yksi kiireellinen hoitolaitossiirto suoritettiin A -varausasteella. Vain yhdessä tapauksessa kaikista päivystykseen tuotavista potilaista tehtiin ennakoilmoitus, ja senkin aiheena oli lähinnä jatkohoidon suunnitteluun liittyvä logistinen kysymys.

Päivystykseen tuotaviin potilaisiin liittyviä yhteistoimintatilanteita oli kaikkiaan 17, joista suurimmassa osassa tapauksista (f=14) triage otti ensihoidon vastaan aktiivisesti, tai muuten oli ensihoidon tunnistettavissa esim. kansliassa sijoittautumisensa johdosta. Kolmessa tapauksessa tuli esille selkeä kysymys ”Kenelle kerrotaan?”, ”Kenelle raportoidaan?” tai ”Kuka haluaa tietää?”. Näistä kaksi oli vieraan alueen yksiköitä, yksi oman alueen yksikkö.

Sähköiseen ensihoitokertomukseen oli ennalta triagen toimesta tutustuttu 12 kertaa, viidessä tapauksessa sähköiseen ensihoitokertomukseen ei oltu tutustuttu. Niissä tilanteissa, joissa sähköiseen ensihoitokertomukseen ei oltu tutustuttu (f=5), syynä oli joko se, että triage ei ole ollut paikalla (f=1), sähköistä ensihoitokertomusta ei ollut (f=2), tai kuljetuspaikka saattoi olla vielä valitsematta (f=2), jolloin ensihoitokertomus ei vielä näy sähköisesti.

Raportoinnin laajuutta triagevaiheessa on kuvattu havainnoinnissa kolmen tasoisena; Sähköiset tiedot (sähköinen ensihoitokertomus), suppea raportti (potilaan identifioiminen, pääasiallinen vaiva ja tämänhetkinen vointi), sekä laaja raportti (suppean lisäksi potilaan sairaushistoriaa ja taustaa, sekä laajemmin kuvattu potilaan terveysongelmaa, sen syitä, hoitoa, hoidon vastetta ja nykytilaa). Yleisimmin triagevaiheen päätöksenteossa käytettiin joko pelkästään sähköisen ensihoitokertomuksen tietoja (f=6), tai yhdistelmänä ensihoitokertomusta ja suppeaa raporttia (f=6). Laaja raportti esiintyi triagevaiheessa viidesti, joko yhdistettynä sähköiseen ensihoitokertomukseen (f=2), tai laaja raportti yksinään (f=3).

Päivystykseen tuotaviin potilaisiin liittyvistä tilanteista (n=17) osassa suullista raporttia ei annettu lainkaan triagelle (f=6). Näistä tapauksista valtaosa (f=4) selittyi sillä, että triage oli jo ehtinyt tutustua ensihoitokertomukseen ennalta, ja ensihoidon saapuessa alkoi ohjata tilannetta täydentävillä kysymyksillä, jolloin ensihoito ei saanut tilaisuutta raportoida. Yhdessä tapauksessa ensihoito linjasi itse tilanteen niin selkeäksi, että ”ei

varmaan tarvi kertoa mitään?”, ja yhdessä potilas ohjattiin jo sähköisen ensihoitoker-
tomuksen perusteella toiseen hoitopaikkaan.

Triagevaiheessa havainnoinnissa kirjattiin ylös myös päätöksentekoon liittyvien täyden-
tävien kysymysten tarve. Täydentävät kysymykset (n=24) kirjattiin ylös sanasta sanaan
tarkempaa tarkastelua varten. Analyysivaiheessa kysymykset jaettiin viiteen eri luok-
kaan; Löydökset ja oireet, tapahtumatiedot, lääkitys, tämänhetkinen vointi, ja hoidon
suunnittelu. Löydöksiin ja oireisiin liittyvät kysymykset olivat yleisimpiä (f=15), ja näitä
olivat esim. *”Eli rintakipu on tulosyy?”*, *”Onko EKG ennallaan?”*, *”Minkälaista kipu on?”*,
”Vaikuttaako hengittäminen?”, *”Oliko muita vamman merkkejä?”*, *”Muualla ei turvotuk-
sia?”*, *”Onko kuivuman merkkejä?”* jne. Yleisimmin yksittäisenä kysymyksenä esiintyi
”Miten potilas voi nyt?” (f=4), ja se luokiteltiin omaksi luokakseen ”vointi”. Tapahtuma-
tietoihin liittyviä kysymyksiä (f=3) olivat *”Oliko turvatyynyjä?”*, *”Mihin se on sen lyönyt?”*
ja *”Mistä se veri oli tullut?”*. Lääkityksiin liittyviin kysymyksiin (f=3) luokiteltiin kahdesti
esiintynyt kysymys *”Onko Marevan käytössä?”*, ja kertaalleen esiintynyt kysymys *”Onko
ottanut mitään lääkettä?”*. Hoidon suunnitteluun liittyviä kysymyksiä (f=3) olivat *”Voisko
tää mennä suoraan osastolle?”*, *”Onko olemassa mitään hoidon linjauksia?”* ja *”Mitä ite
veikkaat, mistä se (potilaan hoidon tarve) johtuu?”*.

Triagevaiheen jälkeen ensihoito ja potilas ohjattiin vastaanottavan hoitajan luo. Pääasi-
assa ohjaaminen tapahtui suullisesti (f=12), osassa tapauksista (f=4) triagehoitaja saat-
toi ensihoidon ja potilaan oikealle paikalle. Näissä neljässä tapauksessa triagehoitaja
myös antoi raportin eteenpäin, ensihoidon seurattessa tilannetta vierestä. Lisäksi yksi
potilas ohjattiin triagen jälkeen toiseen hoitopaikkaan, jonka takia näiden raportointiti-
lanteiden kokonaismäärä putosi tässä vaiheessa kahteentoista. Triagen suorittamia
raportointitilanteita ei kirjattu havainnoinnissa, koska ne rajautuivat ensihoidon ja päi-
vystyksen yhteistoiminnan ulkopuolelle.

Raportointipaikkana (n=12) oli yleisimmin tarkkailutila (f=6) tai kanslia (f=4). Potilaspai-
kalla tapahtuvaa raportointia oli kahdesti. Raportin vastaanottajana toimi pääasiassa
yksi hoitaja (f=9), jolle raportti kohdennettiin. Yleisesti useammalle hoitajalle tai koko
hoitotiimille tapahtuvaa raportointia tapahtui selvästi harvemmin (f=3).

Potilaan tunnistamisen tai identifioimisen suhteen nähtiin runsaasti vaihtelua. Yleisim-
min potilaan identifioiminen tapahtui yhdistämällä joko potilaan nimi ja syntymävuosi,
tai nimi ja potilaan pääasiallinen oire, kuten *”Me tuodaan tämmöistä -35 syntynyttä Möt-*

tösen Mattia - - - tai *"Meillä olisi tämmöinen vatsakipuinen Matti Möttönen - - -"*. Erilaisina yhdistelminä nimi (f=5) ja syntymäaika (f=5) esiintyi useimmin potilaasta raportoidessa, oire (f=3) ja papereista osoittaen (f=3) yhdistettiin usein joko nimeen tai syntymäaikaan, ja vain kahdessa tapauksessa potilaan tunnistamiseen liitettiin potilaan henkilötunnus.

Vastaanottavalle hoitajalle annettava raportti (n=12) sisälsi usein selkeän työdiagnosin tai hoitoon tulon syyn (f=9). Vain kolmessa tapauksessa tulosyyn tai selkeä työdiagnosi jäi epäselväksi. Yleisimmin raportoituja potilaan taustatietoja olivat perussairaudet (f=9), lääkitykset (f=8), sekä kotiolot (f=7). Riskitiedot mainittiin vain yhdessä tapauksessa. Havainnoinnissa huomioitiin riskitietona myös se, jos mainittiin ettei niitä ole (esim. *"Potilaalla ei ole allergioita"*).

Vastaanottavalle hoitajalle annettavaa raporttia tarkentavat kysymykset kirjattiin havainnoinnissa kuten triagevaiheessakin, kirjaamalla kaikki sanasta sanaan tarkempaa tarkastelua varten. Analyysivaiheessa nämä kysymykset on luokiteltu samoin kuin triagevaiheessa, viiteen luokkaan; Löydökset ja oireet, tapahtumatiedot, lääkitys, tämänhetkinen vointi, ja hoidon suunnittelu. Kuten triagevaiheessakin, löydökset ja oireet olivat edelleen eniten kysymyksiä herättänyt aihe (f=9), muiden kysymysten esiintyessä vain yksittäisinä; lääkitys (f=1), tapahtumatiedot (f=1), hoidon suunnittelu (f=1) ja vointi (f=1). Kysymysten laatu oli hyvin saman kaltaista kuin triagevaiheessakin, kuten esimerkiksi *"Onko suturoitavaa?"*, *"Kuumeileeko?"*, *"Oliko hän jo yöllä kaatunut?"*.

Raportointitilanteissa aktiivista kuuntelemista esiintyi lähes kaikissa tapauksissa (f=11), vain yhdessä tilanteessa havainnoinnissa tuli esille, että vastaanottava hoitaja keskittyi samaan aikaan jonkun muun potilaan hoitoon liittyviin asioihin. Raporttia häiritseviksi tekijöiksi on havainnoinnin aikana kirjattu yksittäisiä asioita, kuten *"Muiden hoitajien keskustelu samaan aikaan"*, *"Ohikulkijoita, ahdas paikka"*, ja *"Naapuripaikalla hoitotoimia ja hälinää"*. Kuitenkin vain yhden kerran kirjattiin raportin keskeytyneen, lääkärin tullessa kyselemään toisen potilaan asioita.

Havainnoinnin aikana kirjattiin mahdollisimman tarkasti ylös myös käytyjä keskusteluita sekä ensihoitajien, että päivystyksen hoitajien kanssa. Esille nousi aiheita, jotka toistui-
vat keskusteluissa useaan otteeseen.

Triagehoitajan erottumisen, tai aktiivisen kontaktin ottamisen koettiin olevan tärkeää, jotta päivystykseen saapuva ensihoitoyksikkö tietää kenen puoleen kääntyä.

”Triagehoitaja ei erotu joukosta - - -.”

”Ensihoitaja ei tiedä kenelle raportoida - - -.”

”Jos kukaan ei ota kontaktia niin on vähän silleen että ei tiedä kenelle pitäis puhua.”

”Oman alueen EH –yksiköt kyllä tuntee henkilökunnan ja tilat, mutta vieraiden alueiden yksiköt kaipaavat kyllä aktiivisempaa lähestymistä - - -.”

Sähköisen ensihoitokertomuksen merkitystä tiedonkulun näkökulmasta korostettiin. Sen koettiin parantavan mahdollisuuksia valmistautua potilaan vastaanottamiseen, mutta sen koettiin tuovan myös tulkinnanvaraisuutta ja oletuksia siihen, onko sähköiseen ensihoitokertomukseen ehditty tutustua, ja kuinka laajasti. Tämän koettiin vaikuttavan siihen, miten laajaa raporttia triagevaiheessa odotetaan.

”Merlot Hospitalhan kyllä antaa mahdollisuuden tutustua tietoihin etukäteen, mutta aina ei tiedä, kuinka laajaa raporttia triage odottaa, onko se edes ehtinyt tutustua ensihoitokertomukseen - - -”

”Jos se kuljetuspaikka valitaan vasta sairaalan pihalla, niin triagehoitaja ei oo kyllä ehtinyt myöskään tutustua etukäteen - - -”

ISBARin mukaista raportointia arvioitiin tapahtuneen vain noin neljänneksessä (f=3) tapauksista. Suurimmat puutteet raportoinnissa havaittiin olevan raportin rakenteessa, sekä puuttuvassa sisällössä. Kaikissa vastaanottavalle hoitajalle annetuissa raporteissa (n=12) ilmeni potilaan tilanearviossa tehdyt löydökset (f=12), mutta vitaalit kuvattiin sanallisesti vain puolessa tapauksista (f=6) ja aloitetut hoidot ja toimenpiteet (f=3) ja hoidon vaste (f=2) vain harvoin. Kuitenkin keskusteluissa nousi esille, että järjestelmällisen raportin käytön hyödyt tunnustetaan.

”Järjestelmällisissä raporteissa tuntuu olevan vähiten tarvetta niille lisäkysymyksille.”

”- - - luotetaan kyllä aika paljon siihen, että henkilöstö tuntee toisensa ja tavat toimia, eikä sen takia noudateta mitään tiettyä mallia, vaikka se (malli) olisi kyllä yksinkertainen käyttää.”

”Triagehoitajasta riippuen on välillä hyvin erilaisia käytäntöjä raportin vastaanottamisessa - - - aika harva sitä ISBARia taitaa silleen tietoisesti käyttää.”

6.2 Johtopäätökset havainnoinnin tuloksista

Kaikissa havainnoituissa tilanteissa olosuhteet päivystyksessä kuvattiin rauhallisiksi. Huolelliseen raportointiin ja kiireettömään yhteistoimintaan koettiin olevan aikaa ja mahdollisuus. Havainnoinnissa todettiin, että oman alueen ensihoitohenkilöstö tuntee melko hyvin päivystyksen henkilöstön ja tietää toimintatavat, sekä osaa hakeutua oikeaan paikkaan triagea varten. Triagehoitaja tunnistetaan melko hyvin ja kontaktiin päästään vaivattomasti. Puutteita nähtiin olevan lähinnä oman alueen ulkopuolelta tulevien ensihoitoyksiköiden kohdalla, jotka eivät tunne paikallisia toimintatapoja.

Havainnoinnissa yksi merkittävimmistä esille nousevista asioista oli, että raportointitilanteet eivät juurikaan noudata mitään ennalta sovittua mallia tai kaavaa. On hyvin yksilöllistä ja triagehoitajan toimintatavoista kiinni, miten potilaan vastaanottotilanne etenee ja miten paljon tietoa päätöksenteon tueksi ensihoidolta halutaan suullisessa raportissa. Useissa niissä tilanteissa, joissa suullista raporttia ei annettu lainkaan, triage oli ehtinyt jo tutustua ensihoitokertomukseen, eikä kokenut tarvetta raportille, vaan alkoi ohjata tilannetta omilla potilaan tilaan liittyvillä kysymyksillä heti ensihoidon saapuessa. Sähköisen ensihoitokertomuksen merkitys on siis hyvin suuri ja laadukkaaseen kirjaimiseen tulisikin panostaa. Ensihoitoyksiköiden tulisi huolehtia siitä, että kuljetuspaikka valitaan ajoissa jotta ensihoitokertomus tulee näkyviin vastaanottavassa päivystyksessä.

Havainnoinnin tuloksia analysoidessa tuli esille myös, että mitä laajempi raportti on triagehoitajalle ensivaiheessa annettu, sitä suppeammaksi hoitovastuun siirtävä raportti vastaanottavalle hoitajalle usein jää. Kahteen kertaan annettu laaja raportti koetaan tarpeettomaksi ja työlääksi, ja toiseen kertaan raportoidessa jo tuntuu, että asiat ovat jo kertaalleen sanottu. Hoitovastuun siirtävä raportti on tärkeää olla kattava, loogisesti etenevä ja johdonmukainen potilasturvallisuuden ja hoidon jatkumon näkökulmasta.

Potilaan identifioimisessa todettiin raportointivaiheessa runsaasti vaihtelua. Yhteisesti sovittua mallia potilaan tunnistamiseksi ei ole, vaikka se potilasturvallisuuden näkökulmasta olisi ensiarvoisen tärkeää. Asiaan liittyviä ongelmia tai poikkeamia ei kuitenkaan tullut esille. Viime kädessä potilaan henkilöllisyys varmistuu aina ensihoitokertomuksesta, joka yhdistyy myös potilastietojärjestelmään henkilötunnuksen perusteella.

Havainnoinnin tuloksissa todettiin, että ISBAR –malli toteutui vain neljänneksessä havainnoiduista raportointitilanteista. Suurimmat puutteet havaittiin olevan raportin epä-johdonmukaisessa etenemisessä sekä rakenteessa. Tulkinnanvaraiseksi usein myös jäi, eikö mainitsematta jääneissä ISBARin mukaisissa osa-alueissa ole ollut poikkeavaa, vai eikö niitä vain ole raportoitu muusta syystä. Havainnointiaineistosta oli nähtävissä, että mitä enemmän raportointi on noudattanut ISBAR –mallia, sitä vähemmän tarkentaville kysymyksille on ollut tarvetta. Kolmessa tapauksessa oli nähtävissä selkeästi ISBAR –mallin mukainen rakenne, ja näissä kolmessa tapauksessa tarkentavia kysymyksiä ei oltu esitetty lainkaan.

Vastaanottavalle hoitajalle annettava raportti sisälsi usein selkeän työdiagnoosin, joka tukee hoidon jatkuvuutta ja yhteisen käsityksen muodostumista potilaan terveysongelmasta. Tarkentavia kysymyksiä esitettiin lähinnä löydöksiin ja oireisiin liittyen, eikä selkeitä puutteita raportin tietosisällössä todettu olevan. Ensihoitokertomus seuraa potilasta triagesta vastaanottavalle hoitajalle, joka varmistaa kirjallisen tiedon siirtymisen hoitovastuun ottavalle hoitajalle ja parantaa tiedonkulkua ja sen myötä myös potilasturvallisuutta. Sähköisen ensihoitokertomuksen merkitys korostuu siis myös hoitoketjun myöhemmässäkin vaiheessa, joten kirjaamisen laatuun tulee panostaa.

Raportointitilanteiden olosuhteet todettiin havainnoinnissa hyviksi. Aktiivinen raportin kuuntelu toteutui lähes kaikissa tapauksissa ja raportin keskeytykset eivät olleet toistuvia. Häiritseviksi tekijöiksi kuvatut asiat voidaan nähdä sellaisiksi, joilta kiireisessä päivystyksessä tuskin koskaan voidaan täysin välttyä, ääntä ja ohikulkijoita on lähes kaikkialla. Mahdollisuuksien mukaan raportointitilanteet toki voidaan yrittää rauhoittaa.

Kriittisesti sairaan potilaan vastaanottamisen havainnointiin oli valmistauduttu omalla havainnointilomakkeella. Valitettavasti näitä tilanteita ei havainnointiajan puitteissa tullut ainoatakaan, joten tavoite sen osalta havainnoinnissa jäi täyttymättä. CRM otetaan kuitenkin kehittämistyön osaksi tutkimustietoon pohjaten. Turvalliseen ja laadukkaaseen tiimityöhön pyritään vaikka tutkimuksellisessa osiossa tässä työssä sen merkitys jäi näyttämättä toteen.

Kehittämistyön tutkimuksellinen osa vastasi kuitenkin melko hyvin työlle asetettuihin tutkimusongelmiin. Se mahdollisti yhteistyön kartoittamisen, riskien tunnistamisen, ja antoi välineitä kehittämistyön käytännön toteutukseen. Tutkimuksellinen osa tuki hyvin muusta kirjallisuudesta ja tutkimustiedosta hankittua teoriapohjaa, ja tulokset olivat

hyvin saman suuntaisia. Aiemmissa tutkimuksissa esille tullut havainto, että raportointi koetaan toimivaksi ja laadukkaaksi, mutta strukturoidulle mallille koetaan kuitenkin tarvetta, näkyi myös tämän havainnoinnin tuloksissa.

6.3 Yhteistyötapaamisen yhteenveto

Yhteistyötapaaminen järjestettiin 8.12.2016 Porvoon sairaalassa. Tapaamiseen oli kutsuttu henkilöstöä sekä ensihoidosta että päivystyspoliklinikalta. Päivystyspoliklinikalta oli osastonhoitajan toimesta kartoitettu kiinnostusta osallistumiseen, ja valittu muutamia aiheesta kiinnostuneita hoitajia. Lisäksi tapaamiseen osallistui osastonhoitaja sekä kaksi apulaisosastonhoitajaa. Ensihoidon henkilöstöä lähestyttiin sähköpostitse kutsukirjeellä (liite 6) kiinnostuksen kartoittamiseksi, lisäksi ensihoitolääkäreitä ja kenttäjohtajia lähestyttiin erikseen sähköpostitse. Tapaamiseen osallistui päivystyspoliklinikan henkilöstön edustajien lisäksi ensihoidon vastuulääkäri, ensihoitopäällikkö, päivystävä kenttäjohtaja ja muutama ensihoitaja. Osallistujamäärä (13 henkilöä) oli juuri sopiva vapaan keskustelun aikaan saamiseksi ja molemmista työyksiköistä oli hyvä edustus myös esimiestasolta, jolloin yhteisten asioiden sopiminen ja työyksiköiden sitouttaminen kehittämistyöhön toteutunee paremmin.

Yhteistyötapaamisessa käytiin tilaisuutta varten tehdyn Power Point –esityksen tuella läpi kehittämistyön tausta, ensihoidon ja päivystyksen yhteistoimintaan liittyviä tilanteita, yhteistoiminnan ja kommunikaation merkitystä tutkimustiedon valossa, esiteltiin lyhyesti CRM:n periaatteita, ja pohdittiin yhdessä niiden ilmenemistä omien työyksiköiden välisissä yhteistoimintatilanteissa. Potilaan luovutusprosessin rakenne ja siihen liittyviä ongelmakohtia esiteltiin, ja keskusteltiin niistä yhdessä. Toimivaa luovutusprosessia tarkasteltiin myös tutkimustiedon pohjalta ja esitettiin kirjallisuudessa tarjottuja ratkaisuja ongelmiin. Opinnäytetyön osana toteutetun havainnoinnin toteutusta ja havainnoinnista nousseita johtopäätöksiä käsiteltiin lyhyesti, ja kiinnostuneille tarjottiin mahdollisuus tutustua kirjallisesti tarkemmin havainnoinnin tuloksiin. Tapaamista varten oli kehitetty muutamia toimintaehdotuksia ja menetelmiä yhteistyön parantamiseksi, ja näitä tarjottiin vaihtoehtoina yhteisesti toteutettaviksi.

Kiinnostus yhteisen toiminnan tarkempaan tarkasteluun oli kiitettävää ja keskusteluissa nousi hyvin saman kaltaisia asioita esille, joita tutkimustietokin tukee. Toimijoiden välisen yhteistyön merkitys tunnistettiin ja sen vaikutus laatuun ja potilasturvallisuuteen tuli selkeästi esille. Keskustelussa tunnistettiin oman työskentely-ympäristön ja yhteistoi-

minnan vahvuuksia ja haasteita, sekä löydettiin olemassa olevia ratkaisuvaihtoehtoja ongelmiin. Asenneilmapiirin ja muutosvastarinnan olemassaolo tunnistettiin, mutta myös yhteisesti todettiin, että kun kyse on potilasturvallisuushaasteista, ei asenne saa olla esteenä toiminnan kehittämiseksi, ja potilasturvallisuuteen liittyvien asioiden tunnistamista tulee kehittää.

ISBAR -mallin mukainen raportointi tunnetaan hyvin, ja keskustelussa tuli ilmi että ensihoidossa se on aktiivisessa käytössä. Päivystyksessäkin malli on vuosia sitten otettu käyttöön, mutta jostain syystä unohtunut ajan saatossa. Osa hoitajista kertoi käyttävänsä sitä edelleen. Yhtenä syynä mallin vähäiselle käytölle päivystyksessä koettiin olevan se, että ISBAR -malli edellyttää sekä raportin antajalta että vastaanottajalta mallin tunnistamista ja tietoista käyttämistä. Raportin vastaanottajan tulee antaa raportoijalle mahdollisuus raportoida mallin mukaan, eikä keskeyttää raporttia kysymyksillä.

Yhtenä tärkeimmistä ongelmista tunnistettiin olevan toiminnan organisoimisen puute. Kiireisissä, erityisesti kriittisesti sairaan potilaan vastaanottamiseen ja kiireellisiin siirtoihin valmistautumisessa koettiin, että tilanteista puuttuu tilannejohtaja, eikä yhtenäinen tilannekuva ja toiminnan suunnitelmallisuus säily henkilöstön välillä. Erityisesti hoitajien ja lääkäreiden välisessä kommunikaatiossa koettiin olevan puutetta. Aihetta tarkasteltiin yhdessä CRM:n näkökulmasta. Todettiin, että CRM toteutuu joiltain osin tiedostamatta, mutta oltiin yhtä mieltä siitä, että sisäistämällä CRM:n opit tietoisesti jokapäiväisiin tilanteisiin, ne siirtyvät vahvemmin ja tiedostetummin myös kriittisiin tilanteisiin. Tilannejohtajuuden määrittämiseen sekä hoitotiimin eri roolien tunnistettavuuteen koettiin olevan kehittämistarvetta.

Potilaan luovutustilanteiden, alkaen ensihoidon saapumisesta sairaalaan ja päättyen potilaan hoitovastuun siirtymiseen, todettiin toteutuvan hyvin erilaisin mallein riippuen siitä, miten triagehoitaja tilannetta ohjaa. Kuten havainnoinnissakin tuli esille, mitään yksittäistä yhdessä sovittua mallia ei ole käytössä ja yksilöllisiä eroja on paljon. Tämä tunnistettiin ongelmaksi, ja sen todettiin aiheuttavan epätietoisuutta potilaan luovutustilanteisiin. Keskustelussa pohdittiin, mikä on riittävä määrä tietoa triagen päätöksentekoon, ja miten varmistetaan se että triagehoitajalle annettava raportti ei rönsyile liian laajaksi. Triagehoitaja ei tarvitse kaikkea tietoa, vaan oleellisempaa olisikin säästää laaja raportti sille hoitajalle joka lopulta ottaa potilaan hoitovastuun. Havainnoinnissa tuli esille, että mitä laajempi raportti on annettu triagehoitajalle, sitä suppeammaksi hoitovastuun siirtävä raportti jää, ja tämä muodostaa merkittävän riskin tiedon siirtymi-

sessä sille hoitajalle, joka erityisesti tietoa tarvitsisi. Potilaan luovutustilanteisiin sovittavalle strukturoidulle mallille koettiin olevan tarvetta, jotta toiminta toistuisi joka kerralla samalla tavalla, riippumatta yksilöllisistä eroista tavoissa ottaa potilas vastaan.

Yhteisen keskustelun pohjalta ja aiempaan tutkimustietoon ja havainnoinnin tuloksiin pohjaten tuotettiin yhdessä ensihoidon ja päivystyksen välinen kehittämisstrategia vuodelle 2017, jota molemmat työyhteisöt sitoutuivat noudattamaan. Strategia rajattiin sisältämään kolme konkreettista ja päivittäistoimintaan liittyvää kehittämiskohdetta. Tällä pyrittiin varmistamaan että tavoitteet ovat saavutettavissa olevia ja kohtuullisilla resursseilla toteutettavia.

Strategiaan sisällytettiin vuoden 2017 kehittämiskohteiksi:

1. Tilannejohtajuus ja tiimin jäsenten tehtävien määrittäminen
2. ISBAR -malliin sitoutuminen ja uudelleen käyttöönotto myös päivystyksessä
3. Potilaan luovutusprosessin yhtenäistäminen

Yhteistyötapaamisessa nimettiin sekä ensihoidon että päivystyksen henkilöstöstä vastuhenkilöt, joiden tehtävänä on huolehtia lähinnä tiedonkulusta ja yhteisten toimien suunnittelusta. Esimiesten kanssa keskusteltiin työajan osoittamisesta resurssina vastualueen hoitamiseen. Tapaamisessa suunniteltiin myös mahdollisuutta tarjota kehittämistyöhön liittyvien osa-alueiden tarjoamista opiskelijoille opinnäytetyöaiheiksi, jos niille on kysyntää. Yhteisestä opinnäytetöiden aihepankista myös keskusteltiin.

Yhteisistä toimintamalleista ja valmiiden tarkistuslistojen hyödyntämisestä yhteistoiminnassa keskusteltiin, ja todettiin joidenkin ensihoidossa käytössä olevien mallien olevan jo tulossa myös päivystykseen. Muun muassa anestesiaintubaation turvalliseen toteuttamiseen kehitetty RSI –protokolla ollaan päätetty jalkauttaa myös päivystyksen toimintaan. Kiireelliseen siirtoon valmistautumisen tarkistuslistaa myös esitettiin ensihoidon ja päivystyksen välisiin tilanteisiin.

Koulutusyhteistyöstä keskustellessa päätettiin jatkossa kartoittaa mahdollisuutta vuosittaisen yhteisen koulutuspäivän järjestämiseen. Päivittäistoiminnassa helposti toteutet-

tavia lyhyitä ”HIIT” (High intensity intervall training) -harjoituksiksi nimettyjä harjoituksia todettiin voivan järjestää milloin tahansa kun siitä yhteisesti sovitaan. HIIT –nimitys lainattiin urheilussa yleisemmin tunnetusta harjoitusmetodista, jossa toteutetaan korkean intensiteetin intervalliharjoituksia. Ensihoidon ja päivystyksen väliseen toimintaan sovellettuna harjoituksen nimi kuvaa lyhyttä (esim. 10 min) ja teholtaan maksimaalista, päivittäistoiminnan ohessa suoritettua harjoitusta, jossa keskitytään tiettyyn harjoitusaiheeseen, kuten raportointiin, CRM:n mukaiseen kommunikaatioon tai tilannejohtamiseen.

Yhteistyötapaaminen koettiin tarpeelliseksi ja sen koettiin käynnistävän uusi, aktiivinen vaihe ensihoidon ja päivystyksen yhteistoiminnassa.

6.4 Tulosten raportointi, luotettavuus ja eettisyys

Tämän kehittämistyön raportti on tuotettu Metropolian kirjallisen työn ohjeiden mukaan ja raportissa on esitelty koko opinnäytetyöprosessi kehittämistyön tulosten lisäksi. Huolellinen, avoin ja koko prosessin kuvaava raportointi lisää kehittämistyön luotettavuutta.

Tutkimuksellisen kehittämistyön luotettavuuden suhteen vaaditaan samoja asioita kuin miltä tahansa tieteelliseltä työltä. Työltä vaaditaan tutkimustulosten oikeellisuutta, eli sitä että saadut tulokset ovat oikeita ja niihin voidaan luottaa. Luotettavan tiedon saaminen varmistetaan jo alkaen siitä, että tutkimusasetelma laaditaan oikein, ja että tutkitaan juuri niitä asioita, joihin tutkimusongelma liittyy, sekä siitä että menetelmiä ja mittareita käytetään oikein. Tutkimustulosten luotettavuutta tarkastellaan kahden käsitteen, eli validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkitaan oikeita asioita, käyttäen oikeita ja tarkoituksenmukaisia menetelmiä. Reliabiliteetti tarkoittaa mittausten pysyvyyttä eli sitä, että toistettaessa tutkimus saadaan samat tulokset, ja tulkinnan samanlaisuutena tulkitsijasta toiseen. (Tuomi – Sarajärvi 2009:136-137, Kananen 2014: 125-127, 131.) Luotettavuuden osoittaminen kehittämistyön eri vaiheissa voidaan olettaa myös lisäävän osallistuvan henkilöstön sitoutumista kehittämistyöhön.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa minkäänlaista yksiselitteistä ohjetta. Luotettavuutta pyritään vahvistamaan riittävän tarkalla dokumentaatiolla, sillä ulkopuolisen lukijan on muuten mahdotonta päätellä tutkimuksen luotettavuudesta mitään. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kannalta on oleellista, että tutkimustulokset ovat tutkittavien kannalta luotettavia ja uskottavia, ja tulokset kannat-

taakin luetuttaa ja hyväksyttää tutkittavilla. Tässä tosin voi syntyä ristiriitoja niissä tilanteissa, joissa tutkija näkee asioita ja tekee tulkintoja, jotka eivät ole tutkittavien mieleen. Tutkittavien saman mielisyys tutkijan kanssa katsotaan lisäävän luotettavuutta. Toimintatutkimuksessa luotettavuusarviointi on erityisen haastavaa, koska laadullisen tutkimuksen luotettavuusmittarit eivät sellaisenaan sovellu toimintatutkimukseen. Toimintatutkimus tavoittelee muutosta, ja sitä toteutetaan yleensä useilla eri tyyppisillä menetelmillä. Muutoksen luotettavuuden arviointi jää yleensä avoimeksi luotettavuusmittarin puuttuessa. Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen voi sanoa olevan luotettava, kun tutkimuksen tutkimuskohde ja tutkittu materiaali ovat yhteensopivia (Vilkkä 2005: 158- 159; Tuomi – Sarajärvi 2009:136-137, 142-149.)

Tämän kehittämistyön kohteena olevat työyhteisöt ovat työskentely-ympäristöinä en-tuudestaan tuttuja, kun tutkimuksen kohteena on sekä entinen, että nykyinen työpaik-kani. Tämä tuo luonnollisesti mukanaan tutkimuksellisten menetelmien luotettavuuden arvioimiseen omat haasteensa, mutta toisaalta olemassa olevan substanssiosaamisen hyödyntäminen tutkimuksessa painaa vaakakupissa enemmän. Luotettavuuteen liitty-vät haasteet on vain ratkaistava parhain mahdollisin arviointikeinoin ja huomioitava luotettavuuden toteutuminen prosessin alusta loppuun. Riittävän tarkalla dokumentoi-misella ja avoimella raportoinnilla uskon pystyväni näyttämään toteen kehittämistyön tulokset, ja koska kehittämistyöllä pyritään muutoksen aikaansaamiseen, muutoksen pysyvyys viime kädessä näyttää luotettavuuden toteutumisen.

Porvoon sairaalan päivystyspoliklinikalla eletään tulevien sote-uudistusten takia haas-tavaa aikaa. Tämä antaa haastetta kehittämistyön toteuttamiseen, mutta myös nostavat pinnalle yhteistoiminnan kehittämisen tarpeita.

7 Pohdinta

Kokemukseni mukaan kommunikaatiolla ja sillä, millä sanoilla potilaan tilaa kuvataan ja mitä raportoidaan, on suuri merkitys sille minkälaisia toimia kerrotun perusteella poti-laan hoidon aloittamiseksi tehdään. Ensihoito on ehtinyt ennen sairaalaan saapumista kerätä potilaasta merkittävän määrän tietoa. Raportointitilanteessa tämä tieto pitäisi tiivistää kaiken oleellisen sisältäväksi, loogisesti ja helposti ymmärrettäväksi, lyhyeksi yhteenvedoksi potilaan tilanteesta ja kliinisestä tilasta. Raportissa siirrettävän tiedon lisäksi merkittävää on se, kuinka suurta painoarvoa raportoinnissa asetetaan sille, mikä

on ensihoidossa todettu potilaan seurannan ja hoidon tarve, ja minkälainen kokonaiskuva potilaan tilasta välitetään. Keskitytäänkö kertomaan pelkästään mitattuja arvoja ja löydöksiä, ja jätetäänkö niistä johtopäätösten tekeminen sille ihmiselle, joka ei välttämättä ole vielä edes tavannut potilasta? Kuinka paljon raportointitilanteissa jää asioita oletuksen varaan?

Tilannejohtamisen ja hyvin toimivan kommunikaation näkökulma korostui kehittämistyössä enemmän kuin olin alkuun ajatellut. Se herätti myös työyhteisöissä ajatuksia ja selkeitä kehittämistarpeita. Tutkimuksissa on kuvattu useita kommunikaatioon liittyviä ongelmakohtia ensihoidon ja päivystyspoliklinikan välisessä vuorovaikutuksessa, lähinnä potilaan luovutustilanteisiin ja raportointiin, mutta myös muuhun yhteistoimintaan liittyen. Tutkimuksissa on muun muassa todettu, että tehoton toiminta potilaan luovutustilanteissa uhkaa potilasturvallisuutta, laatua ja hoidon vaikuttavuutta. Vaikka potilaan luovutustilanteiden toimivuuteen ollaan pääasiassa melko tyytyväisiä, toiminnan kehittämiseksi ja strukturoiduille toimintamalleille katsotaan olevan tarvetta. Potilasturvallisuuskysymykset liittyvät koko hoitoketjun ymmärtämiseen, ja hoidon jatkumo edellyttää riittävän hyvin sujuvaa keskinäistä yhteistyötä. On myös tärkeää ymmärtää, missä olosuhteissa potilaan hoitoon liittyvä aiempi päätöksenteko on tapahtunut.

Kun turvallisen ja toimivan yhteistyön malli omaksutaan osaksi jokaisen työntekijän työtapaa päivittäisessä toiminnassa, säilyy myös kyky toimia kriittisissä tilanteissa säilyttäen hyvä tilannetietoisuus sekä turvallinen ja johdonmukainen toiminta. CRM (Crisis Resource Management) -mallin mukaisella toiminnalla, sekä luomalla yhteisiä toimintamalleja päivystyksen ja ensihoidon henkilöstön välille, ja harjoittelemalla niitä yhdessä, saadaan hyödynnettyä tilanteissa kaikki käytettävissä olevat resurssit. Näin tavoitetaan toimiva ja selkeä tilannejohtajuus, sekä varmistetaan mahdollisuus säilyttää hyvä tilannetietoisuus. Toiminnalla varmistetaan myös, että hoitoketjun kaikissa vaiheissa siirtyä ajantasaista, loogisesti etenevää ja johdonmukaista tietoa potilaan voinnista eteenpäin.

Tämä opinnäytetyö avasi itselleni monia näkökulmia, joita alkuun en ollut ajatellut. Kehittämistyön suunnitelma lähti muotoutumaan omassa työssä vastaan tulleiden kokemusten kautta, lähinnä toiveena siitä, että yhteistyö ensihoidon ja päivystyksen välillä saataisiin jollain keinoilla sujuvammaksi ja paremmin yhteisiä tavoitteita tukevaksi. Kokemukseni on ollut, että toimintaa ja hoitoprosesseja hiotaan huolellisesti molemmissa työyhteisöissä erikseen, päivystyksessä vuosittaisissa koulutuspäivissä, viikoittaisilla

osastotunneilla, sekä erikseen suunnitelluissa koulutus- ja kehittämisprojekteissa. Ensihoidossa puolestaan noudatetaan vuosittaista koulutusjärjestelmää, ja siihen perustuvaa tenttijärjestelmää, joka liittyy mm. vastuulääkäriin myöntämien hoitovelvoitteiden ylläpitämiseen. Koulutuksia toteutetaan vuorokoulutuksina, sekä simulaatio- että teorialamuotoisena, ja koulutukset sisältävät eri aiheita hoito-ohjeista hoitovälineiden käyttökoulutukseen ja hälytysajoneuvon ajokoulutuksiin.

Vaikka molemmissa työyksiköissä toteutetaan laadukasta koulutustoimintaa, yhteistoiminnan kehittäminen on tuntunut unohtuneen. Potilas on kuitenkin sama koko hoitoketjun ajan ja toiminnan tulisi tähdätä yhteiseen tavoitteeseen; Potilaan hoidon jatkuvuuteen, laatuun, potilasturvallisuuteen ja hoidon oikea-aikaisuuteen.

Kehittämistyö toimii mallina siitä, että perusteellisella aiheeseen syventymisellä ja tutkitun tiedon pohjalta asioita tarkastelemalla voidaan toteuttaa näyttöön perustuvaa kehittämistyötä myös ei-tekniisessä osaamisessa ja työyhteisörajojen yli. Päivystystoiminta ja työympäristöt muuttuvat jatkuvasti ja hyvän yhteistoiminnan edellytykset on hyvä tuntea mm. organisaation muutoksia suunnitellessa, tuoreimpana esim. yhteispäivystyshankkeen kaltaisissa tilanteissa. Työyhteisöjen osallistuminen ja kiinnostuksen osoittaminen kehittämistyötäni kohtaan on ollut kiitettävää. Vaikka opinnäytetyön osalta yksi vaihe päättyikin, uskon että kehittämistyö ja yhteistoiminta on nyt polkaistu käyntiin ja vastuuhenkilöiden nimeäminen varmistaa kehittämistoiminnan jatkumisen tulevaisuudessakin.

Lähteet

Aluehallintovirasto 2013. Ensihoidon palvelutasopäätökset ja triage-ohjeistukset. Etelä-Suomen alueen sairaanhoitopiirit. Etelä-Suomen aluehallintovirasto. Juvenes Print, Suomen Yliopistopaino Oy. Hämeenlinna.

Asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014. Sosiaali- ja terveysministeriö. Annettu Helsingissä 23.9.2014.

Asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Annettu Helsingissä 6.4.2011.

Bruce, Karin – Suserud, Björn 2005. The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. *Nursing in Critical Care*. 10. (4): 201-209.

Collin, Kaija – Valleala, Ulla Maija – Herranen, Sanna – Paloniemi, Susanna – Pyhälä-Liljeström, Paula 2012. Moniammatillisen yhteistyön muodot ja haasteet päivystystyön hoitoprosessissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2012: 49 31-43.

Collin, Kaija – Paloniemi, Susanna – Herranen, Sanna 2012. Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Ensihoitoasetus (340/2011). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta. Julkaistu 6.4.2011.

Eronen, Ilkka 2009. Ensihoitokertomuksen käytettävyys. Päivystyspoliklinikoiden sairaanhoitajien näkökulma. Pro gradu –tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Fletcher G. – Flin, R. – McGeorge, M. – Glavin, R. – Maran, N. – Patey R. 2003. Anaesthetists' NonTechnical Skills (ANTS): Evaluation of behavioural marker system. *British Journal of Anaesthesia* 90 (5), 580–588.

HaiPro 2014. <http://awanic.com/haipro/>. Luettu 19.08.2016.

Heikkinen, Hannu – Rovio, Esa – Syrjälä, Leena (toim.) 2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Helovuori, Arto – Kinnunen, Marina – Peltomaa, Karolina – Pennanen, Pirjo 2012. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. 2. painos. Helsinki: Fioca Oy.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2008. Tutki ja kirjoita. 13.-14. osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hoppu, Sanna – Niemi-Murola, Leila – Handolin, Lauri 2014. Simulaatiokoulutus potilasturvallisuuden parantajana – oppia tiimityöstä. *Duodecim* 2014;130:1744–8

HUS 2015a. Yhteispäivystys käynnistyi itäisellä Uudellamaalla - Samjour startade i östra Nyland. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkajulkaisu. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/Yhteispäivystys-kaynnistyi->

itaisell%C3%A4-Uudellamaalla---Samjour-startade-i-ostra-Nyland.aspx> Luettu 1.5.2015.

HUS 2015b. Päivystys ja ensihoito Porvoon sairaanhoitoalueella. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkojulkaisu.
<<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/porvoon-sairaala/paivystys-ja-ensihoito/Sivut/default.aspx>> Luettu 1.5.2015.

HUS Ensihoidon palvelutasopäätös 2014. Päivitys vuodelle 2014. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Verkkojulkaisu. Saatavana osoitteessa:
<<http://hus01.tjhosting.com/kokous/20141907-6-94007.PDF>> Luettu 23.11.2015.

Isoherranen, Kaarina 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos.

Itä-Uudenmaan aluepelastuslautakunta 2015. Palvelutasopäätös.

Itä-Uudenmaan kuntien yhdistymisselvitys 2014. Raportti. FCG konsultointi Oy. Verkkojulkaisu. Saatavana osoitteessa:
<http://www.sipoo.fi/easydata/customers/sipoo/files/2011_hallinto/iu-selvitys/loppuraportit/ita-uusimaa_raportti_versio_16_12_2014_v17.pdf> Luettu 23.11.2015.

Itä-uudenmaan pelastuslaitos 2011. Ensihoitojärjestelmä. Verkkojulkaisu.
<<http://www.iupela.fi/palvelut/ensihoito/ensihoitojarjestelma>> Luettu 17.5.2015.

Kananen, Jorma 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kemppainen, Minna 2013. Potilaan vastaanottaminen päivystyksessä. Teoksessa Kuisma, Markku – Holmström, Peter – Nurmi, Jouni – Porthan, Kari – Taskinen, Tuomas. (toim.) Ensihoito. Helsinki: SanomaPro Oy, 92–101.

Kinnunen, Marina – Keisinen, Timo – Ruuhilehto, Kaarin – Ojanen, Juhani 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. THL. Helsinki: Yliopistopaino.

Kuisma, Markku 2013. Potilasturvallisuus. Teoksessa Kuisma, Markku – Holmström, Peter – Nurmi, Jouni – Porthan, Kari – Taskinen, Tuomas (toim.) Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014. Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7.

Mikkonen, Sami 2014. Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. Pro gradu -tutkielma Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Murray, Stephen – Crouch, Robert – Ainsworth-Smith Mark 2012. Quality of the handover of patient care: A comparison of Pre-Hospital and Emergency Department notes. International Emergency Nursing 20: 24–27.

Määttä, Teuvo 2013. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa Kuisma, M. – Holmström, Peter – Nurmi, Jouni – Porthan, Kari – Taskinen, Tuomas (toim.) Ensihoito. Helsinki: SanomaPro Oy, 14–28.

Nyström, Patrik 2013. CRM ja ei-tekniset taidot ensihoidossa. Teoksessa Kuisma, M. – Holmström, Peter – Nurmi, Jouni – Porthan, Kari – Taskinen, Tuomas (toim.) Ensihoito. Helsinki: SanomaPro Oy, 101–107.

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Owen, Christine – Hemmings, Lynn – Brown, Terry 2009. Lost in translation: Maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. (21), 102–107.

Paakkonen, Heikki 2008. The Contemporary and Future Clinical Skills of Emergency Department Nurses. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Ponzer, Sari – Castren, Maarit 2013. Ammattien välinen toiminta ja kommunikaatio. Teoksessa: Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Potilasturvallisuusopas 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Rall, Marcus – Gaba, David M. – Howard, Steven K. – Dieckmann, Peter 2014. Human Performance and Patient Safety. Chapter 7. Teoksessa: *Miller's Anaesthesia*, 8th edition. Elsevier.

Reason, James. 2000. Human error: models and management. *British Medical Journal* (320), 768–70. Saatavana osoitteessa: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf>> Luettu 24.10.2016.

Reiman, Teemu – Pietikäinen, Elina – Oedewald, Pia 2008. Turvallisuuskulttuuri. Teoria ja arviointi. Espoo: VTT Publications.

Rekola, L., Isoherranen, K., Koponen, L. (2005). Moniammatillinen yhteistyö päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva hoitotyö* 3, 16 – 21.

Silfvast T – Castren M – Kurola J – Lund V – Martikainen M (toim.) 2013. Ensihoitoparas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Suomen perustuslaki (1999/731). Annettu 11.6.1999.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010). Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaistu 30.12.2010.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 6. uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Uusitalo, Jenna. 2016. Päivystys jatkaa ensihoidon aloittamaa työtä. *Systole* 1/2016. Suomen Ensihoidon Tiedotus Oy. Helsinki: Libris Oy.

Viinikainen, Sari – Solonen, Ari – Manninen, Mari – Pyhälä-Liljeström, Paula 2012. Tu-
keeko moniammatillisuus hoitotyön johtamista päivystysalueella? Julkaisussa Yhteistyö
ja moniammatillisuus akuuttihoidossa. Toim. Collin, Kaija – Paloniemi, Susanna – Her-
ranen, Sanna. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopisto. 89– 102.

Vilka, Hanna. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

WHO 2016. Patient safety. Verkkosivusto. Saatavissa sähköisenä:
<<http://www.who.int/patientsafety/en/>> Luettu: 20.9.2016.

Ye, Ken – Taylor, David – Knott, Jonathan – Dent Andrew – MacBean, Catherine 2007.
Handover in the emergency department: deficiencies and adverse events. *Emergency
Medicine Australasia* 19, (5) 433–41.

Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmän
raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä.

Yong, Guohao – Dent, Andrew – Weiland, Tracey 2008. Handover from paramedics:
Observations and emergency department clinician perceptions. *Emergency Medicine
Australasia*. (20), 149–155.

Åberg, Tiina 2016. Osastonhoitaja. HUS Porvoon sairaala, päivystyspoliklinikka. Por-
voo. Suullinen tiedonanto 21.11.2016.

Crisis Resource Management (CRM)

Viisitoista ydinkohtaa, jotka muodostavat turvallisen ja laadukkaan kommunikaation ja tiimitoiminnan perusteet

(Rall & Gaba ym. 2014 mukaan)

1. *Tunne ympäristösi (Know the environment)*. Tunne ja varmista olemassa olevat resurssit, henkilöstö ja varusteet.
2. *Ennakoi ja suunnittele (Anticipate and plan)*. Ennakoi, harjoittele, valmistaudu. Ole askeleen edellä. Mieti, mikä voi mennä pieleen.
3. *Kutsu apua ajoissa (Call for help early)*. Tiedä omat, turvalliset rajasi. Kysy jos epäilet. Älä yritä selvittää yksin. Sovi "triggerit", eli kynnykset lisäävun pyytämiseen.
4. *Harjoita johtamista ja tiimin jäsenenä olemista (Exercise leadership and followership)*. Hyvä johtaja ei ole se joka tietää eniten, vaan se joka kykenee suunnittelemaan, tekemään päätöksiä ja jakamaan tehtäviä sekä kommunikoimaan selkeästi. Johdettavana oleminen on vähintään yhtä tärkeä taito. Hyvä tiimin jäsen kuuntelee, ottaa kantaa ja tuntee tiimin kanssa vastuuta.
5. *Jaa työkuormaa (Distribute the workload)*. Jaa tehtävät. Pysyttele tilanteen johtajana sen verran etäällä, että näet tilanteen kokonaiskuvan. Varmista, että tiimin jäsenet tuntevat tehtävänsä ja tilanne etenee suunnitelman mukaan. Tiimin jäsenenä ole aktiivinen, tarkkaile tehtäviä jotka tarvitsevat tekijää.
6. *Mobilisoi kaikki resurssit (Mobilize all available resources)*. Pohdi, mitä kaikkea sinulla on käytettävissäsi käsillä olevaan ongelmaan. Käytä kaikkea saatavilla olevaa tietoa, tekniikkaa, ja kaikkia saatavilla olevia ihmisiä.
7. *Kommunikoi tehokkaasti (Communicate effectively – speak up)*. Hyvä kommunikaatio on selkeää ja oikein suunnattua. Varmista, että vastaanottaja on saanut ja ymmärtänyt viestin. Kommunikaatio on liimaa, joka pitää erilaiset tiimin jäsenet yhdessä. Jokin sanottu on merkityksellistä kommunikaatiota vasta sitten, kun viesti on vastaanotettu ja ymmärretty.
8. *Käytä kaikki saatavilla oleva informaatio (Use all available information)*. Käy johdonmukaisesti läpi kaikki saatavilla oleva tieto, useista eri lähteistä, ja muista, että ihmisellä on taipumus hakea omalle käsitykselleen varmistusta, eikä olla avomielinen.

9. *Haasta mielikuvasi (Prevent and manage fixation errors).* Virhe mielikuvassa saattaa johtaa väärään toimintaan. Tilanteessa "putkinäköisesti" yhteen vaihtoehtoon jumiutuminen, sinnikäs tietyn merkityksettömän oireen tai löydöksen seuraaminen, saattaa johtaa tilanteessa väärin hoitopäätöksiin. Oletus siitä, että kaikki on ok, toisaalta saattaa aiheuttaa sen, että varhaiset merkit tilanteen poikkeamasta saattavat jäädä huomaamatta. Yritä saada aina toinen mielipide tilanteesta muilta, ja yritä katsoa tilannetta eri näkökulmista.
10. *Tee kaksoistarkistuksia (Cross check and double check – never assume anything).* Tarkista asioita eri lähteistä. Tee kaksoistarkistuksia. Puhu ääneen ja osoita asian lähdettä, ajatukset pysyvät mukana toiminnassa ja kollegasi voi huomata toimintasi mahdolliset virheet. Älä ikinä olet mitään.
11. *Käytä kognitiivisia apuvälineitä (Use cognitive aids).* Luo ja käytä muistilistoja (checklist) ja apuvälineitä, ne eivät ole merkki osaamattomuudesta, vaan turvallisuustietoisesta toiminnasta. Muisti ja kognitiiviset toiminnot ovat haavoittuvaisia, varsinkin paineen alaisina.
12. *Arvioi asioita uudestaan useasti (Re-evaluate repeatedly).* Tilanteet ovat dynaamisia, muuttuvia. Se, mikä pitää paikkaansa nyt, saattaa olla jo muutaman minuutin päästä vanhentunutta tietoa tilanteesta. Arvioi tilannetta aina johdonmukaisesti uudestaan, jotta et pelkästään varmista vanhaa tilannekuvaa, vaan teet sen tilalle uuden, päivitetyn tilannekuvan.
13. *Työskentele muiden kanssa tiiminä (Use good teamwork – coordinate with and support others).* Ota huomioon tiimin heikkoudet ja vahvuudet, käytä hyväksesi tiimin osaamista. Tehtävien suunnitteluun ja jakamiseen käytetty aika tuottaa paremman lopputuloksen kuin kiireessä suunnittelematon työ. Kun kaikki tietävät tehtävänsä, tiimin koordinoiminen on helpompaa. Tarkastele jälkikäteen tehtäviä tiimin kesken, ja pohtikaa mikä meni hyvin ja mitä voitaisiin tehdä paremmin.
14. *Jaa huomiosi viisaasti (Allocate attention wisely).* Ihmisen huomiokyky on rajallinen ja moniosaaminen vaikeaa. Ihmiset kuvittelevat usein olevansa parempia tekemään useaa asiaa yhtä aikaa, kuin todellisuudessa ovat. Tee työtä systemaattisesti ja priorisoiden, keskity vuorotellen eri osa-alueisiin ja informoi säännöllisesti tilanteen johtajaa muutoksista.
15. *Priorisoi dynaamisesti (Set priorities dynamically).* Älä jämahdä yhteen ratkaisuun, vaan muista, että tilanne elää, ja ratkaisuja on yleensä useita. Yhdessä hetkessä tehty oikea päätös saattaa olla jo kohta väärä, tai josain tilanteessa toimimaton ratkaisu taas toiseen tilanteeseen oikea. Tilanteen muuttuessa myös tärkeysjärjestys saattaa muuttua. Elä tilanteen mukana ja päivitä ratkaisuja sitä mukaan, kun uutta tietoa on saatavana.

ISBAR –malli

(Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä 2014: 57)

Ensihoidon ja päivystyksen ISBAR: potilaan siirto ensihoidosta päivystykseen

Ensihoitohenkilökunta

1. Tarkistaa potilaan luovutuksen yksityiskohdat ennen saapumista päivystykseen
2. Päivystykseen saavuttua järjestetään noin minuutin rauhallinen aika ISBAR tietojen raportointiin potilaan odottaessa vieressä
3. Kannustaa päivystyksen henkilökuntaa kysymään lisätietoja ja varmistaa yhteisymmärryksen syntymisen
4. Toinen ensihoitaja pysyy potilaan luona koko luovutuksen ajan

Päivystyksen henkilökunta

1. Varmistaa potilaan vastaanottamistilanteen rauhallisuuden
2. Esittää kysymyksiä viimeistään ISBAR- raportin jälkeen
3. Tarkkailee potilasta ISBAR- raportoinnin aikana
4. Pystyy nimeämään vastuuhenkilön

I dentify <i>Potilaan tiedot</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan nimi ja ikä (henkilötunnus)
S ituation <i>Tilanteen tiedot</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan sairauden tai vamman laatu ja syntymekanismi • Syy päivystykseen tuloon
B ackground <i>Potilaan taustatiedot</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Oleelliset aikaisemmat sairaudet, hoidot ja ongelmat • Allergiat, (lääkitys,) tartuntataudit • Muu oleellinen tieto
A ssessment <i>Arvio nykytilanteesta</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Yksityiskohtaiset tiedot (vitaali)elintoiminnoista; ilmatie, hengitys, verenkierto, tajunta ja muut oleelliset potilaan tilaan liittyvät havainnot
R ecommendation <i>Ensihoitajan suositus</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Potilas siirtyy päivystyksen vastuulle • Ensihoitajan suositus päivystykselle välittömistä toimenpiteistä

(Mukailtu potilaan luovutus päivystykseen -projektin tuloksista: Iedema, R. and Ball, C. (2010) NSW Ambulance/ Emergency department Handover Project Report. Sydney: NSW Health & UTS Centre for Health Communication.)

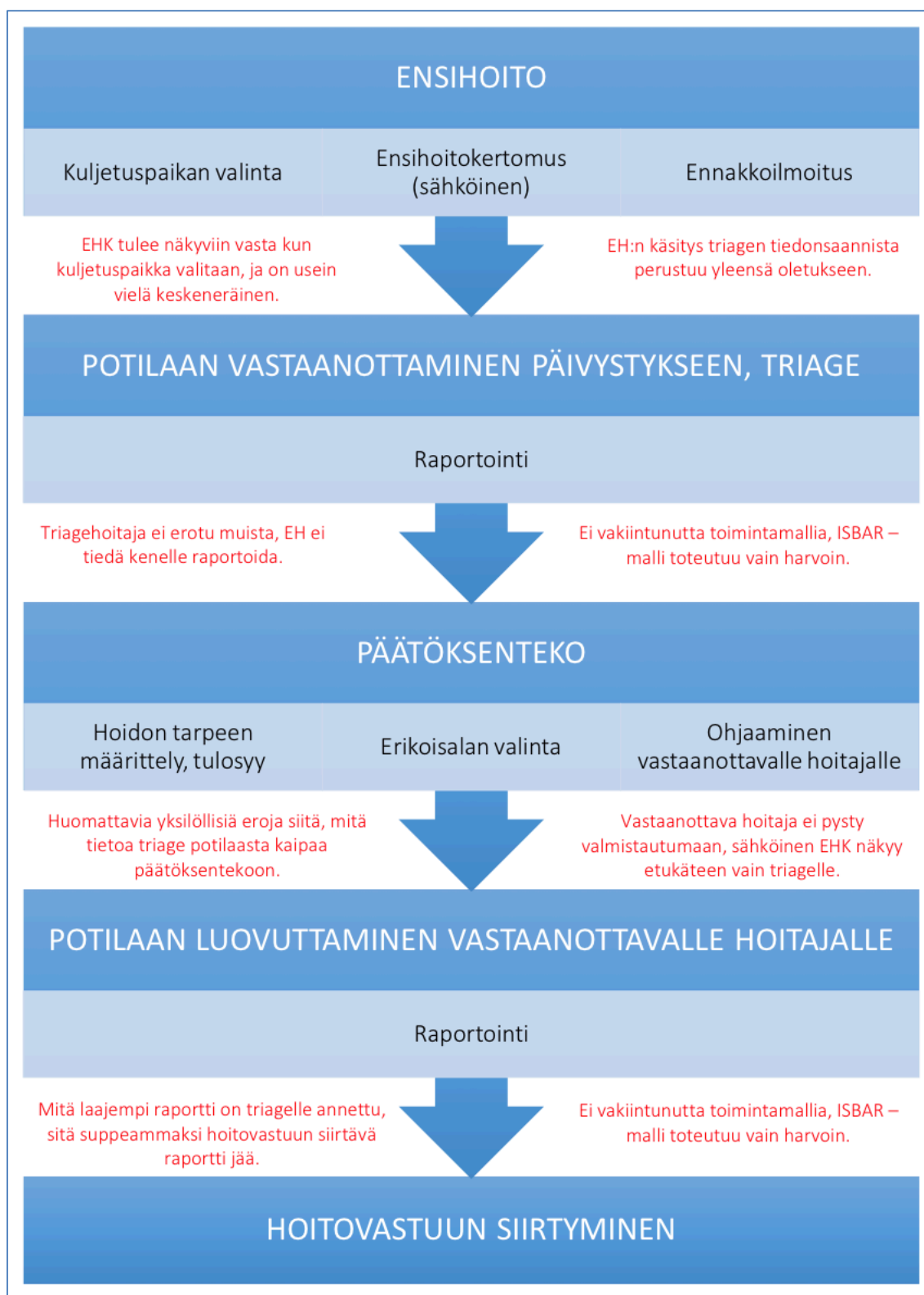
Havaintolomake potilaan vastaanottamiseen päivittäistilanteissa

Havaintolomake					
Ensihoidon ja päivystyspoliklinikan yhteistoiminta					
Potilaan vastaanottaminen päivystykseen ja triage					
PVM:	KLO:	KULJETUSKOODI:	ENNAKKO: Ei / Kyllä		
TILANNE PÄIVYSTYKSESSÄ -olosuhteet, kiire -ennakkotiedot -valmistautuminen					
TRIAGE -päätöksenteon perusta -riittävä informaatio	Sähköiset tiedot / suppea raportti / laaja raportti				
	Käydäänkö potilaan hoidon tarpeesta keskustelua? Ei / Kyllä, aihe?				
	Tarkentavat kysymykset?				
Potilaan luovuttaminen vastaanottavalle hoitajalle, ISBAR					
RAPORTOINTI-PAIKKA	Kanslia	Aula	Käytävä	Potilaspaikka	Muu, mikä?
RAPORTIN VASTAANOTTAJA/-T	Hoitaja	Lääkäri	Muu hoitotiimi, keitä?		
TUNNISTAMINEN (I)	Henk.tunnus / nimi / ikä / oire / kuljetuskoodi / yksikkötunnus / papereista / muu, mikä?				
TILANNE, TULOSYY (S) -oire -tulosyy	Selkeä työdiagnoosi? Kyllä / Ei				
TAUSTA (B)	Perussairaudet	Lääkitykset	Kotiolot	Apuvälineet	Riskitiedot
TILANNEARVIO (A)	Vitaalit / ABCDE	Löydökset	Aloitettut hoidot ja lääkitykset	Hoidon vaste	Toimenpiteet
TOIMINTAEHDOTUS, TARKENTAVAT KYSYMYKSET (R)					
Aktiivinen kuunteleminen	Kyllä / Ei, miksi?				
Häiriötön ympäristö	Kyllä / Ei, miksi?				
	Raportin keskeytyminen? Ei / Kyllä, miksi?				
Tauluun kirjattu tulosyy					
Ensihoidon käsitys hoidon tarpeesta			Vastaanottavan hoitajan käsitys hoidon tarpeesta		

Havaintolomake kriittisesti sairaan potilaan vastaanottamiseen

Havaintolomake				
Ensihoidon ja päivystyspoliklinikan yhteistoiminta				
Kriittisesti sairaan potilaan vastaanottaminen (havainnoidaan lisäksi)				
TAPAHTUMAPAIKKA:				
ENSIHOIDON HENKILÖSTÖ	Normaali miehitys / kenttäjohtaja saattaa / lääkäri saattaa / muu, mikä?			
PÄIVYSTYKSEN HENKILÖSTÖ	Hoitajat hlöä	Sis/Kir/Ped/Gyn -lääkäri	Ane	Muut:
RAPORTIN AJOITUS JA POTILAAN SIIRTO	Raportoidaan ensin		Siirretään ensin	
TEHTÄVIEN JAKAUTUMINEN -roolit	Onko tiimin jäsenille määriteltä tehtävät ääneen? Kyllä / Ei			
TILANNEJOHTAJUUS	Kuka toimii tilannejohtajana?			
	Tilannejohtajan sijoittuminen? Osallistuu hoitotoimiin / Johtaa tilannetta sivusta			
	Tilannejohtajuus näkyy toiminnassa? Kyllä / Ajoittain / Ei			
TILANNETIETOISUUS	Kommunikaatio on kohdennettua? Kyllä / Ajoittain / Ei			
	Viestin vastaanottaja kuittaa asian toistamalla? Kyllä / Ajoittain / Ei			
	Tilannetietoisuutta ylläpidetään ottamalla "aikalisiä" ja kertaamalla ajantasainen tilanne? Kyllä / Ei			
TARKISTUSLISTAT	Käytettiin tilanteessa jotain ennalta luotua tarkistuslistaa? Mitä?			
TILANTEEN PÄÄTTYMINEN	Ensihoito vapautetaan tilanteesta yhteisellä päätöksellä ja se ilmoitetaan ääneen? Kyllä / Ei			
MUITA HAVAINTOJA				

Havainnoinnissa esille nousseet ongelmakohtat -prosessikaavio



Hyvä Ensihoitaja,

Opiskelen Metropolia Ammattikorkeakoulussa ensihoidon johtamisen YAMK –tutkintoa. Opinnäytetyöni aiheena on Yhteistoiminnan kehittäminen ensihoidon ja päivystyspoliklinikan rajapinnassa. Kyseessä on ensihoidon ja päivystyksen välisen yhteistyön kehittämishanke, joka on käynnistynyt jo vuonna 2015 alkaneella suunnittelutyöllä. Opinnäytetyön tutkimuksellinen osio on toteutettu aiempaan kirjallisuuteen ja tutkimustietoon perehtymällä, sekä suunnittelemalla ja toteuttamalla ensihoidon ja päivystyksen välisen yhteistoiminnan havainnointi kesällä 2016. Kerättyä tietoa hyödyntämällä on suunniteltu käytännön toteutukseen tähtäävä yhteistyötapaaminen. Tämä on opinnäytetyön viimeinen vaihe, mutta kehittämistyön toivotaan jatkuvan työyhteisöjen toimesta tämän jälkeenkin.

Itä-Uudenmaan pelastuslaitoksen ensihoidon ja HUS Porvoon sairaalan päivystyspoliklinikan välinen yhteistyötapaaminen järjestetään **torstaina 8.12.2016 klo 13:00-15:00 Porvoon sairaalassa**. Tapaamisen tavoitteena on tuottaa meille ensihoidon ja päivystyksen yhteistoiminnan kehittämisstrategia vuodelle 2017. Keskustellaan, ideoidaan, sovitaan ja kirjataan ylös yhteiset tavoitteet ja toimenpiteet, joihin työyhteisöissä sitoudutaan yhteisen toiminnan kehittämiseksi. Näillä pyritään luonnollisesti parantamaan päivittäistä yhteistyötä ja sen myötä laatua ja potilasturvallisuutta.

Päivystyshoidon kehittämisessä painotetaan eri toimijoiden välistä yhteistyötä, sekä ensihoitopalvelun ja päivystyksen toiminnallisen kokonaisuuden muodostamista. Laadukkaan ja turvallisen toiminnan näkökulmasta ympäristön ja muiden toimijoiden tunteminen, tilanteisiin valmistautuminen, tilannejohtajana ja tiiminjäsenenä toimiminen, sekä hyvä kommunikaatio ovat selkeässä avainasemassa toiminnan kehittämisessä.

Jos olet kiinnostunut osallistumaan yhteistyötapaamiseen, ja ottamaan osaa kehittämistyöhön, ilmoittaudu minulle henkilökohtaisesti tai sähköpostilla. Vastaan mielelläni myös kysymyksiin, ja otan vastaan ideoita ensihoidon ja päivystyksen yhteistyön kehittämiseksi.

Mukaan ilmoittautuvia tiedotetaan vielä tarkemmin tapaamisen sisällöstä.

Yhteistyöterveisin,

Johanna Kähkönen
Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan johtamisen tutkinto-ohjelma
Ensihoitopalveluiden johtaminen