

Päivystyspotilaan yhtenäisen
vastaanottomallin
kehittäminen

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Sosiaali- ja terveysalan
digitalisaatio ja
liiketoimintaosaaminen
Opinnäytetyö (Ylempi AMK)
Kevät 2018
Heikki Tuomisto

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan digitalisaatio- ja liiketoimintaosaaminen

TUOMISTO, HEIKKI:

Päivystyspotilaan yhtenäisen
vastaanottomallin kehittäminen

68 sivua, 15 liitesivua

Kevät 2018

TIIVISTELMÄ

Päivystystoiminta on nopeatempoista ja siihen liittyy oleellisesti työskentely jatkuvasti vaihtelevissa tilanteissa ja aikapaineessa. Lakiin perustuva hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvio ja muut siihen liittyvät toiminnot sijoittuvat päivystyksellisesti alkavan prosessin alkuun. Puutteellisesti suoritettuna niillä on vaikutusta potilasturvallisuuteen ja mahdollisesti myös koko sairaalan toimintaan ja potilaan jatkohoitoon. Toimintojen vakioinnilla ja yksityiskohtaisten toimintaohjeiden käytöllä on todettu olevan potilasturvallisuutta parantava vaikutus. Lisäksi ne selkeyttävät toimintaa ja niiden avulla voidaan järjestellä ja hallita päivystystoimintaa.

Tämä tutkimuksellinen kehittämishanke toteutettiin työelämästä nousseeseen tarpeeseen toimintatutkimuksena ja kohdeorganisaationa oli eräässä Etelä-Suomessa sijaitsevassa sairaalassa toimiva päivystys. Kyseisessä päivystyksessä ei ollut käytössä vakioitua toimintatapaa uuden päivystyspotilaan vastaanottamiseksi. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli yhdenmukaistamalla potilaan vastaanottoon liittyvää toimintaa sekä hoidon tarpeen arviointia tukea potilasturvallisuutta ja koko päivystysprosessin sujuvuutta. Konkreettisenä tavoitteena oli luoda yhtenäinen uudistettu toimintamalli päivystyspotilaan vastaanottoon ja hoidon tarpeen arviointiin.

Työ aloitettiin selvittämällä päivystyspotilaan vastaanottotilanteiden kulun nykytilaa havainnoimalla toimintaa. Havainnoinnilla varmennettiin, että vakioitua toimintamallia päivystyspotilaan vastaanottoon ei ollut ja hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvion toteuttamisessa oli puutteita. Tämän jälkeen havainnoinnista nousseiden teemojen pohjalta järjestettiin vaihtoehtoisina osallistumistapoina sekä fokusryhmäkeskustelutilaisuus että verkkokeskustelu yksikön henkilökunnan kanssa. Näistä saatu materiaali analysoitiin abduktiivisen sisällönanalyysin avulla ja sen pohjalta kehitettiin teoriaan tukeutuen uusi päivystyspotilaan vastaanoton toimintamalli kehittämisen kohteena olevan sairaalan päivystykseen.

Asiasanat: Päivystys, ensiarvio, triage, toimintamalli

Lahti University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Social and Health Care Digitalisation and
Business Competence

TUOMISTO, HEIKKI:

Development of a standard operating
procedure on receiving new ED
patients

68 pages, 15 pages of appendices

Spring 2018

ABSTRACT

The nature of activity in emergency departments (ED) is fast-paced, substantially involves working in ever-changing situations, and under time pressure. The initial assessment of the urgency of the need for treatment (triage) is based on law, and this assessment with other relating functions are on the forefront of the ED patients process. If functioning poorly, this will have implications on patient safety, and possibly indirectly on other activities in the hospital. The standardization of functions and the use of detailed instructions have been shown to have an effect on patient safety. They also clarify the activity and help organize and manage emergency services.

This developmental research project was carried out as action research based on the need risen from working life. The target organization was an ED situated in a hospital in Southern Finland. The ED did not have a standard operating procedure (SOP) on receiving new emergency patients. The aim of this development project was to promote patient safety and ED processes by unifying the process of reception of a new ED patient and triage. The objective was to develop a new SOP on receiving emergency patients.

The work began by using observation as a method of resolving the current state of operations involving the intake of new patients. Observation verified that there was no standardized approach to receiving emergency patients, and there was some deficiency in the initial assessment of urgency. After that, based on the themes that emerged from observation, both a focus group discussion session and an online discussion as alternative methods of data collection with the staff of the unit were held. The material obtained from these was then analyzed by means of abductive content analysis. Based on the results of the analysis, as well as already known evidence about the subject, a new SOP on receiving emergency patients was created to be used in the ED.

Key words: Emergency Department, triage, standard operating procedure

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN KOHDE	4
2.1	Toimintaympäristö ja kohderyhmä	4
2.2	Lähtötilanteen kuvaus	5
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITE	9
4	PÄIVYSTYS	10
4.1	Päivystyshoito	10
4.2	Päivystyksen toimintaympäristö	12
5	HOIDON TARVE JA SEN ARVIOINTI	16
5.1	Hoidon tarpeen arvio	16
5.2	Hoidon kiireellisyyden ensiarvio	17
5.3	Peruselintoimintojen arviointi	19
6	TOIMINTAMALLI	22
6.1	Toimintamallit työn tukena	22
6.2	Toimintamallin kehittäminen	25
7	KÄYTETYT MENETELMÄT JA AINEISTON ANALYYSI	29
7.1	Toimintatutkimus	29
7.2	Havainnointi	32
7.3	Fokusryhmäkeskustelu	34
7.4	Online-yhteisö	35
7.5	Aineiston analyysi	36
8	TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISHANKKEEN PROSESSI	40
9	HAVAINNOINNIN JA KESKUSTELUIDEN TULOKSET	45
9.1	Havainnoinnin tulokset	45
9.2	Ryhmäkeskustelun ja onlineyhteisön tulokset	50
9.3	Yhteenveto tuloksista	56
10	UUSI PÄIVYSTYSPOTILAAN VASTAANOTTOMALLI	57
11	KEHITTÄMISHANKKEEN ARVIOINTI	59
11.1	Luotettavuus ja eettisyys	59
11.2	Toimintatutkimuksen arviointi	61

12 POHDINTA	65
LÄHTEET	69
LIITTEET	80

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuus on terveydenhuollon keskeinen periaate. Eräs suurimmista haasteista tällä hetkellä on turvallisen hoidon takaaminen monimutkaisissa, paineen alaisissa ja jatkuvassa liikkeessä olevissa hoitoympäristöissä. Tätä voidaan edesauttaa muun muassa hyvällä johtamisella, potilaiden ja omaisten osallistamisella sekä kehittämällä erilaisia sitä tukevia työkaluja, ohjeita ja toimintamalleja. (WHO 2017, 1-4.) Suomessa sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt, että terveydenhuollon päivystyksissä tulee laadukkaan toiminnan ja potilasturvallisuuden takaamiseksi olla käytössä eri tilanteisiin soveltuvat kirjalliset hoito- ja toimintaohjeet sekä systemaattisesti käytettävä hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointimalli (STM 2014, 38).

Tämä opinnäytetyönä toteutettu tutkimuksellinen kehittämishanke toteutettiin erään Etelä-Suomessa sijaitsevan sairaalan päivystyksessä ja se vastaa suoraan kehittämisen kohteena olevassa yksikössä ilmenneeseen tarpeeseen. Käytössä ei ollut kirjallista toimintaohjetta uuden päivystyspotilaan vastaanottotilanteeseen eikä hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarviota tehty systemaattisesti kaikille saapuville potilaille, vaikkakin käytössä oli viisiportainen ABCDE-järjestelmän mukainen hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarviojärjestelmä.

Kirjallisten, vakioitujen toimintamallien hyödyistä on tehty useita tutkimuksia ja niiden käytön onkin todettu muun muassa parantavan hoidon tuloksia ja lisäävän potilasturvallisuutta (Sherren, Tricklebank & Glover 2014, 8), vähentävän virheitä ja sekaannuksia (Mäkijärvi 2010, 22-24) sekä jopa vähentävän kuolleisuutta tai sairastavuutta (Cuschieri ym. 2012, 2-8). Lisäksi vakioitua hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarviojärjestelmää käyttämällä voidaan päivystystoimintaa paremmin järjestellä, valvoa ja arvioida. (FitzGerald, Jelinek, Scott & Gerdtz 2010, 86).

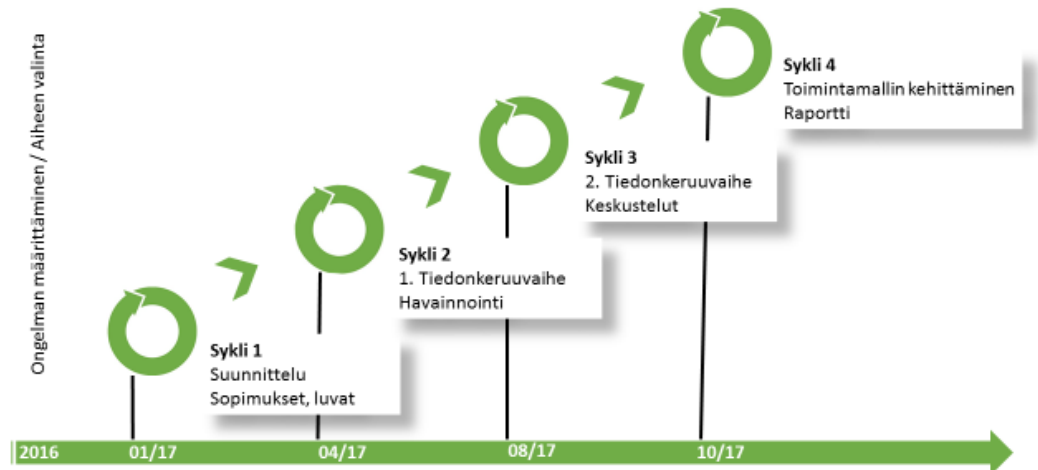
Päivystyspotilaan hoitoprosessi alkaa, kun potilas saapuu päivystykseen ja päättyy siihen, kun potilas poistuu päivystyksestä joko kotiin,

vuodeosastolle, toiseen hoitolaitokseen tai menehtyy. Päivystyksellisesti alkavan prosessin kehittäminen on yksi kehittämisen kohteena olevan sairaalan vuonna 2017 alkaneista johtoryhmätasolla seurattavista kehittämishankkeista. Tämä tutkimuksellinen kehittämishanke keskittyy tarkastelemaan tämän prosessin alkuun sijoittuvia toimintoja. Potilaan hoito jatkuu kuitenkin päivystystä ja päivystyshoitoa pidemmälle kattaen esimerkiksi hoitojakson vuodeosastolla, kotiutumisen ja mahdollisen jatkohoidon senkin jälkeen. Näin ollen prosessin alkuun sijoittuvilla toiminnoilla on mahdollisesti varsin kauaskantoisiakin seurauksia.

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli yhdenmukaistaa potilaan vastaanottoon liittyvää toimintaa sekä hoidon tarpeen arvion tekemistä ja tätä kautta tukea potilasturvallisuutta ja koko päivystysprosessin sujuvuutta. Konkreettisenä tavoitteena oli luoda yhtenäinen uudistettu toimintamalli päivystyspotilaan vastaanottoon ja hoidon tarpeen arviointiin kehittämiskohteena olevan sairaalan päivystyksessä. Lähestymistavaksi valittiin toimintatutkimus. Suojasen (2004) mukaan käytännön tilanteet ovat osoittaneet, että todellista muutosta on vaikeaa saada aikaan, jos toiminnan kehittämistä ja ongelmanratkaisua varten valitaan joku ulkopuolinen toimija kehittämisen kohteena olevan organisaation työntekijöiden sijaan. Toimintatutkimus on sosiaalinen ja henkilökuntaa osallistava prosessi joka pyrkii kehittämään vallitsevia käytäntöjä, sekä lisäämään osallistujien ymmärryskykyä kehittämisen kohteena olevasta toiminnasta. Siksi se soveltui hyvin tämän kaltaiseen kehittämistyöhön, jossa haluttiin kohdeorganisaation henkilökunnan osallistuvan omaan käyttöönsä tulevan uuden vastaanottomallin kehittämiseen.

Kehittämishankkeen alustava suunnittelu aloitettiin syksyllä 2016 ja varsinainen prosessi muodostui neljästä toisiaan seuraavasta kehittämisen syklistä. Ensimmäinen sykli käynnistyi tammikuussa 2017 ja sen aikana luotiin pohja hankkeelle suunnitelmien, lupien ja sopimusten muodossa. Toinen sykli alkoi huhtikuussa kohdeorganisaation toimintaa havainnoimalla ja elokuussa alkaneen kolmannen syklin aikana järjestettiin tiedonkeruu käyttäen rinnakkain fokusryhmäkeskustelua ja onlineyhteisöä vaihtoehtoisina menetelminä. Neljänten, lokakuussa

alkaneeseen sykliin sisältyi varsinainen vastaanottomallin kehittäminen ja opinnäytetyön raportin laatiminen. Päivystyspotilaan vastaanottomallin ensimmäinen versio esiteltiin henkilökunnalle tammikuussa 2018 ja malli otettiin tämän jälkeen välittömästi käyttöön. Kehittämishankkeen eteneminen toimintatutkimuksen sykleinä on esitetty kuviossa 1.



KUVIO 1. Tutkimuksellisen kehittämishankkeen prosessi

Tässä työssä edetään kohdeorganisaation ja lähtötilanteen kuvauksen kautta työn tarkoitukseen ja tavoitteeseen. Omina kappaleinaan esitellään lukijalle keskeisimmät aiheeseen liittyvät käsitteet. Näiden jälkeen esitellään käytetyt menetelmät ja kuvataan tarkemmin tutkimuksellisen kehittämishankkeen prosessi. Tulokset esitetään omana kokonaisuutenaan ja niitä seuraa tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen tuloksena syntyneen uuden päivystyspotilaan vastaanottomallin esittely. Tämän jälkeen käsitellään tutkimuksen luotettavuuteen ja eettisyyteen liittyviä seikkoja. Työn viimeisessä osassa keskitytään pohdintaan ja tämän työn ja aikaisemman tutkimustiedon väliseen vuoropuheluun.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN KOHDE

Tämä tutkimuksellinen kehittämishanke toteutettiin toimintatutkimuksena yhteistyössä kohdeorganisaation henkilökunnan kanssa käytännön työstä heränneeseen tarpeeseen vastaamiseksi. Tässä kappaleessa esitellään kohdeorganisaatio sekä kuvataan lähtötilanne ja syyt tutkimuksellisen kehittämishankkeen aloittamisen taustalla.

2.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä

Tämän kehittämishankkeen kohteena oli sairaalan päivystyksessä tapahtuva uuden päivystyspotilaan vastaanottotilanne. Kehittämisen kohteena oleva sairaala on osa usean kunnan muodostamaa sairaanhoitopiiriä, joka on edelleen jaettu sairaanhoitoalueisiin. Kehittämisen kohteena olevan sairaalan päivystys tarjoaa oman alueensa väestölle vuorokauden ympäri perustason erikoissairaanhoidon ja virka-ajan ulkopuolella alueen ainoana päivystyspalveluita tarjoavana yksikkönä myös perusterveydenhuollon päivystyspalveluita. Sairaanhoitoalueen muodostavien kuntien yhteinen väestöpohja on noin 100 000 henkilöä. (Sairaanhoitopiiri 2016, 219.)

Kehittämisen kohteena olevassa sairaalassa on toiminut 1.1.2015 lähtien päivystysasetuksen eli sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (782/2014) toisen pykälän mukainen yhteispäivystys. Päivystyksessä hoidetaan kaiken ikäisiä sisätautien, neurologian, kirurgian, lastenkirurgian, lastentautien, naistentautien ja yleislääketieteen erikoisalojen potilaita. (Kehittämisen kohteena oleva sairaala 2015, 4.) Vuonna 2015 päivystyskäyntejä oli yhteensä 30 026 (Sairaanhoitopiiri 2016, 217).

Päivystyksessä työskentelee ympärivuorokautisesti ajankohdasta riippuen kahdesta neljään lääkäriä, viidestä yhdeksään sairaan-, lähi-, tai perushoitajaa sekä yövuoroa lukuun ottamatta potilaskuljettaja ja sihteeri. Lisäksi ympärivuorokautisesti käytettävissä on laboratorio- ja

kuvantamispalvelut, laitoshuolto sekä sairaalan tiloissa päivystävä anestesia lääkäri. (Kehittämisen kohteena oleva sairaala 2017a.)

Päivystyspoliklinikkakäynti muodostaa vain osan päivystyspotilaan hoidosta. Suurin osa, konservatiivisilla erikoisaloilla noin 80%, sairaaloiden vuodeosastohoitojaksoista alkaa päivystyksestä. (Eduskunta 2016.) Näin ollen päivystystoiminnan kehittämisellä on välillisiä vaikutuksia myös muun sairaalan toimintaan.

2.2 Lähtötilanteen kuvaus

Potilaat saapuvat kehittämisen kohteena olevaan päivystykseen joko omalla kyydillä tai ensihoidon tuomana. Kummankin potilasryhmän hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvio perustuu vuonna 2014 päivitettyyn, osin päivystyksen sisäisistä toiminnan muutoksista johtuen vanhentunutta tietoa sisältävään hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvio-ohjeistukseen. Käytössä oleva ohjeistus on viisiportainen, kyseiseen toimipisteeseen sovellettu ABCDE –hoidon kiireellisyyden ensiarviomalli. Tässä mallissa potilaat jaotellaan luokkiin hoidon tarpeen kiireellisyyden mukaisesti niin, että A-luokkaan kuuluvat potilaat on hoidettava välittömästi (esimerkiksi elvytys), B-luokkaan kuuluvat potilaat 30 minuutin kuluessa ja C-D luokkien potilaat viimeistään kahden tunnin kuluttua päivystykseen saapumisesta. E-luokkaan kuuluvat potilaat eivät ole päivystyksellisen hoidon tarpeessa, vaan heidät hoidetaan joko terveysneuvonnan keinoin tai ohjataan edelleen muuhun tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan. (Kehittämisen kohteena oleva sairaala, 2014).

Päivystyksen potilaspuhelut ohjautuvat ympärivuorokautisesti toimivaan päivystyksellisen hoidon ohjauksesta ja neuvonnasta vastaavaan puhelinpalveluun. Palvelun käytössä on omat hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvion puhelintriage-ohjeet. (Kehittämisen kohteena oleva sairaala 2018).

Kehittämisen kohteena olevan sairaalan päivystyksessä potilaat ohjataan tällä hetkellä voimassa olevan streaming-ohjeen mukaisesti eri

hoitolinjoille hoidon tarpeen mukaisesti. Mackway-Jones, Marsden & Windle (2008,32) määrittelevät streamingin terminä potilaiden jakamiseksi eri linjoille tai virtoihin tälle ryhmälle nimetyn henkilöstön tutkittavaksi. Tietyssä hoitolinjassa olevan potilaan hoitoon ei näin ollen vaikuta järjestelmän muihin osiin kohdistuvat paineet.

Kehittämisen kohteena olevassa päivystyksessä nämä linjat ovat nopeutetun hoidon kaista ja sairaanhoitajan päivystysvastaanotto sekä akuuttilääketieteen linjat (AKU) 1-3 joista AKU1 on tarkoitettu pääasiassa konservatiivisille (sisätaudit, neurologia, lastentaudit), AKU2 operatiivisille (kirurgia, naistentaudit) ja AKU3 yleislääketieteen päivystyspotilaille. Nopeutetun hoidon kaistan ja sairaanhoitajan päivystysvastaanoton tavoitteena on hoitaa ne potilaat, jotka voidaan kotiuttaa välittömästi ilmoittautumisen yhteydessä annetun hoidon ja ohjauksen jälkeen. Tämän lisäksi päivystyspoliklinikan yhteydessä toimii arkisin virka-aikaan murtumapoliklinikka, jonne voidaan ohjata potilaita suoraan hoidon tarpeen ensiarviosta. (Kehittämisen kohteena oleva sairaala 2017a.)

Omalla kyydillä saapuvat potilaat ilmoittautuvat päivystykseen vuoronumerolla. Työvuorosta riippuen potilaita on vastaanottamassa yhdestä kolmeen sairaanhoitajaa (streaming-hoitaja). Varsinainen ilmoittautuminen ja hoidon tarpeen arvio tapahtuu tarkoitusta varten varatussa tutkimushuoneessa. Tutkimushuoneen varustukseen kuuluu pulssioksimetri veren happipitoisuuden ja sykkeen mittaamista varten, verenpainemittari, verensokerimittari sekä korvakuumemittari. Lisäksi hoitajalla on käytössään stetoskooppi hengityssäniä kuunteluun, korvalamppu, sekä osassa huoneista lisäksi alkometri ja pika-crp laite tulehdusarvon mittaamiseksi verestä. Streaming-hoitajan tukena alueella työskentelee yövuoroja lukuun ottamatta streaming-lääkäri. Yöaikaan voidaan tarvittaessa konsultoida linjapäivystäjää. (Apulaisosastonhoitaja 2016.)

Ensihoidon tuomien potilaiden sijoituksen ja hoidon tarpeen arvion tekee pääosin päivystyksen vastaava sairaanhoitaja, joka toimii vuorossaan myös yhtenä streaming-hoitajana. Ensihoidon kuljettamien potilaiden arvio

tehdään pääsääntöisesti streaming hoitajan tutkimushuoneessa potilasta näkemättä ja se perustuu hoitajan tietokoneelle reaaliajassa päivittyvään, ensihoitajien kohteessa ja kuljetuksen aikana täyttämään Merlot Medi - sähköiseen ensihoitokertomukseen ja potilaan saapuessa ensihoitajien antamaan lyhyeen suulliseen raporttiin. (Apulaisosastonhoitaja 2016.)

Streaming-hoitajan työnkuvaan kuuluu varsinaisen hoidon tarpeen ensiarvion ja hoitolinjasijoituksista päättämisen lisäksi myös potilaan henkilöllisyyden varmistaminen ja henkilötietojen tarkistus, ilmoittautumisen kirjaaminen tietojärjestelmään, laboratoriotutkimusten tilaaminen sekä alkuarviotekstin kirjaaminen potilastietojärjestelmään. Lisäksi streaming-hoitajat hoitavat ilmoittautumistapahtuman yhteydessä sairaanhoitajan päivystysvastaanotolle soveltuvat potilaat, sekä avustavat nopeutetun hoidon kaistan lääkäriä tarvittaessa esimerkiksi haavan ompelussa. Muiden päivystyspotilaiden varsinaiseen hoitoon streaming-hoitajat eivät osallistu, vaan vastuu siirtyy hoitolinjoille ensiarvion jälkeen. (Kehittämisen kohteena oleva sairaala 2017a).

Vakioitua mallia tulevien potilaiden vastaanottamiseksi ja hoidon tarpeen arvioimiseksi ei ole käytössä kummankaan potilasryhmän kohdalla, ainoastaan toimintaan osallistuvan henkilökunnan (hoitajat, lääkäri ja osastonsihteerit) työnkuvat on määritelty. Tämä on johtanut siihen, että potilaiden sijoittelu ei ole aina ollut tasalaatuista vaan se on saattanut vaihdella paljonkin tehtävässä toimivan hoitajan mukaan. Tämä hankaloittaa päivystyksen kokonaisuuden hallintaa. (Apulaisosastonhoitaja 2016.)

Tätä toiminnallista kehittämishanketta varten selvitettiin myös muualla käytössä olevia päivystyspotilaan vastaanottomalleja. Käsitettä vastaanottomalli ei sellaisenaan löydy suomalaisesta ontologiapalvelu Fintosta (Finto 2018). Tätä tiedonhakuja varten päädyttiin käyttämään parhaiten tämän työn teoriaa vastaavia käsitteitä *toimintamalli* sekä sen englanninkielistä vastinetta *standard operating procedure*. Vaikkakin erilaisia hoidon tarpeen ensiarvion malleja on olemassa useita, hauilla tietokannoista (Medic, Cinahl) aikavälillä 2007-2018 ei avainsanojen

päivystys ja toimintamalli englanninkielisillä vastineilla emergency department ja standard operating procedure löydetty yhtään käytössä olevaa päivystyspotilaan vastaanottamiseen liittyvää toimintamallia. Googlen Scholar –palvelun kautta hakusanoilla löytyy muutamia amk-tasoisia opinnäytetöitä. Kellokumpu & Savolainen (2014) ovat laatineet ohjeen välitöntä hoitoa tarvitsevan potilaan tunnistamiseksi Lapinlahden terveyskeskuksen päivystykseen. Raunio & Suoknuuti (2017) käsittelivät työssään kiireellisen potilaan vastaanottamista ja kohtaamista Seinäjoen terveyskeskuksen päivystyksessä. Pousi (2012) on kehittänyt YAMK-opinnäytetyönään hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarviota Helsingissä sijaitsevan Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä. Tämän työn yhteydessä on kuvattu kiireellisyyden arvioinnin lisäksi myös muita päivystyspotilaan vastaanottoon liittyviä tehtäviä, mutta ei kuitenkaan luotu kaikkia päivystyspotilaita koskevaa vastaanottomallia. Aikaisempaa toteutusta päivystyspotilaan yhtenäisestä vastaanottomallista ei siis näillä tiedonhakumenetelmillä löydetty. Tämä saattaa osaltaan selittyä sillä, että käytössä olevat työnkulut perustuvat pääosin organisaatioiden omiin sisäisiin ohjeistuksiin.

3 KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämistyö on toimintaa, jolla pyritään luomaan uusia tai parannettuja tuotantomenetelmiä, -välineitä tai palveluita. Sillä pyritään uuden aikaansaamiseen tai olemassa olevan olennaiseen parantamiseen. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela, 2008, 21.)

Ojasalon, Moilasen ja Ritalahden (2009, 19-21) mukaan tutkiva kehitystyö saa usein alkunsa joko organisaation kehitystarpeista tai muutoksenhalusta. Se ei tyydy kuvailemaan asioita, vaan etsii niille vaihtoehtoja ja vie niitä käytännössä eteenpäin ideoinnista eri työvaiheiden kautta ratkaisun toteutukseen ja sen arviointiin.

Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa haluttiin osallistaa kohdeorganisaation henkilökuntaa kehittämään uuden potilaan vastaanottotilannetta siihen liittyvine työnkulkuineen ja sen menetelmälliseksi lähestymistavaksi valikoitui tähän tarkoitukseen hyvin soveltuva toimintatutkimus, joka eteni neljässä toisiaan seuraavassa kehittämisen syklissä.

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli yhdenmukaistaa potilaan vastaanottoon liittyvää toimintaa sekä hoidon tarpeen arvion tekemistä ja tätä kautta tukea potilasturvallisuutta ja koko päivystysprosessin sujuvuutta. Konkreettisenä tavoitteena oli luoda yhtenäinen uudistettu toimintamalli päivystyspotilaan vastaanottoon ja hoidon tarpeen arviointiin kehittämiskohteena olevan sairaalan päivystyksessä.

Toteutettuna uusi päivystyspotilaan vastaanottomalli tulee vaikuttamaan sekä kehittämisen kohteena olevan päivystyksen henkilökunnan päivittäiseen työhön, päivystyksen toiminnan laatuun ja sujuvuuteen, potilasturvallisuuteen, että asiakaskokemukseen tarjoamalla kaikille päivystyspotilaille yhtenäistä ja vakioitua palvelua hoidon aloitusvaiheessa.

4 PÄIVYSTYS

Päivystys toimintaympäristönä on keskeinen osa tätä tutkimuksellista kehittämishanketta. Tässä kappaleessa kuvataan päivystykseen ja päivystyshoitoon liittyvät keskeiset käsitteet sekä käsitellään syitä päivystykseen hakeutumisen taustalla.

4.1 Päivystyshoito

Väestön kasvu ja ikääntyminen lisäävät äkillisten henkeä uhkaavien hätätilanteiden, kroonisten sairauksien äkillisten pahenemisvaiheiden ja monien muiden äkillistä puuttumista vaativien terveysongelmien hoitoon osoitettujen palveluiden tarvetta. (Hirshon ym. 2013, 386).

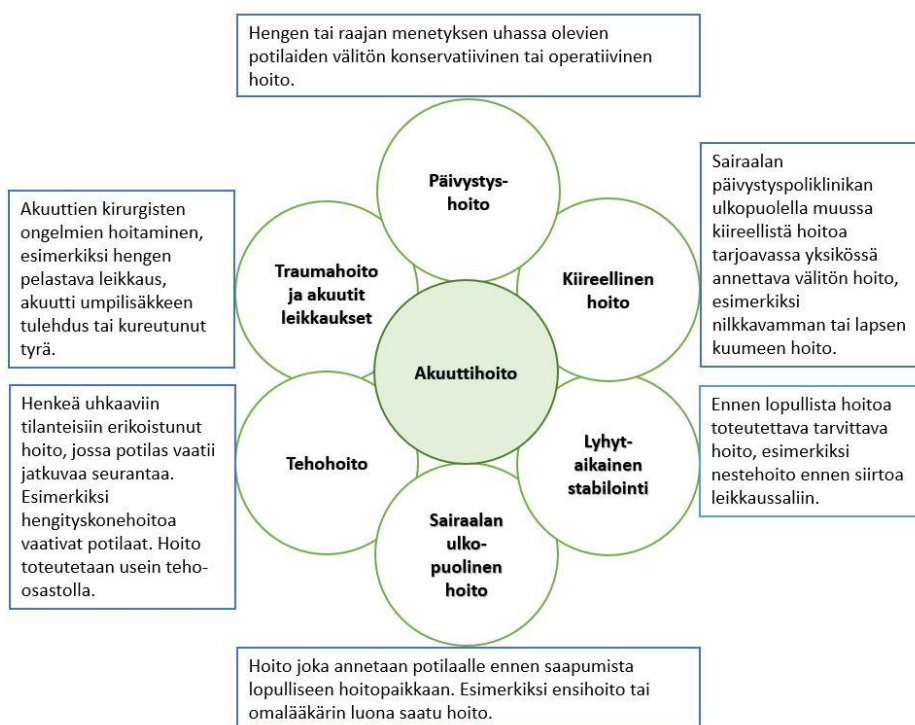
Päivystyshoidon käsitteitä ja määritelmiä on useita, mutta maailmanlaajuista määrittelyä siitä, mitä päivystyshoito on tai pitää sisällään ei ole. (Hirshon ym. 2013, 386). Yhdysvaltalainen akuuttilääkäreiden yhdistys American College of Emergency Physicians (ACEP 2015) määrittelee päivystyshoidon (emergency service) varsin laajana käsitteenä. Alun perin jo vuonna 1982 hyväksytyyn määritelmän mukaan päivystyshoito on mitä tahansa terveydenhuollon palvelua, jota käytetään minkä tahansa sellaisen terveysongelman arvioimiseksi tai hoitamiseksi, jonka keskimääräiset lääketieteelliset ja terveyteen liittyvät tiedot omaava maallikko on arvioinut välitöntä ja aikatauluttamatonta lääketieteellistä hoitoa vaativaksi.

Yhdysvaltalainen hoitajajärjestö American Nurses' Association (ANA 2011) määrittelee päivystyshoidon (emergency nursing) eri elämäntilanteessa olevien yksilöiden diagnosoimattomien ja jonkinlaista puuttumista tarvitsevien, oletettujen tai olemassa olevien psyykkisten tai fyysisten muutosten hoidoksi. Päivystyshoito on jaksoittaista, tyypillisesti lyhytaikaista ja sitä toteutetaan vaihtelevissa paikoissa.

Kansainvälisen päivystyslääketieteen yhdistyksen International Federation of Emergency Medicine (IFEM 2016) mukaan päivystyshoidolla (emergency medicine) tarkoitetaan sitä terveydenhuollon kenttää, joka

perustuu sellaisille tiedoille ja taidoille, joita tarvitaan kaikkien ikäryhmien jaksottaisten ja erilaistumattomien fyysisistä ja käytöksellisistä häiriöistä kärsivien potilaiden akuuttien ja kiireellisten sairastumisien ja vammautumisien estämiseksi, diagnosoimiseksi ja hoitamiseksi.

Hirshon ym. (2013, 387) esittelevät päivystyshoidon (akuuttihoito, acute care) kokonaisuutena, joka sisältää hätätilapotilaiden ja kiireellisten terveysongelmien hoidon lisäksi myös muita komponentteja. Nämä komponentit on esitetty kuviossa 2 ja niistä sairaalan ulkopuolinen ensihoito on Suomessa määritelty päivystyshoitoon kuulumattomaksi osa-alueeksi, kun taas monet muut komponentit sisältyvät päivystyshoidon määritelmään.



KUVIO 2. Akuutihoidon osa-alueet (mukaillen Hirshon ym. 2013)

Suomessa Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (STM 2010, 20) määrittelee päivystyshoidon sellaiseksi hoidoksi, jota ei voida ilman oireiden pahentumista tai vamman vaikeutumista siirtää, vaan hoito on annettava pääsääntöisesti alle 24 tunnin kuluessa. Määritelmän mukaan palveluita on oltava saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina lääketieteellisin perustein. Kyseissä määritelmässä ei oteta kantaa siihen missä potilaan

hoitoa toteutetaan. Päivystyshoitoa on siis mahdollista toteuttaa päivystyspoliklinikoiden lisäksi esimerkiksi terveysasemien päiväpäivystyksissä tai sairaaloiden eri poliklinikoilla. Päivystyshoito käsitteenä ei koske sairaalan ulkopuolista ensihoitopalvelun toteuttamaa välitöntä hoitoa.

Päivystyshoito sisältää välittömän hoidon antamisen lisäksi kiireellisen tutkimuksen, hoidon ja palveluiden tarpeen selvittämisen ja tarvittaessa ohjauksen tarpeenmukaisen hoidon tai palveluiden piiriin. Hoito ja arviointi ovat lakisääteisiä ja niitä käsitellään mm. kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa ja laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä. (STM 2010, 24.)

Päivystystoiminnalle on ominaista, että sen yhteydessä hoidetaan laaja-alaisesti erilaisia terveysongelmia aina pienistä vammoista henkeä uhkaaviin tilanteisiin. Hoidettavien päivystyspotilaiden määrä on tasaisesti kasvamassa. (Ganley & Gloster 2011, 49.) Läheskään aina päivystykseen hakeutunut potilas ei siis ole välittömän hoidon tarpeessa. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen rajapinnan tiivistyessä myös näiden potilaiden hoito on siirtymässä enenevässä määrin päivystykseen. (STM 2014, 23.)

Päivystyshoitoa kuvaa myös se, että työtä tehdään usein paineen alaisena ja normaalin työajan ulkopuolella. Tilanteet vaihtelevat varsin rauhallisista ruuhkautuneeseen, usean huonokuntoisen potilaan samanaikaiseen hoitoon. Vaihtelevat tilanteet, vaihtuva henkilökunta ja yhtenäisten toimintatapojen puutteet heikentävät laatua ja potilasturvallisuutta ja altistavat virheille jotka vaikuttavat merkittävästi potilaiden terveyteen ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. (STM 2014, 23.)

4.2 Päivystyksen toimintaympäristö

Termille päivystyspoliklinikka löytyy useita synonyymeja ja määritelmiä. Sillä tarkoitetaan yksikköä, jossa annetaan hoitoa laajaan kirjoon sairauksia tai vammoja jotka saattavat uhata potilaan henkeä ja vaatia

välitöntä puuttumista. Päivystyspoliklinikka on pysyvästi sairaalaan sijoitettu erityisesti varustettu alue, jossa erikoistunut henkilöstö hoitaa äkillisesti sairastuneita tai vammautuneita potilaita. (WHO 2008, 40.)

Yhteispäivystyksellä tarkoitetaan päivystyspoliklinikkaa, joka tarjoaa erikoissairaanhoidon lisäksi myös yleislääketieteen lääkäreiden palveluita (STM 2010, 19). Valtioneuvoston asetuksessa kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (583/2017, 5§) todetaan lisäksi, että ympärivuorokautisesti päivystävän yhteispäivystyksikön tulee sijaita sairaanhoitopiirin sairaalassa, jossa on edustettuna keskeisten erikoisalojen päivystys ympäri vuorokauden.

Palvelun käyttäjän näkökulmasta yhteispäivystys on joustava päivystyspiste, sillä sinne voidaan hakeutua myös ilman lähetettä. Hoitoon pääsyn helppous aiheuttaa myös ongelmia, sillä usein yhteispäivystyspisteisiin kohdistuu ylivuotoa terveyskeskusten ylikuormittuneen päiväaikaisen päivystystoiminnan kyvyttömyydestä tarjota hoitoa. Lisäksi ongelmana on kiireellisen, mutta subakuutin, eli yhden – kolmen vuorokauden sisällä annettavan hoidon järjestämiseen liittyvät ongelmat, jotka aiheuttavat painetta yhteispäivystyksille. (Blomgren ym. 2012, 18-19;27.)

Hoito päivystyksessä tähtää nopeisiin, elämää ylläpitäviin toimenpiteisiin eikä ole ennustettavissa etukäteen (Nikki & Paavilainen 2010, 321). Potilasvirta päivystyksessä on epätasaista ja osa potilaista pitää hoitaa nopeammin kuin toiset. Hoitotyö on lyhytaikaista ja sen toteuttaminen vaatii nopeita päätöksiä. (Muntlin ym. 2006.)

Syitä hakeutua päivystykseen on tutkittu Suomessa mm. Hyvinkäällä, jossa yhteispäivystyksessä laaditun potilasvirta-analyysin mukaan kolme yleisintä syytä hakeutua päivystykseen olivat erilaiset vammat ja tukielinoireet, flunssa ja vatsakipu (Malmström, Torkki, Valli & Malmström 2012, 347). Hieman aiemmin Kuopion yhteispäivystyksessä tehdyssä tutkimuksessa kolme yleisintä hoitoon hakeutumisen syytä olivat tuki- ja

liikuntaelimet, hengityselimet sekä yleiset epäspesifiset syyt (Mäntyselkä ym. 2003, 416).

Kehittämisen kohteena olevassa päivystyksessä hoitoon hakeutumisen syitä on selvitetty kirjaamalla päivystyksen hakeutumisen yhteydessä ICPC-2-koodi sairaanhoitopiirin päivystysyksiköitä varten tiivistettyyn ICPC-2-koodistoon pohjautuen ajalla 14.3.2016-7.1.2017. ICPC-2 -luokitus on osa WHO:n kansainvälisten luokitusten perhettä ja sitä käytetään Suomessa pääasiallisesti käyntisyytiedon kirjaamiseen. Luokitus on erityisesti suunniteltu käytettäväksi palvelupolkujen alkuvaiheessa ja sillä voidaan rakenteisesti ilmaista potilaan päivystykseen hakeutumisen syy. (Kuntaliitto 2017.)

Kehittämisen kohteena olevassa päivystyksessä kymmeneksi yleisimmäksi syyksi hoitoon hakeutumiselle on ajanjaksolla kirjattu vatsakivut (1284 kpl), kuume (1025 kpl), hengenahdistus (904 kpl), haava (875 kpl), poikkeava tutkimustulos (608 kpl), heikkous tai väsymys (544 kpl), jalan/varpaan oire/vaiva (470 kpl), ylä/alaselän oire/vaiva (463 kpl), rintakipu/rintakehän kipu (448 kpl) sekä käden/sormen oire/vaiva (444kpl). Seuratulla ajanjaksolla ICPC-2 koodi oli kirjattu 59% päivystykseen saapuvista potilaista ja se on pääosin yhteneväinen edellä esitettyjen aiheesta tehtyjen tutkimusten kanssa. (Kehittämisen kohteena oleva sairaala 2017b).

Päivystyksen perustehtävänä on määrittää välitön hoidon tarve potilaan tilan mukaisesti, tehdä nopea diagnoosi tai ainakin työdiagnoosi, aloittaa hoito ja päättää tarvittavasta jatkohoidosta. Hoitoprosessi etenee pääsääntöisesti samojen toisiaan seuraavien vaiheiden kautta. Näitä vaihteita ovat mahdollinen ennakoilmoitus, potilaan saapuminen ja vastaanottaminen, hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvio ja sijoittaminen soveltuvalla hoitolinjalle, tutkiminen ja haastattelu, päätös välittömästä hoidosta ja tutkimuksista, hoidon toteutus ja jatkuva arviointi sekä päätös jatkohoidosta siihen liittyvine siirtoineen. Jokaiseen vaiheeseen kuuluu päätöksentekotilanteita, joissa tarpeen määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi tapahtuvat päällekkäin. (Koponen & Sillanpää 2005, 70-71.)

Nykyaikaisessa päivystyksessä potilaan tulisi tavata ensiarvion tekevä lääkäri jo 20 minuutissa päivystykseen saapumisesta. Kansainvälisesti asetettujen tavoitteiden mukaisesti päätös ja siirtyminen joko kotiin tai jatkohoitoon tulisi tehdä neljän tunnin sisällä. (Tuunainen, Palomäki & Castrén 2016, 2382.) Kun päivystys toimii hyvin, varmistetaan potilaalle oikea-aikainen hoito, joka johtaa potilastyytyväisyyden parantumiseen. Tehokkaasti järjestetyt kuvantamis- ja laboratoriotutkimukset sekä oikein kohdennetut toimenpiteet nopeuttavat koko päivystysprosessia mahdollistaen näin viiveettömän hoidon aloituksen ja sitä kautta komplikaatioiden määrän vähenemisen. Tämä on sekä potilaan, että päivystyksessä toimivan henkilöstön etu. (Lukkarinen, Janhunen, Harjola 2016, 2400-2401.)

Toimintaympäristönä päivystys on riskialtis virheille ja haittatapahtumille. Potilasturvallisuuteen heikentävästi vaikuttavia tekijöitä ovat usein korkea kuormitus ja puutokset henkilökunnassa. Näissä tilanteissa riski kasvaa, sillä tehtäviä joudutaan priorisoimaan, työhön aiheutuu keskeytyksiä ja useita asioita joudutaan hoitamaan samanaikaisesti. Lisäksi potilasturvallisuusriskiä lisäävät heikkoudet kommunikaatiossa sekä organisaatioon liittyvät tekijät, kuten epäselvyydet vastuuasioissa, osastopaikkojen puute ja potilastietojärjestelmiin liittyvät häiriöt. (Källberg, Ehrenberg, Florin, Östergren & Göransson 2017, 14-16.)

5 HOIDON TARVE JA SEN ARVIOINTI

Hoidon tarpeen selvittämisellä on keskeinen merkitys uuden päivystyspotilaan vastaanottamisessa. Hoidon tarpeen arvion tulee olla suunnitelmallista ja on huomattava, että usein potilaan oma käsitys hoidon tarpeesta saattaa poiketa suurestikin terveydenhuollon ammattilaisen arviosta. Tässä kappaleessa käsitellään hoidon tarpeen arviointia ja ensiarviointiin liittyvää säännöstöä ja käsitteistöä sekä erilaisia menetelmiä sen suorittamiseksi.

5.1 Hoidon tarpeen arvio

Potilaan ottaessa yhteyttä terveydenhuoltoon tulee hoidon tarpeen arviointi tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Arvion tekee aina terveydenhuollon ammattihenkilö ja se voidaan suorittaa myös puhelimen välityksellä. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että käytettävissä on arvioitavaa henkilöä koskevat potilasasiakirjat ja että arviosta tehdään niihin asianmukaiset merkinnät. (STM 2010, 21.)

Hoidon tarpeen arviointiin liittyviä säädöksiä sisältyy muun muassa terveydenhuoltolakiin (1326/2010, 51§) jossa todetaan, että potilaan tulee saada virka-aikana välittömästi yhteys terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön, jossa hänen hoidon tarpeensa on arvioitava viimeistään kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta, mikäli sitä ei pystytä tekemään yhteydenoton aikana. Kiireellisissä tapauksissa tämä arvio on toteutettava välittömästi joko lähellä potilaan asuinpaikkaa olevassa terveydenhuollon yksikössä tai potilasturvallisuuden ja laadun takaamiseksi erillisessä keskitetyssä päivystysyksikössä.

(Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 50§.) Hoitolaitosten ulkopuolella äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan hoidon tarpeen arviointi toteutetaan ensihoitopalvelun toimesta (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 40§).

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira 2014) korostaa, että hoidon tarpeen arviointi on keskeinen osa potilaan hoitoa.

Työnantajan on valvottava toimintaa ja varmistettava, että sitä toteuttavalla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on tehtävään soveltuva osaaminen ja koulutus.

Yhtenä merkinä osaamisesta voidaan pitää työkokemusta, sillä enemmän työkokemusta omaavien sairaanhoitajien on todettu suoriutuvan helpommin ja pienemmän ulkopuolisen avun turvin hoidon tarpeen arvioinnista kuin uransa juuri aloittaneiden (Janhunen, Kvist & Kankkunen, 191). Yli-Villamo (2008,20) on päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien kokemuksia potilasturvallisuudesta selvittäneessä pro gradu -työssään todennut hoitohenkilökunnan kokemattomuuden ja senioriteetin puutteen olevan uhkatekijä potilasturvallisuudelle.

5.2 Hoidon kiireellisyyden ensiarvio

Hoidon kiireellisyyden ensiarviosta käytetty nimitys Triage tulee Ranskan kielestä Napoleonin ajalta ja tarkoittaa alun perin sotakirurgiassa käytettyä potilaiden kiireellisyysluokittelua. Tänä päivänä triage on yleistynyt nimitykseksi katastrofilääketieteessä, ensihoidossa ja sairaaloiden päivystyksessä tehtävälle kiireellisyysluokitukselle. (Kiura, Malmström, Malmström, Mäkelä & Torkki 2012, 699.)

STM (2010, 19) suosittaa vieraskielisen käsitteen triage korvaamista suomenkielisellä termillä hoidon kiireellisyyden ensiarvio. Tästä arviosta voidaan käyttää myös termejä hoidon kiireen arvio tai hoidon kiireellisyysarvio. Tässä työssä käytetään suositeltua käsitettä hoidon kiireellisyyden ensiarvio.

Hoidon kiireellisyyden ensiarvio tulee tehdä jokaiselle päivystykseen tulevalle potilaalle hoidon kiireellisyyden määrittämiseksi terveydentilan ja sen vaatiman hoidon mukaan ikään, sukupuoleen, rotuun tai muihin ulkoisiin tekijöihin katsomatta (Qureshi 2010, 691). Finohtan (2011,1) arviointiselosteessa tämä arvio määritetään potilaiden luokitteluksi terveydentilan perusteella sen mukaan, miten nopeasti heidän on päästävä hoitoon. Kiireellisyysarvion tekeminen on myös riskien hallintaa

ja sen tarkoituksena on ohjata potilasvirtaa turvallisesti tilanteissa joissa kysyntä ylittää tarjonnan. Järjestelmän tarkoituksena on taata potilaan tarvitsema hoito määritellyssä ajassa. (Manchester Triage Group 2014, 1.) Hoidon kiireellisyyden ensiarviota voidaan yllä mainittujen lisäksi käyttää myös tehokkaana työkaluna, jonka avulla päivystystoimintaa voidaan järjestellä, valvoa ja arvioida. Tämä edellyttää kuitenkin, että järjestelmä on vakioitu. (FitzGerald ym. 2010, 86.)

Hoidon kiireellisyyden ensiarvion tekeminen pohjautuu tulostyyn lisäksi muihin käytettävissä oleviin taustatietoihin kuten potilaan muihin sairauksiin ja sen hetkisiin löydöksiin. Näiden tietojen perusteella sairaanhoitaja arvioi hoidon aloittamisen kiireellisyyden ja ohjaa potilaan hoitoon oikeaan hoitopaikkaan. Suomalaisessa järjestelmässä (kuten kehittämiskohteena olevan sairaalan päivystyksessäkin) hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarviossa käytetään pääasiassa taulukossa 1 kuvattua ABCDE -mallia sovellettuna paikallisiin oloihin. Osittain on käytössä myös ESI (Emergency Severity Index) -mallin mukaisia hoidon kiireellisyyden ensiarviointijärjestelmiä. Tärkeää on, että jotain hoidon kiireellisyyden aloituksen ensiarviota käytetään ja sitä tarkennetaan potilaan tilaa seuraten koko päivystyskäynnin ajan. (STM 2010, 22.)

TAULUKKO 1. Suomalainen viisiportainen ABCDE-kiireellisyysluokittelu (Kantonen 2014, 28)

Triageluokat ja hoidon aloituksen viive	
A	Välitön hoidon aloitus
B	Hoidon aloitus 10 minuutin kuluessa
C	Hoidon aloitus yhden tunnin kuluessa
D	Hoidon aloitus kahden tunnin kuluessa
E	Ei päivystyshoidon tarvetta. (kiireettömät ja krooniset vaivat). Hoidetaan paikallisen ohjeistuksen mukaisesti. Päivystävän hoitajan vastaanotto, terveysneuvonta, ja tarvittaessa ohjaus kiireettömään päiväaikaiseen perusterveydenhuoltoon.

Hoidon kiireellisyyden ensiarvion suorittaa useimmiten triagehoitaja. Triagehoitaja on tätä tehtävää varten koulutettu sairaanhoitaja. Hoidon tarpeen ensiarvion tekemisen lisäksi triagehoitajan päätökset ohjaavat koko päivystyksen toimintaa ja vaikuttavat kaikkiin hoitoprosessiin osallistuviin henkilöihin. (Syväoja & Äijälä 2009, 34–35.) Hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvio on kuitenkin dynaaminen prosessi ja arvio tulisi toistaa säännöllisesti potilaan hoidossa oloaikana, jotta huomattaisiin mahdollisen muutokset huonompaan terveydentilassa (Manchester Triage Group 2014, 54).

Hoidon kiireellisyyden ensiarvio on luonnostaan monimutkainen prosessi. Päätöksiä tehdään aikapaineessa ja usein ilman kaikkia tarvittavia ennakkotietoja potilaille joilla ei ole välttämättä olemassa mitään merkittävää sairaushistoriaa. Tämän vuoksi päätöksiä tekevällä hoitajalla tulee olla laaja-alaista erikoisosaamista sekä kokemusta erilaisten sairauksien ja vammojen hoidosta. (Ganley & Gloster 2011, 52.)

Paakkonen (2008, 185-186) on käsitellyt väitöskirjassaan päivystyspoliklinikan sairaanhoitajien kliinistä osaamista. Tutkimuksessa kuvataan päivystyksen sairaanhoitajan tärkeiksi ominaisuuksiksi erityisesti sairaanhoitajien kliiniset taidot mukaan lukien potilaiden itsenäisen tutkimisen taidon ja kyky tunnistaa korkeariskiset potilaat ilman teknisiä apuvälineitä. Tärkeänä on pidetty potilaiden tilan systemaattista arviointia ja hoidon priorisointia.

5.3 Peruselintoimintojen arviointi

Peruselintoiminnot ovat ihmisen hengissä pysymisen kannalta välttämättömiä elintoimintoja. Mikäli niissä ilmeneviä häiriötiloja ei asianmukaisesti havaita ja hoideta, johtaa tilanne vaikeutumisen kautta lopulta elottomuuteen ja potilaan kuolemaan. (Junttila 2012, 17.) Tilan romahtamisvaarassa olevien potilaiden varhainen tunnistaminen johtaa oikea-aikaiseen hoitoon ja parempaan ennusteeseen, kun taas tilanteen myöhäinen tunnistaminen on yhteydessä lisääntyneeseen kuolleisuuteen (Subbe 2007, 21).

Peruselintoimintojen arvioinnin ABCDE –malli on vakiintunut käytäntö hätätilapotilaan ensiarvion tekemisessä. Äkillisesti sairastuneen potilaan systemaattinen ABCDE -mallin mukainen arviointi on edellytys kriittisen sairauden varhaiselle tunnistamiselle. (Subbe 2007, 21). Yhdistelmä ABC juontaa juurensa 1950-luvulle ja on laajentunut ABCDE:ksi 1970-luvun puolivälissä. ABCDE–malli on levinnyt laajalle terveydenhuollossa ja sen käytön uskotaan parantavan kriittisesti sairastuneiden ja loukkaantuneiden potilaiden hoitoa. (Troels, Krarup, Grove, Rohde & Løfgren 2012, 117; 120-121.)

Malli käsittää hengitysteiden (A – Airway) avoimuuden, hengityksen (B – Breathing) riittävyden, verenkierron (C – Circulation) riittävyden, tajunnan tason (D – Disability) ja muiden häiriöiden ja löydösten (E – Exposure) kuten vamman merkkien, ihon ja lämpötilan arvion. ABCDE –malli ja siihen liittyvät arviot toimenpiteineen on esitetty kuviossa 3. (Junttila 2012, 17; Oksanen & Tolonen 2015, 8-9; Troels ym. 2012, 119-120.)

	Arvioitavat asiat	Hoito
A Ilmatie	Pystyykö potilas puhumaan Tuntuuko ilmavirtaus	Ilmatien avaaminen päätä kallistamalla <i>Happihoito</i> <i>Imu</i>
B Hengitys	Hengitystaajuus Rintakehän liikkeet <i>Hengityssäätimet</i> <i>Happisaturaatio</i>	Asentohoito <i>Hengityksen avustaminen</i> <i>Hengitettävät lääkkeet</i> <i>Jänniteilmarinnan hoito</i>
C Verenkierto	Ihon väri, lämpö ja kosteus Kapillaaritäytyttö Syketaajuus <i>Verenpaine</i> <i>EKG-monitorointi</i>	Verenvuotojen tyrehdyttäminen Jalkojen kohottaminen <i>Suoniyhteys</i> <i>Nestehoidon aloitus</i>
D Tajunta	Tajunnan tason määrittäminen <ul style="list-style-type: none"> • Täysin hereillä • Reagoi puheelle • Reagoi kivulle • Ei reagoi Raajojen liikkeet Pupillareaktiot <i>Verensokeri</i>	ABC:n hoito Kylkiasento Sokeria jos hypoglykemia
E Muut löydökset	Paljastaminen Näkyvien vammojen arviointi Lämpötila	Arvioidun syyn hoito
<i>Kursiivilla kirjoitettujen arvioiden tekemiseen ja hoidon toteuttamiseen tarvitaan apuvälineitä.</i>		

KUVIO 3. ABCDE-malli

Mallin käyttämisen tarkoituksena on mahdollisten henkeä uhkaavien tilanteiden oikea-aikainen hoito, monimutkaisen tilanteen pilkkominen paremmin ymmärrettäviin osiin sekä tilannetietoisuuden lisääminen hoitotiimin kesken. ABCDE-mallin käyttö lähtee aina ilmatien arvioinnista ja siihen liittyvien henkeä pelastavien toimenpiteiden suorittamisesta ja etenee seuraavaksi hengitykseen ja siihen liittyvien henkeä pelastavien toimenpiteiden suorittamiseen ja siitä eteenpäin, kunnes kaikki kohdat on käyty järjestelmällisesti läpi. (Troels ym. 2012, 119-120.)

Merkit jotka ennustavat kriittistä tilannetta ovat uhattu hengitystie, kohonnut hengitystaajuus, sydämen syketaajuutta pienempi systolinen verenpaine ja sekavuus. Näistä useimmiten havaitsematta jäävät koholla oleva hengitystaajuus ja sekavuus. Nämä ovat samat suureet joiden yhteys kriittiseen sairastumisen mahdollisuuteen on vahvin. (Subbe 2007, 21.)

Ruotsalaisessa Södersjukhusetissa sijaitsevassa, eräässä pohjoismaiden suurimassa päivystyksessä, toteutetussa tutkimuksessa selvitettiin vitaalielintoimintojen ja kuolleisuuden välistä suhdetta. Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui noin 120 000 potilasta. Tutkimuksessa todettiin, että suurin osa poikkeamista vitaalielintoiminnoissa päivystykseen tulovaiheessa on yhdistettävissä yhden ja 30 päivän kuolleisuuteen ja tehohoitojaksoihin. Suurin kuolleisuus yhdistyi selvästi normaaliarvoista poikkeavaan hengitystaajuuteen ja tajunnan tason häiriöihin sekä potilaan ikään. (Ljunggren, Castrén, Nordberg & Kurland 2016, 11.)

6 TOIMINTAMALLI

Suomen kielessä käsiteelle toimintamalli ei löydy suoraa vastaavuutta ontologiapalvelu Fintosta. Käsite muodostuu sanoista *toiminta*, jolla tarkoitetaan jonkin tekemistä tai toteutumista ja *malli*, joka on jonkin asian tekemistä ohjaava kuvio tai kaava. (Finto 2018.) Tässä kappaleessa avataan toimintamallin käsite, niiden käyttämisen historia ja merkitys sekä kuvataan uuden toimintamallin luomisen prosessi.

6.1 Toimintamallit työn tukena

Vakioidun toimintamallin esikuvat ovat korkean riskin työtehtävissä, kuten ilmailussa ja niistä käytetään englanninkielistä nimitystä SOP (Standard Operating Procedure). Suomessa näitä kutsutaan useilla eri nimillä, joita ovat muun muassa hoitoprotokolla, hoito-ohje, pysyväisohje, toimintamalli tai työohje. (Hiltunen 2016, 96-97.) Käsitteenä SOP tarkoittaa sellaisia yksityiskohtaisia kirjallisia ohjeita, joiden tarkoituksena on varmistaa laadukas toiminta jossain rutiinitehtävässä vakioimalla siihen liittyvää toimintaa. (Nolen 2009.)

Vakiointi rakentaa suojamuurin ihmisen toiminnasta johtuvien virheiden ja hoitoon liittyvien haittatapahtumien väliin. Muistin varassa toimiminen ei riitä, sillä esimerkiksi raskaat työvuorot, väsymys, huolet ja suhdeongelmat sekä töissä että yksityiselämässä sekä liian itsevarma asennoituminen suoritettavaan työhön altistavat unohduksille ja virheille. Tätä ei kompensoi myöskään koulutus, työkokemus tai huolellisuus. (Blomgren & Pauniahon 2014.) Toimintamallien laatimisen tarkoituksena on yhdistää parhaaksi todetut käytännöt. Toimintamallilla voidaan parantaa työn suunnittelua ja tiimin toimintaa ja vakioidut käytännöt vähentävät potilaalle haitallisia seurauksia ja parantavat hoidon tuloksia. (Sherren ym. 2014, 8.)

Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994, 15§) todetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilön työn päämääränä on sairauksien parantamisen lisäksi terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimysten lievittäminen. Tätä työtä tehdessään

ammattihenkilön on sovellettava hyväksytyjä ja perusteltuja menettelytapoja. Lisäksi terveydenhuoltolain (1326/2010, 8§) mukaan terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua ja sen tulee perustua näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin.

Terveydenhuollossa monet hoitoon liittyvät prosessit toteutuvat eri potilaiden kohdalla samankaltaisesti. Näiden prosessien kuvaaminen yhtenäistää toimintaa, selkiyttää työnjakoa sekä tekee toiminnan läpinäkyväksi. Kuvattujen prosessien mukaan toimiminen parantaa sujuvuutta ja sekä vähentää virheiden ja poikkeamien mahdollisuuksia. Hoitoprotokollien käyttö työn tukena on osa turvallisuusriskien tunnistamista ja laadunhallintaa. (Kuntaliitto 2011, 13;17.)

Sairaaloissa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta alentavat sovitusta hoito-ohjeista ja -ohjelmista poikkeaminen. Kun eri työntekijät tekevät samaa työtä toisistaan poikkeavilla menetelmillä, kasvaa virheiden ja sekaannusten määrä. Tätä voidaan hallita vakioimalla toimintaa keskittämällä huomio turvallisuuteen, laatuun, odotusaikoihin tai muihin strategisesti tärkeisiin tekijöihin. Tällaisen vakioidun toiminnan tunnusmerkkeinä voidaan pitää nykyistä parasta toimintatapaa, haluttuun lopputulokseen pääsemistä, korkealaatuista ja turvallista toimintaa, jatkuvaa kehittämistä sekä tietyn tavoitteen saavuttamista optimaalisilla resursseilla. Vakioidun toimintamallin käyttöä voidaan tukea esimerkiksi erilaisten tarkistuslistojen avulla. (Mäkijärvi 2010, 22-24.)

Tarkistuslistoista on todettu olevan hyötyä erityisesti tehtävissä, joissa tarvitaan suurta tarkkuutta, useiden asioiden samanaikaista hallintaa sekä nopeaa työtahtia. Tarkistuslista voi olla myös dynaaminen, vuokaaviomainen lista joka ohjaa toimintaa tarjoamalla selkeät vaihtoehdot ja ohjeet, joiden avulla päädytään parhaaseen mahdolliseen ratkaisuun hankalassakin tilanteessa. (Blomgren & Pauniahho, 2014.)

Vakioitujen toimintamallien vaikutusta on tutkittu esimerkiksi Tanskassa, jossa kontrolloitu hengityksen tukeminen ensihoitolääkäreiden toimesta

lisääntyi aihetta koskevan toimintamallin käyttöönoton jälkeen (Rognas, Hansen, Kirkegaard, & Tonnesen 2014, 237.) Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin vaikeasti vammautuneiden potilaiden hoitoa ennen ja jälkeen vakioitujen toimintamallien käyttöönoton. Toimintamallien käyttöönotolla oli myönteisiä vaikutuksia sekä kuolleisuuden, että yleiseen sairastavuuteen vähenemiseen trauman jälkeen. (Cuschieri ym. 2012, 2-8.) Frances ym. (2010, 350) arvioivat ensihoidon kirjaamisen laatua ennen ja jälkeen vakioitujen toimintamallin käyttöönoton ja mallin käytöllä todettiin olevan selkeä vaikutus sekä kirjaamisen laadun paranemiseen, että vaadittujen kirjaamisvaatimusten täyttymiseen. Suomessa Yli-Villamo (2008, 21) on nostanut esiin hoitoprotokollien käytön potilasturvallisuutta lisäävänä tekijänä.

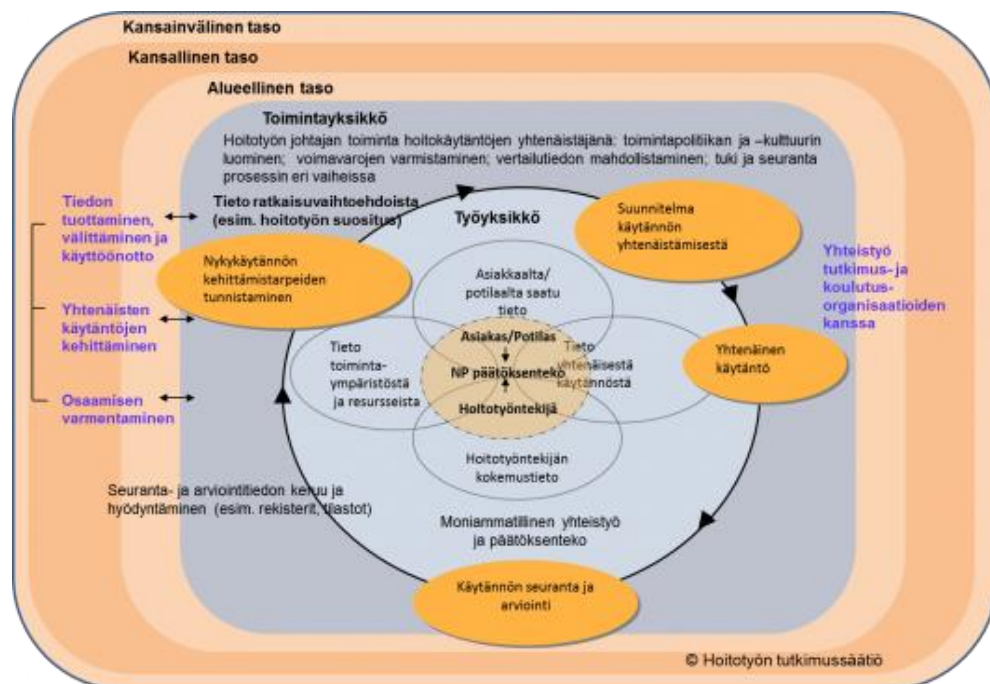
Strannin, Rantasen ja Suomisen (2015, 61) mukaan erityisesti päivystyspoliklinikoita leimaa vahva yksin tekemisen ja tehokkuuden toimintakulttuuri, joka saattaa näkyä vanhoina käytänteinä ja muuttumattomina toimintamalleina. Jansenin, van Achterbergin, Adriaansenin, Kampshoffin & Mintjes-de Grootin (2011, 2464) mukaan sitoutuminen uusien toimintamallien käyttöön on kuitenkin tärkeää, sillä tällä vähennetään poikkeamia käytännöissä ja varmistetaan, että potilaat saavat asianmukaista ja laadukasta hoitoa. Pelkkä toimintamallin laatiminen ei kuitenkaan riitä, sen toimeenpanosta on myös huolehdittava.

Ojaniemi erittelee pro gradu -työssään toimintamallit kahteen kokonaisuuteen. Toimintaa ohjaavina malleina käsitetään sellaiset loogiset kokonaisuudet, jotka johonkin teoriaan tai tutkittuun tietoon pohjautuen johdattavat toimintaa systemaattisesti eteenpäin kohti tavoitetta. Näille luonteenomaista on, että niistä on olemassa vuokaaviomainen kirjallinen dokumentti, jota noudattamalla voidaan johdonmukaisesti toistaa joku tietty toiminto. Toimintaa kuvaavissa malleissa taas yhdistyvät useat eri toimintamuodot joita voidaan toteuttaa parhaalla mahdollisella tavalla ja jopa valikoiden. Näin ollen tavoitteeseen pääseminen on paljon kiinni mallin käyttäjän tekemistä valinnoista. Kuvaaville malleille olennaista on lisäksi, että ne perustuvat harvemmin teoriaan ja että niitä ei yleensä

kuvata kirjallisesti. Näistä paremmaksi vaihtoehdoksi Ojaniemi toteaa toimintaa ohjaavan mallin. (Ojaniemi 2006, 32-40; 50-51.)

6.2 Toimintamallin kehittäminen

Vakioidun toimintamallin luomiseen löytyy useita eri tarkoituksiin suunnattuja ohjeistuksia. Innokylä (2018) kuvaa toimintamallin sisällön jonkin ratkaisun tai käytännön keskeiset toimijat, käyttötarkoituksen, idean ja prosessin kuvaavaksi yleistetyksi ja selkeäksi mallinnukseksi. Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa luotu päivystyspotilaan vastaanottomalli on luonteeltaan Ojaniemen (2006, 32) jaottelun mukaisesti toimintaa ohjaava malli ja sen kehittämisessä on hyödynnetty hoitotyön tutkimussäätiön kehittämää yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen toimintamallia (YHKÄ) (Kuvio 4). YHKÄ -mallin tarkoituksena on kuvata toimeenpano- ja seurantaprosessi, jonka avulla hoitotyön käytäntöjä voidaan yhtenäistää näyttöön perustuvaksi (Hotus 2018).



KUVIO 4. Yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen malli (Hotus 2018)

YHKÄ -mallissa ensimmäinen vaihe eli *nykykäytännön kehittämistarpeiden tunnistaminen* käynnistyy, kun syntyy tarve jonkin käytännön

kehittämislle. Tämän jälkeen siirrytään toiseen vaiheeseen, joka on *suunnitelma käytännön yhtenäistämislle*. Tässä vaiheessa arvioidaan olemassa oleva toimintatapa ja tunnistetaan siihen liittyvät keskeiset muutoskohdat. Arvioinnin jälkeen laaditaan suunnitelma yhtenäisen käytännön saavuttamiseksi. Tästä edetään kolmanteen vaiheeseen eli *yhtenäiseen käytäntöön*. Tämä sisältää suunnitelman mukaisen kehittämisen sekä uuden käytännön käyttöönoton. Viimeisenä vaiheena on *käytännön seuranta ja arviointi*, jolloin suoritetaan uuden käyttöönotetun käytännön toteutumisen arviointia. Mikäli tässä vaiheessa tunnistetaan uusia kehittämistarpeita, palataan takaisin ensimmäiseen vaiheeseen (Holopainen, Korhonen, Miettinen, Pelkonen & Perälä 2010, 39.)

Vakioidun toimintamallin laatijan tulisi olla henkilö, joka tuntee toiminnot, joiden suorittamiseksi mallia kirjoitetaan. Mikäli mahdollista, myös toimintamallin sisältävää ohjeistusta noudattavien loppukäyttäjien olisi hyvä osallistua mallin laatimiseen. Mallia tulisi arvioida ja jatkokehittää, kunnes sen noudattamisella päästään varmasti haluttuun lopputulokseen. Tämänkin jälkeen toimintamallia on syytä arvioida ja tarvittaessa kehittää määräajoin. Henkilökunta tulee myös kouluttaa toimintamallin käyttöön. (CLSI 2013, 14-31.)

Laadittu toimintamalli ohjaa käyttäjänsä. Ohjeen sisällön lisäksi myös sen esittämistavalla on merkitystä. Huomioonotettavia seikkoja ovat tekstin ymmärrettävyyden lisäksi myös tekstin asiallisuuteen liittyvät seikat, kuten sävy, kohteliaisuus tai vallan käyttäminen lukijaa kohtaan. Yhteistyön välineenä ohjeen laatijan ja lukijan välisessä kommunikaatiossa voidaan käyttää imperatiivimuotoista tekstiä, jolla kannustetaan ja ohjataan lukijaa tekemään haluttuja asioita. Imperatiivimuodossa olevan tekstin on todettu erottuvan hyvin muusta tekstistä ja kannustavan toimintaan luomalla mielikuvaa ohjeen noudattamisen helppoudesta. (Raevaara 2016, 19-20.)

Barbé ym. (2016, 2;6) ovat tarkastelleet toimintamallien laatimiseen liittyviä ohjeita ja parhaita käytäntöjä ja laatineet niiden pohjalta yhteenvedon toimintamallien laatimisesta. Toimintamallit tulisi laatia yhteiselle

mallipohjalle ja ne tulisi pitää selkeinä ja lyhyinä. Yhteenvedossa korostetaan lisäksi loogisen ja johdonmukaisen rakenteen merkitystä. Tällä varmistetaan helppo luettavuus ja ymmärrettävyys. Hyvän toimintamallin kirjoittamisen peruseriaatteiksi on listattu seuraavat asiat:

- Aiheeseen sopivan ja tarkoituksellisen otsikon valitseminen
- Selkokielen käyttäminen; lyhyet sanat ja lauseet, virkakielen välttäminen
- Helppolukuisen kirjasintyyppin- ja koon valitseminen
- Valmiiden toimintamallipohjien hyödyntäminen
- Yli kahden otsikkotason välttäminen
- Aktiivin käyttäminen
- Luettelomerkkien tai numeroitujen listojen käyttäminen, kun asioita tarvitsee listata
- Ohjeiden loogisen järjestyksen varmistaminen
- Täsmällisyys ja konkreettisten esimerkkien hyödyntäminen
- Varoitusten käyttö ennen toimenpiteitä
- Ensin ohje, sitten perustelut
- Tärkeän informaation korostaminen (lihavointi, isot kirjaimet, värit)
- Lyhenteiden käytön välttäminen
- Piirroksien käyttö niihin liittyvän tekstin yhteydessä
- Tarkkuuden, värien ja koon huomioiminen
- Listojen tai pikaohjeiden käyttö mallin tukena

Toimintamallin sisältörakenne on ohjeistuksesta riippuen pääosin samanlainen, mutta tiettyjä eroavaisuuksiakin löytyy lähinnä otsikoinnin ja sisällön laajuuden osalta. Laboratoriodiagnostiikkaa tai teknisiä toimenpiteitä varten laaditut toimintamallit ovat usein sisällöltään laajempia ja tarkempia, kun taas esimerkiksi sairaalakäyttöön tarkoitettujen mallien laatimisessa voidaan käyttää suppeampaa rakennetta. (CLSI 2013, 14-18; EPA 2007, 8-10; Oxford University Hospitals 2018.) Toimintamallin rakenteen ydinkohdat on esitetty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Esimerkki toimintamallin rakenteesta.

Toimintamallin rakenteen ydinkohdat	
Kansilehti	
Sisällysluettelo	
1. Tarkoitus	<i>Kuvaa lyhyesti mihin toimintamallia on tarkoitus käyttää. Määrittää myös ne mahdolliset dokumentit joihin toimintamalli pohjautuu.</i>
2. Ulottuvuus	<i>Määrittää ne toiminnot joihin toimintamalli kohdistuu</i>
3. Johdanto	<i>Yleinen johdatus aiheeseen tarvittaessa</i>
4. Käsitelmäärittelyt	<i>Määrittää tarvittaessa toimintamallissa käytetyt mahdolliset lyhenteet ja käsitteet</i>
5. Vastuuhenkilöt	<i>Kuvaa toimintamallin suorittamiseen osallistuvat vastuuhenkilöt</i>
6. Varoitukset	<i>Kuvaa mahdolliset toimintamallin noudattamiseen / noudattamatta jättämiseen liittyvät riskit</i>
7. Tarvittavat varusteet	<i>Kuvaa toimintamallin läpiviemiseksi tarvittavat varusteet ja tarvikkeet</i>
8. Toimenpiteet	<i>Varsinaisen toimintamallin yksityiskohtainen kuvaus</i>
9. Liitteet ja dokumentit	<i>Mahdolliset toimintamalliin liittyvät apudokumentit tai muut liitteet</i>
10. Muutoshistoria	<i>Toimintamallin muutoshistoria merkittävine muutoksineen</i>
Lähteet: CLSI 2013, EPA 2007, NDIAG 2011, Oxford University Hospitals 2018.	

Tärkeä osa toimintamallin kehittämisessä on sen implementointi käyttöön. Koulutettaessa toimintamallia käyttäviä henkilöitä, on tärkeää korostaa, miksi toimintamalli on laadittu ja miksi on tärkeää käyttää sitä oikein ja yksityiskohtaisesti. Kouluttajan tulee selittää ja näyttää miten malli toimii käytännössä, muuten käyttäjälle jää mahdollisuus tehdä omia tulkintojaan ja mallin mukaisen toiminnan toteuttaminen hankaloituu. Myös mallin vaikutukset laatuun ja turvallisuuteen tulee käydä läpi käyttäjän kanssa. (Akyar 2012, 377.)

7 KÄYTETYT MENETELMÄT JA AINEISTON ANALYYSI

Tämä tutkimuksellinen kehittämishanke toteutettiin monisyklisenä toimintatutkimuksena. Menetelmäosiossa kuvataan käytettyjen tiedonkeruumenetelmien lisäksi tuotetun tiedon analysoinnissa käytetyt menetelmät.

7.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimuksen tarkoituksena on nimensä mukaisesti sekä tutkia, että pyrkiä muuttamaan vallitsevia käytäntöjä. Sen avulla etsitään ratkaisuja erilaisiin, esimerkiksi teknisiin, sosiaalisiin tai ammatillisiin ongelmiin. Käytännön työssä toimivien ihmisten aktiivinen osallistaminen tutkimukseen on olennaista toimintatutkimuksessa. (Kuula 2006a.) Osallistavan ja yhteistyöhön perustuvan prosessin osallistujilla on yhteinen päämäärä (Koshy, Koshy & Waterman 2011, 3). Tutkija on prosessin keskiössä ja etenee osallistavan ja opettavan prosessin kautta muutokseen tilanteessa. Tavoitteena ei ole päästä lopulliseen tulokseen, vaan ennemminkin jatkuvaan kehittämiseen. (Mcniff & Whitehead 2000, 203.)

Greenwood & Levin (2007, 3) määrittelevät toimintatutkimuksen sosiaaliseksi tutkimukseksi jota suoritetaan tiimissä. Tähän tiimiin kuuluu tutkija ja jonkinlaista parannusta toimintaansa hakevan yhteisön jäseniä. Tiimi toimii yhteistyössä tutkimusongelman määrittelyssä, tutkimisessa ja kehittämisessä. Waterman, Tillen, Dickson ja de Koning (2001, 11) ovat selvittäneet toimintatutkimuksen käsitettä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan ja määritelleet sen olevan tutkimusta, joka kuvaa, tulkitsee ja selittää sosiaalista tilannetta edesauttaen samalla kehitykseen ja osallistumiseen johtavaa muutosta. Toimintatutkimus on ongelmakeskeistä, kontekstikohtaista ja tulevaisuuteen suuntautunutta. Oleellista on tutkijan ja muutokseen osallistuvien henkilöiden välinen yhteistyö. Kyseessä on dynaaminen osallistava prosessi.

Osallistavalla toimintatutkimuksella tarkoitetaan sellaista sosiaalista prosessia, jossa kehittämisen kohteena olevan yhteisön jäsenet osallistuvat työhön ja muuttavat yhdessä toimintakäytäntöjä (Kemmis & Taggart 2005, 560). Tutkimusta tehdään ihmisten kanssa eikä ihmisistä. Tämä erottaakin toimintatutkimuksen perinteisestä tutkimuksesta, jossa tutkimuskohteet nähdään usein passiivisina subjekteina, eikä tutkijan ajatusten ja kohteena olevien ihmisten huolten ja kokemusten välille välttämättä muodostu tarvittavaa yhteyttä. (Heron & Reason 2001, 144.) Tähän tutkimukselliseen kehittämishankkeeseen toimintatutkimus valikoitui lähestymistavaksi, sillä kehittämistyössä haluttiin säilyttää tiivis yhteys kehittämisen kohteena olevan yksikön henkilökuntaan ja kehittää toimintaa nimenomaan osallistamalla siihen tavoitteena olevan mallin tulevia käyttäjiä.

Tehokkaimmillaan toimintatutkimus on sekä ihmisen kokemusta, aistihavaintoja ja niihin pohjautuvaa ymmärrystä korostavaa, merkityksiä ja toimintaa tulkitsevaa ja ymmärtämään pyrkivää, että tulkitsevaa keskittyen toimiin ja toimintoihin. Toimintatutkimus tarjoaa keinoja, joilla ymmärretään ja selkeytetään toimia ja tapahtumia ja käytetään tällä saavutettua lisääntyntä ymmärrystä hyväksi, jotta saadaan kehitettyä tehokkaita ratkaisuja tutkimuksen kohteena oleviin ongelmiin. (Stringer 2007, 20.)

Toimintatutkimuksen prosessi koostuu toisiaan seuraavista sykleistä. Jokaisen syklin jälkeen tilannetta arvioidaan ja analysoidaan ja toimintaa muutetaan näiden perusteella. Näin ollen toimintatutkimus ei ole suoraviivainen prosessi alusta loppuun, vaan osallistujat saattavatkin löytää itsensä tilanteista, joissa palataan taaksepäin, toistetaan, mietitään uusiksi tai hypätään joidenkin vaiheiden yli. Toimintatutkimuksen etenemistä voidaan kuvata useiden erilaisten mallien avulla. (Stringer 2007, 8-9.)

Kuulan (2006a) mukaan toimintatutkimukselle on tyypillistä spiraalimainen eteneminen eri vaiheissa toiminnan suunnittelusta muutoksen toteutuksen ja sen vaikutusten seurannan ja arvioinnin kautta takaisin toiminnan suunnitteluun. Kemmis, McTaggart & Nixon (2014, 19) ovat nimenneet

nämä vaiheet suunnitteluksi, toteuttamiseksi, havainnoinniksi ja arvioinniksi. Tämä prosessi on kuvattu kuviossa 5.



KUVIO 5. Toimintatutkimuksen spiraali (Mukaillen Kemmis, McTaggart & Nixon 2014, 19)

Toimintatutkimus käsitteenä itsessään ei määrittele tutkimuksen menetelmäsuuntausta, eli kerätäänkö tietoa määrällisiä, laadullisia tai näitä yhdistäviä menetelmiä käyttämällä. Toimintatutkimuksessa voidaan siis hyödyntää useita tekniikoita, joilla pystytään vastaamaan muuttuvien tilanteiden aiheuttamiin tarpeisiin. (Greenwood & Lewin 2007, 5-6.) Myös Waterman ym. (2001, 11) toteavat, että tietämystä voidaan edistää tutkimuksen ja reflektion avulla ja tiedonkeruussa voidaan käyttää sekä laadullisia, että määrällisiä menetelmiä. Toimintatutkimuksen avulla voidaan tuottaa eri luonteista tietoa, niin ehdotuksellista kun käytännöllistäkin ja uuden teoreettisen tiedon tuottamisen lisäksi voidaan myös jalostaa jo olemassa olevaa teoriaa tai testata olemassa olevan teoria soveltuvuutta käytännössä.

Tämän tutkimuksellinen kehittämishankkeen tiedonkeruu sisälsi laadullisia ja määrällisiä elementtejä. Hirsijärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 136) kuvaavat nämä lähestymistavat toisiaan täydentävinä, jolloin esimerkiksi määrällisesti mitattuja seikkoja voidaan hyödyntää esitietoina laadulliselle tiedonkeruulle.

Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että tiedon hankinta on kokonaisvaltaista ja se toteutetaan todellisissa tilanteissa, käyttäen

menetelmiä joilla saadaan esille tutkittavien ääni ja näkökulmat. Tällaisia menetelmiä ovat esimerkiksi erilaiset teema- ja ryhmähaastattelut sekä havainnointi. Tutkimukseen valitaan mukaan sen kannalta olennainen kohdejoukko ja sen toteutus etenee joustavasti, tarvittaessa suunnitelmaa muuttaen. (Hirsijärvi ym., 164.)

Määrällisen tutkimuksen päätarkoituksena on selvittää erilaisia muuttujia ja niiden esiintymistä tietyssä joukossa. Tiedonkeruun välineet ovat perinteen mukaisesti ennalta suunniteltuja ja tiedonkeruu on varsin joustamatonta, eikä tarjoa mahdollisuuksia mielikuvituksellisuukselle ja reflektiolle.

Tutkimuskysymys on usein tarkasti määritelty ja yksiselitteisiä vastauksia saadaan esimerkiksi kyselylomakkeen avulla. (Brannen 2016, 14-16).

Määrällisen aineiston keruussa voidaan kuitenkin käyttää myös perinteisesti laadulliseen tutkimukseen yhdistettyjä tiedonkeruumenetelmiä kuten havainnoiteja tai keskusteluja. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71).

Hankkeen alussa toimintatutkimuksen toisessa syklissä potilaiden vastaanotto toiminnan nykytilaa kartoitettiin havainnoimalla. Tämän jälkeen kolmannessa syklissä järjestettiin havainnoinnin tuloksiin pohjautuen fokusryhmäkeskustelutilaisuuksia, joihin kutsuttiin päivystyspoliklinikan henkilökuntaa ja toiminnasta vastaavia esimiehiä. Samanaikaisesti vaihtoehtoisena tiedonkeruutapana käytettiin onlineyhteisöä, johon kutsuttiin myös osallistujia henkilökunnasta. Neljännessä syklissä näistä saatu aineisto analysoitiin ja siitä muodostettujen johtopäätösten pohjalta luotiin teoreettiseen viitekehukseen tukeutuen uusi päivystyspotilaan vastaanottomalli.

7.2 Havainnointi

Havainnointi menetelmänä vastaa kysymykseen ”toimivatko ihmiset niin kuin he sanovat toimivansa”, toisin kuin kysely tai haastattelu jotka usein kertovat, miten niihin vastanneet henkilöt ovat havainneet jonkin ilmiön tapahtuvan. Havainnoinnin etuna onkin, että sillä saadaan välitöntä ja suoraa tietoa toiminnasta ja käyttäytymisestä. Haittapuolena voidaan pitää sitä, että erityisesti ulkopuolinen havainnoija saattaa jopa muuttaa

asioiden kulkua tai havainnoitavien käyttäytymistä tai sitä, että mikäli havainnoija sitoutuu havainnoitavaan ryhmään tunnetasolla, saattaa havainnoinnin objektiivisuus kärsiä. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 212-213.)

Havainnointi voi olla täysin vapaata tai ennalta suunniteltua. Ennalta suunniteltua havainnointia voidaan kutsua jäsennellyksi tai systemaattiseksi havainnoinniksi ja sen käyttäminen edellyttää, että havainnoija on jo ennalta läpikäynyt havainnoitavan tapahtuman tai tilanteen ja muodostanut sen pohjalta muistiinpanotekniikan jolla havainnoitavaa tietoa kerätään. (Vilka 2006, 38-39.)

Määrällisen tiedon keräämiseen soveltuu parhaiten systemaattinen havainnointi. Havainnoinnin kohteena voi olla esimerkiksi jokin tapahtuma tai tilanne, ja havainnoiteja voidaan kerätä aistiperustaisesti tai erilaisia teknisiä apuvälineitä hyväksikäyttäen niin, että havaintojen strukturoitua kirjaamista varten suunnitellaan ennakkoon lomake. (Vilka 2007, 29.)

Havainnointia voidaan toteuttaa eri tavoin. Tuomi & Sarajärvi jakavat havainnoinnin eri muotoihin, joita ovat piilohavainnointi, havainnointi ilman osallistumista, osallistuva havainnointi sekä osallistava havainnointi. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkijan rooli voi asettua janelle aktiivisesta täydellisesti tilanteeseen osallistuvasta passiivisen osallistumattomuuteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 82.)

Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa käytettiin hyväksi passiivista osallistuvaa systemaattista havainnointia, jossa tämän opinnäytetyön tekijä osallistui tutkittavaan tilanteeseen vaikuttamatta sen kulkuun (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Havainnointi toteutettiin osissa, jotta saatiin mahdollisimman kattava aineisto eri työvuoroista- ja tilanteista. Yhteensä havainnointiin käytettiin aikaa 34 tuntia ja se jakautui kymmenelle päivälle. Havainnoituja potilaan vastaanottotilanteita kertyi yhteensä 104 kappaletta ja ne jakautuivat aamu- (n=41), ilta- (n=51) ja yövuoroihin (n=12).

7.3 Fokusryhmäkeskustelu

Fokusryhmäkeskustelulla tarkoitetaan laadullisessa tutkimuksessa käytettävää tiettyyn fokukseen eli aihepiiriin keskittyvää tiedonkeruumenetelmää, josta tietty ennalta määrätty ryhmä kokoontuu keskustelemaan. Tarkoituksena on tunnistaa eri näkökulmia käsiteltävään aiheeseen ja saada siihen ymmärrystä osallistujien näkökulmasta. (Hennink 2014, 1-2.)

Ryhmäkeskustelu tarjoaa tutkijalle ainutlaatuisen ja tärkeän tiedonkeruun menetelmän. Se tuottaa tutkijalle sellaisia oivalluksia ja tarkoitusten ymmärtämistä, joita voidaan saada vain dynaamisesta ja interaktiivisesta keskustelusta. (Roller & Lavrakas 2015, 104-105.)

Ryhmäkeskustelussa keskeistä on moderaattorin eli ryhmän vetäjän rooli, joka on pääasiassa keskustelun tavoitteellinen ohjaaminen, kannustaminen, rohkaiseminen ja otollisen ilmapiirin luominen. Toisin kuin ryhmähaastattelussa, ryhmäkeskustelussa vetäjä ei itse osallistu keskusteluun, vaan pyrkii saattamaan vuorovaikutuksen ryhmään osallistuvien väliseksi. Ryhmäkeskustelun kesto on yleensä noin 2 tuntia ja siihen osallistuu tyypillisesti kuudesta viiteentoista osallistujaa. (Valtonen 2005, 223-224.)

Ryhmäkeskustelun selkeinä etuina voidaan pitää vuorovaikutusta ryhmän jäsenten kesken. Tämä saa usein aikaan uusia ideoita ja henkilökohtaisia näkemyksiä jotka saattaisivat jäädä huomiotta esimerkiksi haastattelussa. Lisäksi osallistujat vaihtavat mielipiteitä ja pohtivat usein omaa kantaansa suhteessa muiden osallistujien näkemyksiin. Tämä antaa tutkijalle tietoa ei ainoastaan osallistujien mielipiteistä vaan myös tekijöistä joilla niin pystytään vaikuttamaan. (Roller & Lavrakas 2015, 111.)

Ryhmäkeskustelua käytettäessä on otettava huomioon myös tietyt rajoitukset. Runsas vuorovaikutus saattaa johtaa joidenkin osallistujien kohdalla myös toisten myötäilemiseen tilanteissa, joissa omia mielipiteitä ei halutakaan tuoda esiin julkisesti. Ryhmän vetäjä voi pyrkiä vaikuttamaan tähän kannustamalla hiljaisempia keskustelijoita, mutta tämäkään ei aina

välttämättä onnistu. Onkin tärkeää pystyä hahmottamaan, että yhteneväiset mielipiteet eivät aina ole sama asia kuin ryhmän yksimielisyys. (Roller & Lavrakas 2015, 112-113.)

7.4 Online-yhteisö

Online-yhteisö on kustannustehokas ja aikaa säästävä tiedonkeruumenetelmä, jossa fokusryhmän jäsenet ovat paikasta riippumattomassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa tietokoneiden välityksellä (Curedale 2013, 48).

Nämä ryhmät voivat olla joko synkronoituja, jolloin osallistujat ovat paikalla samaan aikaan tai asynkronoituja jolloin keskustelua käydään erikseen sitä varten määritellyn keskustelufoorumin kautta. Keskustelufoorumi on avoinna ennalta määrätyn ajan ja osallistujia pyydetään vierailemaan siellä sovitun aikataulun mukaisesti, esimerkiksi kaksi kertaa vuorokaudessa ja osallistumaan keskusteluun. Ryhmän moderaattori esittää ryhmässä kysymyksiä ja seuraa jatkuvasti vastauksia voidakseen tarvittaessa esittää tarkentavia jatkokysymyksiä ja kannustaa ryhmän jäseniä osallistumaan keskusteluun. (Roller & Lavrakas 2015, 120-121.)

Online-yhteisöjen etuna voidaan nähdä kohderyhmien parempi tavoitettavuus, sillä työskentelyyn voi osallistua käytännössä missä ja milloin vaan koko tutkimuksen keston ajan. Tämän lisäksi vastaaminen omassa aikataulussa mahdollistaa loppuun saakka ajateltujen ja yksityiskohtaisten vastausten antamisen. Lisäksi työskentely verkon kautta mahdollistaa tarkemman anonymiteetin osallistujille ja auttaa tätä kautta arkaluonteisimpien asioiden käsittelyssä. (Roller & Lavrakas 2015, 113-114; 122.)

Menetelmän haitaksi voidaan katsoa vastausten tekstimuotoisuus. Vastauksiin saattaa vaikuttaa osallistujien kirjallinen lahjakkuus ja ne saattavat olla pinnallisia. Lisäksi menetelmän käyttöä rajoittaa se, että kaikilla ei välttämättä ole pääsyä tietokoneelle tai verkkoon. Lisäksi tutkijan

on syytä varautua erilaisiin teknisiin ongelmiin. (Roller & Lavrakas 2015, 124.)

Online-yhteisön etuja tiedonkeruumenetelmänä ovat selvittäneet Zwaanswijk & van Dulmen vuonna 2014 tekemässä katsauksessaan, jossa selvitettiin kyselytutkimuksella noin 50 eri onlineyhteisöön osallistuneiden henkilöiden mielipiteitä. Tärkeimpinä etuina nähtiin mahdollisuus osallistua itselle sopivana ajankohtana ja itselle sopivassa paikassa. Lisäksi hyödyllisenä pidettiin mahdollisuutta osallistua keskusteluun tarvittaessa anonymisti; tämän koettiin helpottavan henkilökohtaisemmista asioista keskustelemista. Suurin osa vastaajista (64.4%) olisi valinnut mieluummin onlineyhteisön kuin perinteisen fokusryhmäkeskustelun. (Zwaanswijk & van Dulmen 2014, 4-5.)

7.5 Aineiston analyysi

Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka (2006) toteavat, että laadullista aineistoa voidaan analysoida useilla eri tavoilla. Sen voidaan ajatella olevan eri tavoilla tapahtuvaa näkökulmien ottamista aineistoon tai sen tiivistämistä, tai tapa aineiston systemaattiseksi läpikäymiseksi, jotta löydetään sisällöllisiä tai rakenteellisia eroja tai yhteneväisyyksiä.

Aineiston käsittely saattaa olla haastavaa lukuisten käytössä olevien vaihtoehtojen takia. Käytetyksi analyysimenetelmäksi tulisivin valita sellainen, jolla parhaiten pystytään vastaamaan kyseessä olevaan ongelmaan tai tutkimustehtävään. (Hirsijärvi ym. 2009, 224.)

Määrällisen aineiston käsittelylle ominaista on, että siitä saatavat tulokset ovat strukturoituja, mitattavia ja ne esitetään pääosin numeroin.

Aineistosta haetaan vastauksia esimerkiksi kysymyksiin, miten paljon tai kuinka usein ja tuloksilla osoitetaan eri muuttujien välisiä yhtäläisyyksiä tai eroja. (Vilkkä 2007, 13-14.)

Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa päivystyspotilaan vastaanottotilanteita havainnoitiin systemaattisesti täyttämällä tätä varten ennakkoon luotu havainnointilomake (Liite 1). Havainnoinnilla haettiin

pääosin määrällistä tietoa eri muuttujien toistuvuudesta ilmoittautumistapahtuman aikana. Havainnointilomake luotiin pääosin pohjautuen opinnäytetyön tekijän omaan kokemukseen ilmoittautumistapahtuman sisällöstä ja siihen kuuluvista työvaiheista. Havaintojen automaattista analysointia varten luotiin oppilaitoksen lissenssillä toimivalle Webropol -kyselytyökalualustalle havaintolomakkeen kanssa yhtenäinen kysely, johon havainnot siirrettiin paperisilta lomakkeilta. Webropolin tarjoamasta analyysityökalusta saatiin valmiit tulokset selkeästi ymmärrettävässä muodossa. Havainnoinnin pääasiallinen tarkoitus oli löytää teemat fokusryhmäkeskustelua ja onlineyhteisöä varten.

Fokusryhmäkeskustelun ja onlineyhteisön osalta saatu aineisto oli laadullista, ja sen käsittelyssä käytettiin menetelmänä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä tekstimuodossa olevasta aineistosta pyritään muodostamaan tiivis kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Aineistona voidaan käyttää valmiiksi tekstimuodossa olevaa materiaalia tai sellaiseksi muunnettua aineistoa, esimerkiksi puhetta tai keskusteluja. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 103.)

Näkökulma keskustelujen sisällön käsittelyyn tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa oli abduktiivinen eli teoriaohjaava. Perinteisesti laadullinen analyysiprosessi voidaan jakaa induktiiviseen eli aineistolähtöiseen ja deduktiiviseen eli jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä lähtevään (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Grönfors (2011, 17-20) kyseenalaistaa puhtaan induktiivisen päättelyn, sillä se edellyttäisi sitä, että tutkijalla ei olisi mitään oletuksia tai ennakkokäsityksiä ilmiöstä jota hän tutkii ja tuolloin päädyttäisiin vain havaintojen kuvaamiseen. Abduktio puolestaan ottaa huomioon tutkijan kiinnostuksen tärkeiksi oletettuihin seikkoihin.

Abduktiivinen päättely soveltuu hyvin erilaisten systeemien analysointiin ja organisaation toimivuuden kehittämiseen uusien toimintamallien avulla. Abduktiivisessa päättelyssä voidaan hyödyntää tutkijan omaa tietoa ja uuden teorian jäljille onkin mahdollista päästä tärkeäksi oletettujen tai

tiedettyjen seikkojen kautta. Abduktiivinen päättely edellyttää, että tutkija hallitsee aiheensa teoreettisesti ja käytännöllisesti ja aikaisempaa teoriaa ja kirjallisuutta hyödynnetään enemmänkin inspiraation ja ideoiden lähteenä. (Anttila 2006, 115-121.)

Abduktiivinen analyysi etenee induktiivisen analyysin tapaan kolmivaiheisesti ja lopputuloksena muodostuu käsitteellinen näkemys tutkittavasta ilmiöstä (Verne 2018). Ero näiden kahden lähestymistavan välillä on sen, että siinä missä induktiivisessa analyysissä teoria ja tulokset muodostuvat pelkästään aineiston perusteella, abduktiivisessa analyysissä tulosten muodostumisessa aineiston apuna hyödynnetään teoreettista viitekehystä (Jyväskylän yliopisto 2018).

Kyngäksen ja Vanhasen (1999, 5-7) mukaan analyysiprosessi alkaa aineiston alkuperäisilmaisujen pelkistämällä. Tällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta koodataan tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja. Nämä ilmaisut ryhmitellään yhtäläisiä käsitteitä sisältäviksi joukoiksi. Näin saaduista pelkistettyjen ilmaisujen joukoista muodostetaan kategorioita, jotka nimetään niiden sisältöä kuvaavalla nimellä. Tässä vaiheessa tutkija päättää oman tulkintansa mukaisesti mitkä asiat kuuluvat yhteen ja mitä ei voida sijoittaa samaan kategoriaan. Analyysin edetessä abstrahointiin samansisältöiset kategoriat yhdistetään edelleen toisiinsa, jolloin muodostuu yläkategorioita. Nämä nimetään taas kuvaten niitä alakategorioita, joista ne on muodostettu. Abstrahointia voidaan jatkaa niin kauan, kun se on mielekästä käsiteltävän sisällön kannalta, niin että lopulta päädytään kaikkia kategorioita kuvaavaan yhdistävään kategoriaan. Abstrahoinnissa pyritään muodostamaan kuvaus tutkittavasta kohteista yleiskäsitteiden avulla ja lopulta käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimustehtävään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112-113).

Sisällönanalyysissä käytettiin apuna Excel -taulukkoa, johon aineistosta saadut alkuperäisilmaisut sijoitettiin tutkimuskysymyksittäin lajiteltuna. Näistä muodostettiin seuraavaan sarakkeeseen pelkistettyjä ilmaisuja. Analyysia jatkettiin muodostamalla alaluokkia pelkistetyistä ilmaisuista ja abstrahointia jatkettiin niin pitkälle, että saatiin kaikkiin

tutkimuskysymyksiin mielekkäät yhdistävät kategoriat. Esimerkki aineiston pelkistämisestä on kuvattu taulukossa 3 ja aineiston ryhmittelystä ja abstrahoinnista liitteessä 1.

TAULUKKO 3. Aineiston pelkistäminen

Aineiston pelkistäminen.	
Alkuperäisilmaisuja keskustelusta	Pelkistettyjä ilmauksia
"...Ohjeistus olisi hyvä päivittää...yksinkertaisempaan muotoon..."	Ohjeet yksinkertaisemmaksi
"...Ei ole hyvä kun kaikki tekee eri tavalla..."	Toiminta ei ole vakioitua
"...Selkeä ohje tarvitaan ainakin, että kaikki tekevät samalla tavalla..."	Kaikille samat ohjeet
"...hoidon tulisi pohjautua...hoidon tarpeen arvioon..."	Tulisi pohjautua arvioon
"...Kaikki potilaat pitäisi hoitaa saman linjan mukaisesti..."	Kaikki hoidettava samalla tavalla
"...Sen pitäis tulla ihan kirjallisen ohjeen mukaan..."	Kirjallisen ohjeen noudattaminen
"...Ohjeet pitäis käydä uudestaan läpi ja niitä pitäis ehkä vähän lyhentää..."	Ohjeiden läpikäynti ja uudistus
"...Tämähän on herättänyt närää kun tehdään välillä eri tavalla..."	Herättää närää kun tehdään eri tavalla

Abduktiivinen ote aineistoon sopi hyvin tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen tarpeisiin, sillä havainnoinnin tuloksista saatu aikaisempi tieto ja teoreettinen viitekehys ohjasivat aineiston analyysiä. Näin ollen puhdas aineistolähtöisyys ei olisi onnistunut, eikä tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa olisi ollut tarkoituksenmukaista testata jotain aiemmasta teoriasta noussutta käsitteistöä.

8 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISHANKKEEN PROSESSI

Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen alustava suunnittelu aloitettiin syksyllä 2016. Opinnäytetyön tekijä työskenteli sairaanhoitajana kohdeyksikössä osallistuen myös itse kehittämisen kohteena olevaan toimintaan. Keskusteluissa yksikön henkilökunnan ja esimiesten kanssa oli toistuvasti noussut esiin ongelmia hoidon tarpeen ensiarvioon ja siihen liittyvän toiminnan epätasalaatuisuuteen liittyen. Tällä nähtiin olevan vaikutusta koko päivystyspoliklinikan toimintaan. Aihe nähtiin tärkeäksi oman toiminnan kehittämisen lisäksi myös siksi, että jo aiemmin muun muassa Finohta:n (2011, 2) selvityksessä on todettu, että toimiessaan huonosti päivystys vaarantaa potilaiden terveyden ja turvallisuuden sekä vaikuttaa sairaalan muuhun toimintaan ja kansalaisten luottamukseen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan.

Tämä tutkimuksellinen kehittämishanke toteutettiin siten, että paikalliset olosuhteet otettiin huomioon suunniteltaessa tiedonkeruuta ja lopullista uutta päivystyspotilaan vastaanottomallia. Kehittämishankkeen ensimmäinen sykli käynnistyi aiheen valinnan jälkeen hankkeen toteuttamista varten tarvittavan yhteistyösopimuksen (liite 2) solmimisella toimeksiantajan kanssa. Sopimus allekirjoitettiin 27.1.2017.

Yhteistyösopimuksen synnyttyä luotiin alustava teoreettinen viitekehys sekä kuvattiin käytettävät menetelmät, jotka esitettiin opinnäytetyön suunnitelmaseminaarissa 5.4.2017. Hanke ei edennyt täysin alkuperäisen tutkimussuunnitelman mukaisesti. Tutkimussuunnitelmavaiheessa tarkoituksena oli järjestää kaksi kierrosta havainnointia ja keskusteluita, mutta aikataulullisista syistä tiedonkeruu jouduttiin rajaamaan yhteen havainnointi- ja yhteen keskusteluvaiheeseen. Tästä syystä alun perin suunniteltu toinen, toimintamallin käyttöönoton jälkeinen mallin toimivuuteen ja vaikuttavuuteen kohdistuva tiedonkeruu ja siitä johtuvat mahdolliset muutokset mallissa on esitetty tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen jälkeisiksi jatkokehityshankkeiksi.

Tutkimuksellisen kehittämishankkeen toteuttamisen edellytyksenä on tutkimuslupa (liite 3). Tutkimuslupahakemuksen hyväksyi 25.4.2017

sairaanhoidon johtaja. Luvan myöntämisen jälkeen edettiin kehittämishankkeen toiseen sykliin, eli toiminnan havainnoinnin suunnitteluun sekä lopulta itse havainnointiin, joka toteutettiin huhtikuusta kesäkuuhun 2017 käyttäen hyväksi strukturoitua havainnointilomaketta (liite 4). Havainnointilomakkeessa huomattiin ensimmäisten havainnointien aikana puutteita ja sitä muokattiin vastaamaan tarkoitusta niin, että alkuperäiseen lomakkeeseen ensimmäisten havainnointien aikana vapaana tekstinä kirjattuja tietoja varten luotiin lopulliseen lomakkeeseen oma kenttensä. Analysointivaiheessa otettiin huomioon se, että tiedot löytyivät lomakkeilta eri paikoista.

Henkilökuntaa oli informoitu kirjallisesti havainnoinnin suorittamisesta etukäteen (liite 5). Tämän lisäksi ennen havainnoinnin aloittamista siihen kysyttiin vielä erikseen suullisesti lupa havainnoitavaan tapahtumaan osallistuvalla henkilökunnan jäseneltä. Tarkkaa kuvausta havainnoinnin sisällöstä ei kerrottu etukäteen, jotta potilaan vastaanottotilanne pysyisi mahdollisimman aitona. Havainnointi suoritettiin potilaan ilmoittautuessa päivystykseen. Jokaiselle potilaalle selitettiin havainnoijan asema ja tarkoitus kyseisessä tilanteessa, sekä kysyttiin suullinen suostumus havainnoinnin suorittamiselle. Kaikki havainnointiaikoina tilanteeseen osallistuneet potilaat antoivat suostumuksensa havainnoijan läsnäololle.

Päivystyspoliklinikalla potilaita vastaanottaa ajankohdasta riippuen yhdestä kolmeen sairaanhoitajaan. Tästä johtuen havainnointiin ei voitu ottaa mukaan kaikkia havainnointiaikana päivystykseen ilmoittautuvia potilaita, sillä ilmoittautumistapahtumat ovat osittain ajallisesti päällekkäisiä. Tämän lisäksi havainnoinnista poissuljettiin viikonloppuisin ja arkipyhinä päivystyksessä asioivat päihdekliniikan korvaushoitopotilaat, sillä heidän kohdallaan varsinaista hoidon tarpeen arviota ei ilmoittautumistilanteessa tehdä.

Havainnoinnissa kerättiin tietoa myös ensihoidon tuomien potilaiden vastaanottotilanteista, mutta tähän liittyvän toiminnan kehittäminen rajattiin kuitenkin pois tästä tutkimuksellisesta kehittämishankkeesta kolmannessa syklissä, sillä yksikössä suunniteltiin samanaikaisesti muutenkin

ensihoidon potilaiden prosessin uudistamista. Havainnoinnin tulokset on kuitenkin esitetty tässä työssä ja ne luovutettiin kehittämisen kohteena olevalle yksikölle, jotta niitä voitiin hyödyntää myös ensihoidon potilaiden prosessia suunniteltaessa.

Varsinaisen tiedonkeruun loppuvaiheella kesäkuun alussa 2017 laadittiin Webropol–alustalle havainnointilomakkeen kanssa yhtenevä kysely, jonne lomakkeiden tiedot sitten tallennettiin analysointia varten. Tiedot analysoitiin ja niistä voitiin muodostaa teemoja seuraavaa tiedonkeruuvaihetta varten.

Kolmas sykli siihen liittyvine tiedonkeruineen aloitettiin elokuussa 2017 luomalla opinnäytetyön tekijän hallitsemmalle palvelintilalle avoimen lähdekoodin phpBB-ohjelmistoa hyväksikäyttäen verkkokeskustelualusta ja rakentamalla sinne teemoihin pohjautuvat keskustelurungot. PhpBB on ilmainen, helppokäyttöinen ja mukautettavissa oleva keskustelufoorumiohjelmistoratkaisu, jota voidaan käyttää monipuolisesti yhteydenpidossa eri ihmisryhmien kanssa (phpBB 2017). Verkkokeskustelualustalle luotiin anonyymit käyttäjätunnukset salasanoineen yhteensä 45 mahdolliselle käyttäjälle.

Keskusteluihin kutsuttiin henkilökuntaa kehittämisen kohteena olevasta päivystyksestä ja aiheet keskusteluihin valikoituivat havainnoinnin tuloksista. Kutsu henkilökunnalle välitettiin sähköpostitse sekä viestillä kohteena olevan yksikön taukotilan seinällä. Käyttäjätunnukset keskustelufoorumin käyttöön jaettiin suljetussa kirjekuoressa ja ne sai noutaa taukotilaan sitä varten jätetystä laatikosta. Kaikki osallistujat olivat siis vapaaehtoisia ja ilmoittautuivat itse mukaan kehittämishankkeeseen.

Ryhmäkeskustelu järjestettiin kehittämisen kohteena olevassa sairaalassa tarkoitusta varten varatussa kokoustilassa 15.9.2017 klo 13-15. Vaihtoehtoisena osallistumismenetelmänä toimi verkkokeskustelu ajalla 1-17.9.2017 tätä varten erikseen perustetulla keskustelufoorumilla.

Varsinaiseen keskustelutilaisuuteen osallistui kaksi sairaanhoitajaa ja yksi potilastyötä tekevä apulaisosastonhoitaja. Verkkokeskustelualustalle

kirjautui sen avoinna oloaikana yhteensä 12 henkilökunnan jäsentä. Koska tunnukset olivat anonymisoituja, ei tietoa siitä, mitä ammattiryhmiä nämä osallistujat edustivat ole käytettävissä. Yhteensä kehittämistyön keskusteluun osallistui siis 15 henkilöä, mikä on noin yksi kolmasosa kehittämisen kohteena olleen yksikön henkilökunnasta. Opinnäytetyön tekijä oli läsnä fokusryhmäkeskustelussa toimien sen moderaattorina, mutta ei siis itse osallistunut varsinaiseen keskusteluun. Keskustelun teemat esitettiin osallistujille PowerPoint -esityksenä laaditun rungon (liite 6) avulla ja kutakin teemaa varten oli varattu 15 minuuttia keskusteluaikaa. Ajankäytöllisesti keskustelu eteni kuitenkin tarpeen mukaan, eli osaan teemoista käytettiin suunniteltua enemmän ja osaan vähemmän aikaa.

Fokusryhmäkeskustelu videoitiin ja materiaalia kertyi yhteensä 76 min 24 sekuntia. Tämä aineisto litteroitiin viikon sisällä keskustelutilaisuudesta ja tekstimuotoista aineistoa syntyi yhteensä yhdeksän sivua rivivälillä yksi kirjoitettuna. Verkkokeskustelusta saatiin sen päättymisen jälkeen valmiiksi tekstimuotoista aineistoa. Kun tämä siirrettiin fokusryhmäkeskustelusta litteroidun aineiston kanssa identtiseen asiakirjapohjaan, saatiin aineistoa seitsemän sivua rivivälillä yksi kirjoitettuna. Yhteensä litteroitua aineistoa verkkokeskustelusta kertynyt materiaali mukaan lukien kertyi 16 sivua.

Hirsijärven ym. (2009, 222) mukaan aineiston litteroinnin tarkkuudelle ei ole selvää ohjeistusta, vaan sen tulisi pohjautua analyysin tarpeisiin. Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa fokusryhmäkeskustelut litteroitiin sanasta sanaan jättäen puhtaaksikirjoituksen ulkopuolelle kuitenkin äännähdykset, äänenpainot, merkityksettömät täytesanat (esimerkiksi *"tota noin"*, *"niinku"*) sekä osallistujan puhetyylin mukaiset toistot (esimerkiksi *"niin, niin"*, *"potilaan, potilaan"*). Litterointi tehtiin koko aineistosta, mutta se järjestettiin jo puhtaaksikirjoitusvaiheessa vastaamaan havainnoinnista esiin nousseita teemoja.

Neljäs sykli eli varsinaisen toimintamallin kehittäminen alkoi lokakuussa 2017. Havainnoinnin ja keskustelujen tuloksia esiteltiin kohteena olevan päivystyspoliklinikan kehittämispäivässä 16.11.2017. Kehittämispäivään osallistui päivystyspoliklinikan henkilökunnan lisäksi edustajia sairaalan

muista yksiköistä ja sairaanhoitoalueen jäsenkunnista. Päivän osallistujat kokivat suurimpana puutteena kiireellisyysluokituksen käytössä ja kirjaamisessa esiintyvät ongelmat.

9 HAVAINNOINNIN JA KESKUSTELUIDEN TULOKSET

Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen tarkoituksena oli yhdenmukaistaa potilaan vastaanottoon liittyvää toimintaa sekä hoidon tarpeen arvion tekemistä ja tätä kautta tukea potilasturvallisuutta ja koko päivystysprosessin sujuvuutta. Konkreettisenä tavoitteena oli luoda yhtenäinen uudistettu toimintamalli päivystyspotilaan vastaanottoon ja hoidon tarpeen arviointiin kehittämiskohteena olevan sairaalan päivystyksessä.

Kehittämishankkeen eteneminen oli toimintatutkimukselle luonteenomaista, eli se eteni vaiheittain useassa syklissä. Ensimmäisessä syklissä keskityttiin kehittämishankkeen suunnitteluun vaadittavine lupineen ja sopimuksineen. Toiseen sykliin liittyvän tiedonkeruun tarkoituksena oli saavuttaa sellaista tietoa päivystyspotilaan vastaanottotilanteen nykytilasta, jota voitiin käyttää hyväksi suunniteltaessa kolmannen syklin tiedonkeruuta. Kolmannen syklin tiedonkeruussa pyrittiin saavuttamaan päivystyspotilaan uuden vastaanottomallin kehittämisessä tarvittavaa uutta tietoa. Tulososassa esitellään ensin toisen syklin aikana kerätyt havainnoinnin tulokset johtopäätöksineen. Näiden jälkeen siirrytään rinnakkaisina tiedonkeruumenetelminä toimineista fokusryhmä- ja onlinekeskusteluista saatujen tulosten kuvaukseen ja yhteenvetoon.

9.1 Havainnoinnin tulokset

Havainnointiaikana saapuneista potilaista 77,9% (n=81) tuli itse päivystykseen ja 22,1% (n=23) tuotiin ensihoidon toimesta. Näiden potilaiden hoidon tarpeen arvion tekemisessä oli merkittävä ero, sillä yhtä potilaan luona tapahtunutta arviointia lukuun ottamatta kaikkien ensihoidon tuomien potilaiden hoidon tarpeen arviointi suoritettiin tapaamatta potilasta ensihoitokertomuksen / ensihoitajan antaman raportin perusteella, kun taas itse tulleet potilaat tapasivat aina hoidon tarpeen arvion suorittavan sairaanhoitajan siihen varatussa tilassa. Itse tulevien potilaiden osalta hoidon tarpeen arviointi oli tehty etukäteen puhelimitse 18 tapauksessa,

mutta sitä ei pystytty ilmoittautumistilanteessa hyödyntämään, sillä yhdessäkään tapauksessa arviota ei oltu kirjattu ohjeen mukaisesti potilastietojärjestelmään.

Potilas tunnistettiin päivystykseen saapuessa pääosin esitetyn kelakortin perusteella (56,7%, n=59). 32 potilaan osalta (30,7%) tunnistamista ei tehty mitenkään, eli käytännössä potilas esimerkiksi luetteli oman henkilötunnuksensa ja seitsemässä tapauksessa (6,7%) tunnistamiseen käytettiin jotain muuta tapaa, esimerkiksi potilaan toisesta terveydenhuollon yksiköstä saamaa lähetettä tai lapsipotilailla mukana ollutta huoltajaa. Ainoastaan kuusi potilasta (5,8%) tunnistettiin kuvallisen henkilötodistuksen (passi, ajokortti) avulla. Kaikki ensihoidon tuomat potilaat tunnistettiin potilasta näkemättä ensihoitokertomuksen perusteella – kuitenkin kaikille ensihoidon tuomille potilaille asetettiin tunnisteranneke joko päivystyksen henkilökunnan (n=2) tai ensihoidon henkilökunnan (n=21) toimesta. Rannekkeen tulostamisesta vastasi aina hoidon tarpeen arvion tehnyt sairaanhoitaja. Itse tulevista potilaista tunnisteranneke kiinnitettiin vain 17 potilaalle eli 20,9% potilaista.

Potilaan henkilötiedot, sisältäen nimen ja henkilötunnuksen lisäksi osoite-, -puhelinnumerotiedot sekä tiedot yhteyshenkilöistä tarkistettiin 70,2% tapauksissa (n=73) ja näistä 83,6%:ssa (n=61) tieto tarkistuksesta suorittamisesta kirjattiin potilastietojärjestelmään. 31 yhdellä potilaalla (29,8%) henkilötietoja ei tarkistettu lainkaan. Henkilötietojen tarkistamista kommentoitiin mm. niin, että sen koettiin kuuluvan sihteerin, ei sairaanhoitajan työnkuvaan.

Havainnoinnissa haettiin myös vastausta siihen, mitä muita kuin havainnointilomakkeen suoraan mittaavia tehtäviä ilmoittautumistilanteeseen sisältyy. Yleisin (n=24) tehtävä oli laboratoriotutkimusten tilaaminen potilaalle. Tämän lisäksi kerran suoritettiin jäännösvirtsan tilavuuden määrittäminen ultraäänellä ja tämän yhteydessä virtsarakon katetrointi, sekä kerran haavanhoito aiemmin tehdyn suunnitelman mukaisesti.

Kun tarkasteltiin kaikkia 104 havainnointitapahtumaa, todettiin, että tukena hoidon tarpeen arvion tekemisessä käytettiin kirjallista materiaalia ainoastaan kolmessa tapauksessa. Varsinaista kirjallista triage-ohjeistusta ei käytetty kertaakaan. Lääkäreitä konsultoitiin yhteensä 15 kertaa ja lääkäri oli läsnä ilmoittautumistapahtumassa kuusi kertaa.

Havainnointilomakkeeseen otettiin tarkoituksella mukaan myös yksikössä käyttöön ohjeistettu ICPC-2 -koodien syöttäminen potilastietojärjestelmään. Havainnointiaikana yhdellekään potilaalle ei ilmoittautumistapahtuman aikana syötetty ICPC-2 -koodia.

Hoidon tarpeen arvio perustui erilaisiin mittauksiin tai havaintoihin potilaan vitaalielintoiminnoista 64 tapauksessa (79%) itse tulevien potilaiden joukossa (n=81). 17 potilaalla (21%) arvio ja sijoitus hoitolinjoille tehtiin ilman mitään mittauksia tai havaintoja. Yleisimmät mittaukset olivat kehon lämpötilan mittaus (37 kertaa), sykkeen mittaaminen (23 kertaa), valtimoveren happipitoisuuden mittaaminen sormenpäältä (22 kertaa) sekä potilaan ihon paljastaminen vammojen havainnointia varten (20 kertaa). Tärkeistä suureista hengitystiheyttä ei mitattu kertaakaan. Hoidon tarpeen kiireellisyyttä ei kirjattu potilastietojärjestelmään yhdessäkään tapauksessa, eikä tietoa kiireellisimmiksi arvioituista potilaista välitetty muun henkilökunnan tietoon.

Potilaan hoidon tarpeen arviointia ja ilmoittautumistilannetta yleensä häiritseviä tekijöitä olivat potilaiden ja omaisten yhteydenottoihin tarkoitettun puhelimen soiminen kesken tapahtuman (n=11), joka häiritsevän soittoäänien lisäksi aiheuttaa puheluikkunan aktivoitumisen tietokoneella ja keskeyttää mahdollisesti meneillään olevan kirjaamisen tai muun työtehtävät. Lisäksi häiriötä aiheuttivat muut puhelut (n=7), ylimääräinen henkilöliikenne tutkimushuoneessa (n=7) sekä työvälineiden puute (n=5). Työvälineiden puute johti neljässä tapauksessa tilanteen keskeytymiseen, kun välineitä jouduttiin noutamaan muualta, sekä yhdessä tapauksessa potilaan siirtymiseen eteenpäin ilman kyseisen osan alueen arviointia (happisaturaation mittaus)

Havainnoinnin tuloksia tarkasteltiin myös päivystyksen potilastilanteeseen suhteutettuna. Opinnäytetyön tekijä määritteli omaan kokemukseensa kyseistä yksiköstä perustuen kolme potilasmäärään perustuvaa tilakäsitettä, joista rauhallinen tarkoittaa tilannetta jossa päivystyksessä on hyvin vuodepaikkoja vapaana (yli 12 vapaata paikkaa). Normaaliksi määritetyssä tilanteessa vapaana on alle 12 mutta kuitenkin yli 2 vuodepaikkaa. Ruuhkautuneeksi tilanne määritettiin, kun vuodepaikkoja on vapaana vähemmän kuin 2 tai ylipaikat ovat käytössä.

Havainnoinneista 24% tehtiin rauhallisena aikana. 60,6% havainnoinneista osui normaaliin tilanteeseen ja ruuhkautunut päivystys oli 15,4% havainnointitapahtumista aikana.

Tarkasteltaessa päivystyksen kokonaistilanteen vaikutusta esimerkiksi hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä tehtyihin mittauksiin tai havainnointeihin voitiin todeta, että merkittävää eroa ei syntynyt, mutta sekä rauhallisessa-, että ruuhkaisessa tilanteessa mittauksia ja havainnoiteja tehtiin hieman normaalitilannetta vähemmän.

Havainnoinnin yhteydessä voitiin päätellä, että päivystyksen ilmoittautumiseen muodostuu keskimäärin yhdestä kolmeen henkilön jono. Enimmillään jonossa oli samanaikaisesti kahdeksan henkilöä. Jonolla ei havaittu olevan merkittävää vaikutusta suoritettuihin mittauksiin tai havainnointeihin.

Uuden potilaan ilmoittautuessa päivystykseen sisältää prosessi useita ei vaiheita. Havainnoimalla todettiin, että toiminta ilmoittautumistilanteessa ja hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä on kyllä keskimääräisesti samanlaista riippumatta päivystyksen potilasmäärästä tai jonotilanteesta, mutta sen eteneminen ei perustu mihinkään malliin tai kaavaan ja hoidon tarpeen arviointi ja ohjaus hoitolinjoille perustuu (kirjallisen) ohjeistuksen sijaan enneminkin vuorossa olevan sairaanhoitajan omaan kokemukseen ja näkemyksiin. Koska yhteistä toimintamallia ei ole, etenee tilanne joka kerta hieman eri tavalla ja järjestyksessä ja näin ollen on todennäköisempää, että joku asia jää tekemättä.

Hoidon tarpeen kiireellisyyttä ei merkitä mihinkään, eikä tieto kiireellisestä potilaasta aina välity välttämättä koko henkilökunnalle. Ensihoidon potilaiden kohdalla varsinaista hoidon tarpeen arviota ei tehdä ollenkaan, vaan potilaan sijoittuminen päivystyksessä perustuu pääosin ensihoitajien itsensä tekemään arvioon potilaan terveydentilasta.

Potilaan tunnistamisessa ja henkilötietojen kirjaamisessa on selkeitä puutteita ja usein henkilöllisyyttä ei saada luotettavalla tavalla selvitettyä. Henkilötietojen tarkistaminen päivystyskäynnin yhteydessä kuuluu tehtäviin, joka tulee suorittaa jokaisen ilmoittautumistilanteen yhteydessä, mutta havainnoinnin perusteella todettiin, että se jäi suorittamatta kolmasosassa tapauksia. Tämä hankaloittaa merkittävästi esim. jatkohoidon suunnittelua, kun yhteydenotto potilaaseen esimerkiksi jälkitarkastusajan ilmoittamiseksi ei onnistu.

Potilaan päivystykseen hakeutumisen syytä ei kuvattu havainnointitilanteissa rakenteisesti ollenkaan. Ohjeistuksen mukaan tulosyyn tuli kirjata myös ICPC-2 -koodiston mukaisesti, mutta se jää tekemättä. Tämä ei suoraan vaikuta potilaan tilan arvioon tai hoitoon päivystyksessä, mutta strukturoidun tulosyytiedon syöttäminen on ainoa tapa seurata päivystyksen sisään tulevaa potilasvirtaa ja tiedon puuttuminen vaikeuttaa esim. henkilökunnan resurssointia, kun tulevista potilaista ei pystytä tekemään minkäänlaisia arvioita tai ennusteita.

Havainnoinnin tuloksista muodostettiin seuraavat teemat, jotka valikoituivat samalla ryhmäkeskustelujen ja onlineyhteisön pohjaksi:

- **Hoidon tarpeen arvio.** Tulisiko hoidon tarpeen ensiarvion tekemisen olla vakioidumpaa vai onko nykyinen tapa toimia hyvä?
- **Henkilötiedot ja potilaan tunnistaminen.** Miksi henkilötiedot jäävät tarkistamatta ja millä keinoilla asia saataisiin kuntoon?
- **Kiireellisyyden kirjaaminen.** Kiireellisyyttä ei kirjata mitenkään, miten tämä tulisi jatkossa järjestää?
- **Tulosyyn kirjaaminen.** Miten tulosyyn tulisi kirjata?

- **Häiriöt ja keskeytykset.** Mikä olisi hyvä ratkaisu häiriöttömän toiminnan takaamiseksi streamingissa?
- **Triage-ohjeistuksen käyttö.** Triage-ohjetta ei käytetä, miksi ja miten asiaa tulisi kehittää?

9.2 Ryhmäkeskustelun ja onlineyhteisön tulokset

Keskusteluiden tulokset on jaoteltu ja esitelty edellisessä kappaleessa havainnoinnin pohjalta nousseiden teemojen mukaisessa järjestyksessä. Teemat sisältävät aihepiiristä johtuen toisiinsa nähden päällekkäisyyksiä, esimerkiksi triage-ohjeistus herätti keskustelua useamman teeman kohdalla. Keskusteluissa haettiin ideoita ja ratkaisuja uuden päivystyspotilaan vastaanottomallin pohjaksi.

Hoidon tarpeen arvio

Lähes kaikki keskusteluihin osallistuneet toivat esiin jo havainnoinnissa esiin nousseen huolen siitä, että hoidon tarpeen ensiarviota tehdään ilman yhtenäistä toimintatapaa. Näin ollen arvion tekeminen on enemmän kokemusperusteista ja sitä tekevällä henkilöllä nähtiin olevan suuri vaikutus tilanteeseen.

”Se pitäis olla niin, että joko me tehdään niin, tai sit me tehdään näin, mutta täs heti tulee sitä että musta tuntuu”

”Opiskelija istunut luukulla monta vuoroa ja sanonut että mihin se perustuu, mistä sä tiedät että laitanko sä sen terkkälääkärille vai kenelle. Sen vaan tietää.”

”Osasy on siinä osaa rupee laiskottamaan ja sitten heitetään vaan randomina johonkin”

Hoidon tarpeen kiireellisyyden kirjaamisesta käytiin aktiivista keskustelua. Pääosin osallistujat pitivät tärkeänä sitä, että hoidon tarpeen kiireellisyys tulisi kirjata kaikille. Näkökulmia saatiin sekä streamingissa, että hoitoalueillakin työskentelevältä henkilökunnalta.

”Tarkkailussa kun työskentelee ja potilaista ei tule aina raporttia niin olisi hyvä jos listassa jo lukisi kiireellisyys, tietäisi sitten kenen luokse menee ensin jos tulee useita

samaan aikaan.”

”...tulis ihan selkeesti että mihin triageluokkaan ne kuuluu – ne pitäis olla munkin mielestä”

”Siihen tulosityn eteen se kiireellisyys – pitäis alkaa tekemään. Se missä ennen laitettiin siihen paperin yläreunaan, niin pitäis vaan alkaa tekemään.”

Yksi osallistuja kyseenalaisti koko arvion tekemisen merkityksen, ollen sitä mieltä, että se ei kuitenkaan ohjaa toimintaa päivystyksessä.

”Onko oikeasti väliä, lääkärit hoitaa kuitenkin potilaita omassa järjestyksessään”

Esteinä yhtenäisen toiminnan taustalla nähtiin usein ohjeistukseen ja sen noudattamiseen liittyvät asiat. Ohjeistusta toivottiin yksinkertaisemmaksi ja lyhyemmäksi, mutta todettiin myös, että toimiakseen kaikkien tulisi noudattaa olemassa olevia ohjeistuksia.

”Selkeä ohje tarvitaan ainakin, että kaikki tekevät samalla tavalla. Päivystyksessähän hoidon tulisi pohjautua nimenomaan tähän hoidon tarpeen arvioon”

”Triageohjeet pitäis käydä uudestaan läpi ja niitä pitäis ehkä vähän lyhentää”

”Nykyinen triageohje on vanha ja hankala käyttää.”

”Toki pohjalla on ohjeistus, mutta sitä sävelletään monesti”

Kun kaikkia teeman alaisia tuloksia tarkasteltiin, saatiin abstrahoinnin kautta esiin kolme yläkategoriaa, jotka olivat triage, ohjeet ja toiminnan vakiointi. Näistä muodostui yhdistäväksi kategoriaksi vakioidut toimintaohjeet.

Henkilötiedot ja potilaan tunnistaminen

Syitä henkilötietojen tarkastamatta jättämiselle löytyi useita. Tilannetta pidettiin hankalana niin potilaan kuin hoitohenkilökunnankin kannalta. Potilaan tunnistamista esimerkiksi passin tai muun virallisen henkilöllisyystodistuksen avulla ei pidetty tarpeellisena.

"...ei ihmiset jaksaa aina kiinnostua omista tiedoistaan, "ei niihin ole tullut muutoksia", "kai se jotenkin sinne päin oli", "kuulosti tutulta". Tulossyn hoito vaan kiinnostaa."

"Jos potilas on sairaan kipee, niin sitä ärsyttää kun kysellään"

"Kelakortilla tunnistaminen. Jos saan apteekista sillä lääkkeitä niin pitää riittää meilläkin."

Ratkaisuehdotukseksi ongelmaan ehdotettiin usein muutosta työnjaossa, eli asian siirtämistä streaming-hoitajalta jollekin toiselle, jopa potilaalle itselleen.

"Voisiko ilmoittautumisen jälkeen mennä sihteerille tarkistamaan tietonsa? Sihtööri vois kiertää vuodepotilaat?"

"Oma hoitaja voi omilta potilailta tarkistaa henkilötiedot ja puh. numerot, jos huomaa, ettei niitä ole tarkistettu."

"Saisivat päivittää omat henkilötietonsa esim. kannassa"

Osa keskusteluun osallistuneista oli myös sitä mieltä, että ratkaisu asiaan löytyisi yhtenäisistä työtavoista, jolloin henkilötietojen tarkastaminen muodostuisi rutiiniksi. Tämä ei kuitenkaan saisi hidastaa kiireellistä hoitoa vaativan potilaan hoidon aloitusta.

"Kun potilas tulee, aloitetaan niistä henkilötiedoista, jos nyt ei oo jalka irti."

"Onko se sitten niin vaikeaa tarkistaa ne siinä ilmoittautuessa? Jokaiselta potilaalta esim. heti ekaks henkilötiedot auki ja sit vasta muut hommat."

Teemasta nousi esiin eri ammattilaisten työhön ja työjärjestykseen liittyviä asioita, joiden yhdistäväksi kategoriaksi muodostui työnjako.

Kiireellisyyden kirjaaminen

Keskusteluissa nousi esiin yhtä mielistä mieltä lukuun ottamatta osallistujien yhtenäinen kanta siitä, että kiireellisyysluokituksen kirjaamisessa on tällä hetkellä puutteita, mutta se tulisi ehdottomasti kirjata kaikille potilaille.

"...haluaisin nähdä jostain sen kiireellisyyden, tarkkailuun"

voi tulla samaan aikaan useita potilaita...”

”Pitää merkitä johonkin”

Kiireellisyuden kirjaamisen todettiin helpottavan kaikkien työtä ja sen käyttöä haluttiin laajentaa myös päivystystä tukeviin yksiköihin, esimerkiksi kuvantamispalveluihin ja laboratorioon, jotta kiireellisen potilaan hoito olisi mahdollisimman sujuvaa hoidon kaikissa vaiheissa.

”Pitäisi ulottua myös siihen, kun potilas etenee meillä, niin labran ja röntgeninkin pitäis tietää että potilas on kiireellisempi.”

Pelkän kiireellisyuden kirjaamisen lisäksi myös kommunikaation merkitystä korostettiin erityisesti huonokuntoisten potilaiden kohdalla. Kaivattiin yksinkertaista toimintamallia, jolla tieto potilaasta saataisiin nopeasti henkilökunnan käyttöön. Ratkaisuksi ehdotettiin muun muassa Virve- (viranomaisverkko) radiokutsun käyttöä henkilökunnan tavoitettavuuden parantamiseksi.

”Joskus, kun streaming hoitajan sinulla on käsissäsi huonokuntoinen potilas...ensin haet hoitajan...sitten etsit lääkärin...sitten haet taas sen hoitajan...Pitäisi saada sujuvampi tapa. Virve-radiota voisi hyödyntää”

Teemaa kuvaavaksi yhdistäväksi kategoriaksi muodostui kiireellisyuden kirjaaminen.

Tulosyyn kirjaaminen

Suurin osa osallistujia oli sitä mieltä, että tulosyyn tulisi kirjata potilaan terveysongelmaa kuvaavana vapaamuotoisena tekstinä. Diagnoosien käyttöä potilaan tulosyynä pidettiin epätarkoituksenmukaisena ja hoitajan työhön muutenkin kuulumattomana.

”Minä sairaanhoitajana en tee diagnoosia, niin en voi myöskään laittaa sitä tulosyynksi”

”Joo sinne ei voi kirjoittaa pneumonia. Piste”

Myös epätarkkojen ilmauksien käyttöä tulisi välttää mahdollisten niiden aiheuttamien sekaannusten vuoksi.

"Nyt monesti on "oikea jalka" eihän siinä oo mitään järkeä. Mullakin on oikea jalka"

"Kyllä saa olla kuvausta yskä vastaan yskä"

Perusterveydenhuollon ICPC2 -tulosityluokituksen käyttö jakoi mielipiteitä. Toisaalta todettiin, että tilastoinnin ja vertailukelpoisen datan saamiseksi luokitusta pitäisi käyttää, mutta toisaalta sen syöttäminen järjestelmään koettiin hankalana ja missään tapauksessa sitä ei katsottu voitavan käyttää ainoana potilaan tulositytä kuvaavana kirjauksena.

"Koodilla pystyttäisiin haarukoimaan mikä olisi yleisin potilas...Kannatan koodia"

"Pikku juttu...kauhee klikki"

"Pelkkä ICPC2-koodin mukainen luokitus ei riitä. Ei välttämättä kerro potilaan kokonaisuutta."

Tässäkin teemassa korostui kuitenkin myös se, että tehtiin kirjaus millä tavalla tahansa, tulisi sen olla johdonmukaista ja yhtenäistä.

"50 ihmistä kun tekee töitä, ei voi mennä sen mukaan että kaikki tekee erilailla"

Tulosityn kirjaamista kuvaileviksi yhdistäviksi kategorioiksi muodostuivat kuvaus tulositystä, luokituksen käyttö ja vakioitu toimintamalli.

Häiriöt ja keskeytykset

Kahta osallistujaa lukuun ottamatta osallistujat olivat sitä mieltä, että streaming-alueeseen ja päivystyspotilaan vastaanottotilanteeseen kohdistuu häiriötä, joka hankaloittaa työn tekemistä. Pääasialliseksi häiriön lähteeksi koettiin keskeytykset, jotka johtuvat tilaan kesken potilaan tilan arvioinnin tulevista ihmisistä. Tämä taas johtuu huoneen epätarkoituksenmukaisesta käytöstä esimerkiksi läpikulkutilana lääkärille tai tarvikkeiden ja lääkkeiden noutopaikkana, vaikka näille toiminnoille on osoitettu omatkin tilansa.

"...kun potilas on huoneessa ilman paitaa...sieltä vaan ilmestyy pää ovesta ja sit se alkaa selittää jotain, että mun pitäis tehdä jotain...tule sanomaan sitten kun huone on tyhjä"

"Meillä ei kunnioiteta varattu-valoa. Sinne paukataan sisään, vaikka kesken toimenpiteen"

"Aulahoitaja tule hakemaan...buranaa...Minkä ihmeen takia pitää tulla huoneeseen..."

Keskeytykset koettiin häiritseviksi ja niillä todettiin olevan suoraan vaikutusta työn tekemiseen ja se koettiin potilaan kannalta huonoksi asiaksi.

"Kyllä se juttu keskeytyy siinä, jos jotain psyk ongelmaa siinä pohditaan...niin ei se kivaa oo"

"Ei se potilaallekaan oo kivaa mä niinku keskityn johonkin muuhun asiaan välissä ja sit niinku palaan siihen ja alotan sillä että niin mistä täs olikaan kysymys"

Toisaalta työpiste koettiin ajoittain yksittäisenä ja osaa osallistujista huoneessa kävijät eivät häirinneet, vaan suuremmaksi häiriön lähteeksi koettiin esimerkiksi puhelin.

"Ei haittaa kulkemiset eikä kyselyt. Puhelin häiritsee, ei ihmiset"

"Mukava vaan kun joku käy välillä katsomassa, muuten saa aika yksin kopissa kyllä olla. Puhelin punaiselle jos on potilas tulossa"

Yhdistävänä tekijänä teeman vastauksissa esiin nousi työrauhan käsite.

Triage-ohjeistuksen käyttö

Suurimmaksi yksittäiseksi syyksi triage-ohjeen käyttämättä jättämiselle nousi se, että sitä ei välttämättä koettu ollenkaan tarpeelliseksi, vaan katsottiin, että hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvio voidaan tehdä hyvin kokemukseen perustuen.

"Lähinnä maalaisjärjellä menee kyllä..."

"Triage mee kokemuksella ja sillä kuuluisalla maalaisjärjellä"

Toisaalta esiin nousi myös koulutuksen ja perehdytyksen puute.

"Ikinä ei oo kunnolla perehdytetty koko triage arvioon"

Myös itse ohje herätti keskusteltua. Se koettiin epäselväksi ja monimutkaiseksi, osa ei tiennyt mistä ajankohtainen ohjeistus on löydettävissä.

"Kaipaam selkeää ohjeistusta"

"Pitkää opasta ei ehdi / jaksaa lukea"

"Ei löydy. Eikä jaksaa edes etsiä"

Hankaluudet triageohjeistuksen käytössä aiheuttavat lisäksi ongelmia työyhteisössä, kun potilaita arvioiva hoitaja joutuu usein perustelemaan päätöksiään ilman kirjallista tukimateriaalia sekä muille hoitajille, että lääkäreille.

"Mikään ei ole koskaan hyvä kentälle...turhauttaa"

Teeman vastauksia analysoitaessa yhdistäväksi kategoriaksi muodostui ongelmat ohjeistuksessa.

9.3 Yhteenveto tuloksista

Tuloksia tarkasteltaessa voitiin todeta selvästi jo lähtötilanteen kuvauksessa esiin nousseet ongelmat ohjeistuksessa ja yhteisissä toimintatavoissa. Ohjeet koettiin monimutkaisina ja puutteellisina ja tämän lisäksi esiin nousi huoli siitä, että olemassa olevia ohjeitakaan ei eri syistä noudateta. Lisäksi kaivattiin selkeitä, yhtenäisiä toimintatapoja.

Ratkaisuehdotuksina esiin nousi ohjeiden yksinkertaistaminen ja selkeyttäminen, koko henkilökunnan sitouttaminen niiden käyttöön sekä työnjaon kehittäminen. Konkreettisina tarpeina uuteen päivystyspotilaan vastaanottomalliin nousivat kiireellisyyden kirjaaminen, potilaan tulosityn kirjaaminen sekä vapaana tekstinä että luokitteluna sekä kommunikaation parantaminen ja varmistaminen erityisesti kiireellistä hoitoa vaativien potilaiden kohdalla.

10 UUSI PÄIVYSTYSPOTILAAN VASTAANOTTOMALLI

Tulosten perusteella luotiin uusi päivystyspotilaan vastaanottomalli. Malli on pyritty suunnittelemaan mahdollisimman yksinkertaiseksi, selkeäksi ja hyödynnettäväksi myös muissa toimintaympäristöissä, mutta siihen on otettu mukaan myös kehittämisen kohteena olevaan yksikön toimintaan liittyviä tekijöitä, kuten muutoksia totuttuun työnjakoon. Näitä ovat muun muassa streaming-hoitajan työn selkiyttäminen yksinkertaistamalla tulotilanteen kirjaamista siirtämällä ICPC-2-koodin ja kiireellisyysluokituksen kirjaaminen potilastietojärjestelmään hoitajalta sihteerille.

Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen aikana laaditun toimintamallin rakenne pohjautuu Barbén ym. (2016, 1-12) katsauksessaan esittämään ohjeistukseen toimintamallin laatimisesta. Ohjeistusta varten tutkijat selvittivät eri organisaatioiden laadunhallintajärjestelmien ohjeistuksia toimintamalleista ja kuvasivat niiden pohjalta hyvän toimintamallin sisällön perusteet. Selvitystä on alun perin hyödynnetty laadittaessa toimintamalleja tartuntatautien diagnostiikkaprojektia (European research network on better diagnosis for neglected infectious diseases NDIAG) varten. NDIAG:n projektiin on myös luotu oma toimintamalli toimintamallien luomiseksi (NDIAG 2011). Myös tätä mallia on hyödynnetty tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa.

Nyt luotu päivystyspotilaan vastaanottomalli (liite 8) on kolmesivuinen. Vastaanottomallin alussa kuvataan sen tarkoitus ja siihen liittyvät toiminnot ja henkilöt sekä aiheeseen liittyvät keskeiset käsitteet. Omana osionaan mallin alussa ovat mallin käyttöön liittyvät varoitukset. Varsinainen toimintaa kuvaava osio koostuu seitsemästä kohdasta joita ovat valmistelevat toimenpiteet, hätätilapotilaan tunnistaminen, henkilötietojen tarkistaminen, ensiarvio, kiireellisyyden määrittäminen, kirjaaminen sekä potilaan hoitoon ohjaaminen ja raportointi. Näiden jälkeen on vielä kuvattu vastaanottomallin käyttöön liittyvät muut dokumentit sekä mallin muutoshistoria.

Lisäksi vastaanottomallin tueksi on laadittu dynaaminen tarkistuslista. CLSI:n (2013, 12) ohjeistuksessa todetaan, että varsinaisen toimintamallin lisäksi sen käytön tukena voidaan käyttää varsinaisesta asiakirjasta erillisenä käytettäviä listoja tai pikaohjeita. Mallin tukena toimiva tarkistuslista (liite 9) etenee loogisesti läpi uuden potilaan vastaanottoprosessin sivun ylälaidasta alkaen ja sen suunnittelussa on otettu huomioon paikalliset olosuhteet ja käytännöt.

Ensimmäinen versio vastaanottomallista esiteltiin päivystyspoliklinikan henkilöstölle osastokokouksessa 11.1.2018 ja malli otettiin käyttöön kaikkien itse saapuvien potilaiden vastaanotossa 1.2.2018 alkaen. Mallin tukena toimiva tarkistuslista on laminoitu jokaiseen työpisteeseen, jossa uusia potilaita vastaanotetaan. Lisäksi, koska tärkeä osa toimintamalliin käyttöönottoa on sen käyttökoulutus perusteluineen, on opinnäytetyön tekijä perehdyttänyt streaming-hoitajia henkilökohtaisesti uuden mallin käyttöön.

11 KEHITTÄMISHANKKEEN ARVIOINTI

Oleellisena osana tutkimusta on sen kriittinen analysointi lähtökohtien, etenemisen ja lopputuloksen osalta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tässä kappaleessa käydään läpi tutkimustyön luotettavuuteen ja eettisyyteen liittyviä näkökulmia sekä käsitellään toimintatutkimuksen prosessin arviointia.

11.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimusmetodiikkaa käsittelevässä kirjallisuudessa käytetään usein käsitteitä validiteetti, jolla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä mitata sitä mitä on ajateltukin mitata, sekä reliabiliteetti joka tarkoittaa tutkimuksen kykyä tuottaa tuloksia jotka ovat toistettavissa esim. toisen tutkimuksen toimesta. Laadullisessa tutkimuksessa nämä käsitteet ovat hieman epäselviä, sillä ne ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimuksen kaikkien vaiheiden mahdollisimman tarkka kuvaus, eli sen selittäminen miten saatuihin tuloksiin on päästy. (Hirsijärvi ym. 2009, 231-233.)

Metodologisella triangulaatiolla tarkoitetaan kahden tai useamman aineistonkeruumenetelmän yhdistämistä samassa tutkimuksessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 75). Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa kohdeyksikkö oli suhteellisen pieni ja voidaankin esittää perusteltu huoli riittävän aineiston saamisesta yksittäisellä menetelmällä. Tämän vuoksi osallistavaksi menetelmäksi fokusryhmäkeskustelujen lisäksi valittiin myös onlineyhteisö.

Tutkimusprosessin tulee olla mahdollisimman läpinäkyvä ja sitä toteutettaessa tulee pohtia, miksi kyseisen asian tutkimus on perusteltua ja saavutetaanko tavoiteltu tieto suunniteltuja aineistonkeruumenetelmiä käyttämällä. Lisäksi on tarpeen tuoda tulokset julki mahdollisimman tarkasti kuitenkin suojaten tutkittavien anonymiteettiä mahdollisimman pitkälle. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa (TENK 2013) käsittelee kattavasti tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. Tämä tutkimuksellinen kehittämishanke toteutettiin kyseisen ohjeen mukaisesti.

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. (Arene 2018) on julkaissut uudet ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä koskevat eettiset suositukset. Seuraavassa arvioidaan tätä tutkimuksellista kehittämishanketta näiden ohjeiden mukaan.

Opinnäytetyön tekijä työskenteli itse kehittämisen kohteena olevassa yksikössä koko tutkimusprosessin ajan. Tämä luo tiettyjä haasteita tutkimuksen luotettavuudelle ja sen arvioinnille. Substanssiosaamisesta oli selkeästi hyötyä esimerkiksi ensimmäisen vaiheen tiedonkeruuta varten luodun strukturoidun havainnointilomakkeen suunnittelussa.

Opinnäytetyön tekijän osuus tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa on muilta osin ollut lähinnä ohjaava ja tämä on myös pyritty kuvaamaan tässä työssä mahdollisimman selkeästi ja läpinäkyvästi. Tämän opinnäytetyöprosessin aikana ei tehty sellaisia merkittäviä päätöksiä, jotka olisivat aiheuttaneet opinnäytetyön tekijälle esteellisyyttä osallistua kehittämistyöhön.

Tätä kehittämishanketta varten opinnäytetyön tekijä on perehtynyt käsiteltävään aiheeseen ja työ on edennyt normaalin opinnäytetyöprosessin mukaan vaiheittain. Eri vaiheissa opinnäytetyön ohjaaja on varmistanut työn etenemisen ennen siirtymistä seuraavaan vaiheeseen opinnäytetyöprosessissa.

Yksi tutkimuseettikan peruseriaatteista on vapaaehtoisuus. Lisäksi tutkittaville on annettava tieto siitä, kuinka heistä tai heidän avustuksellaan kerättyä tietoa tullaan käyttämään. Myös tutkimukseen osallistuvien tunnistettavuus on pyrittävä estämään. (Kuula 2006b, 22; 99; 201.) Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa tiedonkeruutavat kohdistuivat henkilökuntaan. Tästä tiedonkeruusta informoitiin osallistujia kirjallisesti ja osallistuminen oli vapaaehtoista. Lisäksi osallistujilla oli mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen missä vaiheessa tahansa.

Aineistoon ei kerätty yksilöiviä henkilötietoja. Fokusryhmäkeskustelut videoitiin aineiston analysoinnin helpottamiseksi. Itse videon anonymisointi on teknisesti haastavaa ja siksi videoitu materiaali tuhottiin kehittämishankkeen tekijän toimesta, kun tarpeellinen aineiston käsittely saatiin suoritettua.

Kehittämisen kohteena olevan sairaala kuuluu sairaanhoitopiiriin, jonka ohjeistuksen mukaan tutkimuksellisen kehittämishankkeen toteuttaminen sairaanhoitopiirin yksikössä edellyttää aina tutkimusluvan hakemista. Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa lupa haettiin välittömästi, kun suunnitelma oli hyväksytty oppilaitoksessa. (Sairaanhoitopiiri 2015.) Koska havainnointi kohdistui tilanteisiin, joissa myös potilas oli läsnä, selvitettiin etukäteen, tarvitaanko erillistä lausuntoa eettiseltä toimikunnalta. Tätä ei katsottu tarpeelliseksi, sillä tiedonkeruu ei kuitenkaan kohdistunut millään lailla potilaisiin. Kaikki työn edellyttämät sopimukset solmittiin opinnäytetyöprosessin ohjeiden mukaisesti.

Opinnäytetyön tekijällä ei ollut ulkopuolista rahoitusta eikä muita merkittäviä sidonnaisuuksia tämän työn tekemisen aikana. Tämä opinnäytetyön raportti on julkinen asiakirja, jonka tekijänoikeudet ovat opinnäytetyön tekijällä. Asiakirja on julkaisun yhteydessä tallennettu kaikille avoimeen Theseus -julkaisujärjestelmään. Työ on tarkistettu automaattisella plagioinnintunnistusjärjestelmällä (Urkund) ennen sen julkaisua ja sen on osoitettu noudattavan hyvää tieteellistä käytäntöä.

11.2 Toimintatutkimuksen arviointi

Toimintatutkimuksen onnistumista ja luotettavuutta on vaikea arvioida minkäänlaisen numeerisen asteikon avulla. Sen sijaan toimintatutkimuksen prosessia voidaan reflektoida kriittisesti esittämällä tutkimuksen jälkeen kysymyksiä, joilla selvitetään, vastaako tehty tutkimus sille asetettuja vaatimuksia. (Waterman ym. 2001, 43-50.) Nämä kysymykset on esitetty liitteessä 10 ja tätä tutkimuksellista kehittämishanketta on arvioitu seuraavaksi niihin perustuen.

Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoite määriteltiin heti hankkeen alussa kirjatussa opinnäytetyösuunnitelmassa ja ne ovat pysyneet samana läpi koko prosessin. Aihetta voidaan pitää merkityksellisenä, sillä se vastaa todelliseen työelämästä nousseeseen tarpeeseen ja hankkeessa tuotetun uuden päivystyspotilaan vastaanottomallin oletetaan lisäävän potilasturvallisuutta päivystyksessä.

Toimintatutkimuksena toteutettu hanke jakautui toisiaan seuraaviin sykleihin ja nämä on esitetty osana tutkimuksellisen kehittämishankkeen prosessikuvausta. Lisäksi työssä on tunnistettu omina vaiheinaan ongelman kuvaus, muutoksen suunnittelu ja sen toimeenpano. Varsinaista arviointia saavutettujen tulosten vaikuttavuudesta ei tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeeseen liittyvistä aikataulullisista syistä saatu kuvattua tässä työssä, vaan vaikuttavuutta suositellaan arvioitavan erillisenä otantana kehittämistyöhön osallistuneen työyksikön toimesta.

Tähän tutkimukselliseen kehittämishankkeeseen osallistui opinnäytetyön tekijän lisäksi henkilökuntaa kehittämisen kohteena olleesta päivystyksestä. Osallistuva henkilökunta valikoitui vapaaehtoisten ilmoittautumisten perusteella. Kehittämistyössä otettiin huomioon paikalliset olosuhteet ja sen vaikutukset eri tahoihin ja toimintaan on kuvattu tässä työssä. Opinnäytetyön tekijän osallisuus ja suhde kehittämisen kohteena olevaan yksikköön on kuvattu läpinäkyvästi ja eturistiriitoja ei havaittu. On luonnollista, että opinnäytetyön tekijällä on saattanut olla vaikutusta osallistujien toimintaan, mutta tästä työhön aiheutuneiden vaikutusten määrä arvioidaan minimaaliseksi.

Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen prosessijohto oli opinnäytetyötä tekevällä opiskelijalla. Muut avainhenkilöt oppilaitoksesta ja kohteena olevasta yksiköstä on yksilöity tutkimuksellisen kehittämishankkeen yhteistyösopimuksessa. Muita kehittämishankkeeseen osallistuneita henkilöitä ei erikseen nimetty osallistujien ollessa vapaaehtoisia työyksikön jäseniä. Tutkimuksellista kehittämishanketta varten laadittiin kehittämishankesuunnitelma prosessin johtamisen tueksi.

Prosessin aikana törmättiin eettisiin kysymyksiin muun muassa siinä, tulisiko kehittämisen kohteena oleva päivystys yksilöidä työssä osittain negatiivissävytteisen kuvan antavien tulosten vuoksi. Keskusteluissa toimeksiantajan edustajan kanssa tultiin siihen tulokseen, että yksikkö kuvataan tässä työssä vain yleisellä tasolla niin, että se ei ole tunnistettavissa lukijalle. Kehittämishankkeeseen osallistujien yksityisyydestä huolehdittiin ja osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen.

Tutkimuksellisen kehittämishankkeen resurssit olivat asianmukaiset. Ulkopuolista rahoitusta ei ollut. Opinnäytetyön tekijä vastasi kaikista kustannuksista. Hankkeelle laadittiin alustava aikataulu suunnitelmavaiheessa. Aikataulun mukainen opinnäytetyön julkaisu oli ajoitettu keväälle 2018 ja tämä viivästyi vähän julkaisun ajoittuessa kesäkuun alkuun.

Käytetyt tiedonkeruumenetelmät vastasivat tutkimukselle asetettuihin tiedonkeruun tarpeisiin ja tiedon keruu, tallennusmenetelmät, kerätyn tiedon käyttö sekä tiedonkeruun tulokset on kuvattu tässä työssä. Kolmannen syklin tiedonkeruussa hyödynnettiin kahta samanaikaisesti toteutettua menetelmää tiedonsaannin varmistamiseksi. Väliaikatietao etenemisestä annettiin kehittämisen kohteena olevalle yksikölle eri vaiheiden välissä ja tästä saatu palaute otettiin huomioon kehittämistyössä. Kaikki kehittämishankkeessa kerätty tieto analysoitiin systemaattisesti ja tämä prosessi on kuvattu läpinäkyvästi tämän työn prosessiosuudessa.

Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa kerättyä tietoa hyödynnettiin suoraan uuden toimintamallin suunnittelussa. Hanke eteni joustavasti ja muutoksia alkuperäiseen suunnitelmaan tehtiin tarpeen mukaan. Nämä muutokset on esitelty lukijalle tässä työssä. Hanke on toteutettu toisiaan loogisesti seuraavissa vaiheissa ja tässä työssä kuvataan kaikki keskeiset vaiheet tuloksineen. Tulokset on pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi ja ymmärrettävästi ja keinot niiden saavuttamiseksi on kuvattu riittävän selkeästi, jotta lukijalle jää

mahdollisuus arvioida itse esimerkiksi saavutettujen tulosten luotettavuutta.

Tämän työn pohdintaosuus keskittyy tutkitun tiedon ja opinnäytetyön tekijän oman pohdinnan väliseen vuoropuheluun. Aikaisempi teoriatieto on esitetty omina kappaleinaan asianmukaisine lähdeviitteineen. Työn tavoitteen ja tarkoituksen saavuttaminen on kuvattu myös pohdintaosuudessa. Tässä yhteydessä on arvioitu myös löydösten siirrettävyyttä muihin ympäristöihin.

Ulkopuolisen lukijan arvioidessa tätä työtä tulee teoreettisen viitekehyksen lisäksi ottaa huomioon myös se, että aikaisempaa täysin vastaavaa toimintamallia ei löydy ja että tämä työ on toteutettu yhteen yksittäiseen työyksikköön sopivaksi tästä yksiköstä kerättyyn tietoon pohjautuen.

12 POHDINTA

Hoidon tarpeen ensiarvioon on kehitetty useita toimintamalleja. Nämä mallit kattavat kuitenkin nimensä mukaisesti vain hoidon tarpeen ensiarvion tekemisen. Uuden päivystyspotilaan vastaanottoon liittyy tämän arvion lisäksi muitakin suoraan potilasturvallisuuteen liittyviä tehtäviä.

Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen tulosten vertaileminen aikaisempaan tutkimukselliseen näyttöön oli haastavaa, koska kyseessä ei ensinnäkään ollut varsinainen tieteellinen tutkimus vaan ennemminkin toiminnan kehittämishanke joka sisälsi tutkimuksellisia elementtejä. Toiseksi koko päivystyspotilaan vastaanoton prosessin kattavaa mallia ei löytynyt, joten suoraa verrokkikohdetta ei ollut käytettävissä. Hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarviosta tutkimusta kuitenkin löytyy. Janhunen (2014, 44) on tarkastellut pro gradu -työssään lapsipotilaiden hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarviota. Löydösten mukaan erilaisten mittauksen suorittaminen lapsipotilaille oli riippuvaista valitusta tulosyystä ja erikoisalasta, eli systemaattista lähestymistapaa lapsipotilaan arviointiin ei ollut käytössä. Tulokset ovat siis hyvin samansuuntaisia kuin tässä kehittämishankkeessa havainnoinnista nousseet tulokset, mikä puolustaa systemaattisen mallin kehittämistä.

Lindfors-Niilola (2014, 44) on selvittänyt haastattelututkimuksella pro gradu -työssään triagehoitajina toimivien sairaanhoitajien hoidon tarpeen arvioon tekemiseen liittyviä keskeisiä tekijöitä. Työrauha eli mahdollisuus häiriöttömään työskentelyyn nähtiin hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvion luotettavuuteen vaikuttavana tekijänä. Myös tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa jatkuva häiriö koettiin ongelmana potilaan vastaanottotilanteessa.

Kommunikaatio ja sen varmistaminen nähtiin tärkeänä asiana erityisesti hätätilapotilaiden kohdalla. Tämän osalta kehittämistyön toivotaan jatkuvan tämän kehittämishankkeen jälkeen. Päivystyspoliklinikalle on hankittu uusia Virve (viranomaisradioverkko) -puhelimia ja jatkokehityshankkeena esitetään työyksikölle näitä hyödyntävän elvytys- ja

hätätilapotilaan hoitoon liittyvän viestiprotokollan kehittämistä. Lisäksi päivittäisessä kommunikaatiossa tulisi pyrkiä systemaattiseen ISBAR-mallia hyödyntävään kommunikaatioon. Huonolla kommunikaatiolla on todettu olevan vaikutuksia potilasturvallisuuteen. Bagnasco ym. (2013, 172). ovat selvityksessään potilasturvallisuutta heikentävistä tekijöistä lasten päivystyksessä todenneet, että heikot kommunikaatiotaidot lisäävät riskiä potilaaseen kohdistuviin haittatapahtumiin erityisesti siirto- tai kotiutustilanteissa. Källbergin ym. (2015, 158-159) mukaan kommunikaatioon liittyvät ongelmat ovat kolmanneksi yleisin syy hoitovirheiden taustalla päivystyspoliklinikalla.

Potilaan asianmukainen tunnistaminen hoidon joka vaiheessa on erityisen tärkeä osa turvallista hoitoa. WHO:n (2007, 1) mukaan potilaan tunnistamiseen liittyvät ongelmat on tunnistettu juurisyyksi useisiin, esimerkiksi lääkitykseen, tutkimuksiin tai toimenpiteisiin liittyvissä haittatapahtumissa. Syitä potilaan tunnistamisen epäonnistumiseen ovat selvittäneet mm. Dougherty, Sque & Crouch (2012, 1308-1309) tarkastellessaan potilaan tunnistamista liittyen suonensisäiseen lääkitykseen vuodeosastoilla. Eräänä syynä henkilötietojen kysymättä jättämiseen mainittiin hoitajien kokemus siitä, etteivät potilaat halua luetella koko ajan nimeään ja syntymäaikaansa. Tämän kaltaisia tuloksia nousi esiin tässäkin tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa.

Nyt kehitetty malli tuo systemaattisen potilaan tunnistamisen osaksi päivystyspotilaan hoitoprosessia. Sen toivotaan osaltaan lisäävän potilasturvallisuutta kehittämisen kohteena olleessa yksikössä. Potilaan tunnistamiseen liittyvissä ongelmatilanteissa pelkkä teknisen toteutuksen kuvaaminen ei aina kuitenkaan yksinään riitä varmistamaan potilasturvallisuutta. Kyse on myös työkuulttuurista ja asian tärkeyden ymmärtämisestä. Näihin ei tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen puitteissa ole syvemmin paneuduttu, mutta koska potilaan tunnistamisessa ja henkilötietojen tarkistamisessa oli kuitenkin selviä puutteita, suositellaan kehittämisen kohteena olevalle yksikölle asian käsittelemistä esimerkiksi osastotunneilla.

Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen tarkoituksena oli yhdenmukaistaa päivystyspotilaan vastaanottoon liittyvää toimintaa sekä hoidon tarpeen arvion tekemistä ja sen myötä tukea potilasturvallisuutta ja koko päivystysprosessin sujuvuutta kehittämisen kohteena olevan sairaalan päivystyksessä. Konkreettisenä tavoitteena oli luoda yhtenäinen uudistettu toimintamalli päivystyspotilaan vastaanottoon ja hoidon tarpeen arviointiin ja tämä tavoite saavutettiin tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen puitteissa.

Kehittämishankkeen tuloksena luotiin uusi päivystyspotilaan vastaanottomalli joka omalta osaltaan yhtenäistää toimintaa päivystyksellisesti alkavan prosessin alkupäässä. Malli on suoraan sovellettavissa muihin viisiportaista ABCDE -hoidon kiireellisyyden ensiarviojärjestelmää käyttäviin päivystyksiin ja pienin muutoksin myös muihin, eri järjestelmiin tukeutuviin yksiköihin. Lisäksi kehittämishankkeen myötä luotua vakioidun toimintamallin pohjaa voidaan soveltaa luotaessa muitakin yhtenäisiä käytäntöjä joko kehittämisen kohteena olleeseen tai muuhun vastaavan kaltaiseen terveydenhuollon yksikköön.

Tämän työn puitteissa toimintamallin kehittäminen päättyi mallin käyttöönottoon. Aikataulusyistä ei pystytty tekemään seuranta-arviota vastaanottomallin toimivuudesta, joten avoimeksi jää tukeeko nyt käyttöönotettu malli todellisuudessa potilasturvallisuutta tai prosessin sujuvuutta. Jatkokehityshankkeena voisi nyt kehittämisen kohteena olleessa yksikössä tehdä tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen tiedonkeruu- ja analyysimenetelmiä hyödyntävän vertailututkimuksen mallin käyttöönoton jälkeisestä tilanteesta päivystyspotilaan vastaanotossa. Näin saataisiin mitattavaa tietoa mallin vaikuttavuudesta ja sitä voitaisiin edelleen tarvittaessa jatkokehittää yksikössä.

Tämä tutkimuksellinen kehittämishanke tarkasteli päivystyspotilaan vastaanottotilannetta terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Potilaan valinnanvapauden kasvaessa, mm. tulevan soteuudistuksen myötä, on potilaan mielipiteellä jatkossa entistä suurempi painoarvo. Näin ollen voisi olla hyödyllistä selvittää vastaanottotilanteen kulkua myös

asiakaskokemuksen näkökulmasta; miten vastaanottomallia voitaisiin kehittää niin, että asiakas kokisi tapahtuman miellyttävänä ja saisi omasta mielestäänkin parasta mahdollista palvelua.

Päivystystoiminta elää jatkuvassa muutoksessa. Potilaan rooli pysyy kuitenkin melko muuttumattomana ja toiminnan keskiössä tulee tulevaisuudessakin nähdä potilaan saama turvallinen, tasalaatuinen ja oikea-aikainen hoito. Tämän toteuttamisessa vakioidut toimintamallit tuovat selkeää lisäarvoa.

LÄHTEET

ACEP American College of Emergency Physicians 2015. Definition of Emergency Service. [Viitattu 21.11.2017]. Saatavissa:

<https://www.acep.org/Clinical---Practice-Management/Definition-of-an-Emergency-Service/#sm.000jrv435rtme0m11n4162ib2m03c>

Akyar, I. 2012. Standard Operating Procedures (What Are They Good For?) Teoksessa Akyar, I (toim.) Latest Research into Quality Control. Lontoo: Intech Open.

ANA American Nurses Association 2011. ANA Recognizes Emergency Nursing as Specialty Practise. Lehdistöiedote. [Viitattu 21.11.2017].

Saatavissa:

<http://www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/MediaResources/PressReleases/2011-PR/ANA-Recognizes-Emergency-Nursing-Specialty-Practice.pdf>

Anttila, P. 2006. Ilmaisu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Hamina: Akatiimi.

Apulaisosastonhoitaja 2016. Kehittämisen kohteena olevan päivystyksen apulaisosastonhoitaja. Suullinen tiedonanto.

Arene 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisen suositukset.

Bagnasco, A., Tubino, B., Piccotti, E., Rosa, F., Aleo, G., Di Pietro, P. & Sasso, L. 2013. Identifying and Correcting Communication Failures Among Health Professionals Working in the Emergency Department. *International Emergency Nursing* 21 (3), 168-172.

Barbé, B., Verdonck, K., Mukendi, D., Lejon, V., Lilo Kalo, J-R., Alirol, E., Gillet, P., Horié, N., Ravinetto, R., Bottieau, E., Yansouni, C., Winkler, A., van Loen, H., Boelaert, M., Lutumba, P. & Jacobs, J. 2016. Standard Operating Procedures (SOPs) for Laboratories in Low-Resource Settings: Review of Guidelines and Best Practices. *PLoS Neglected Tropical Diseases* 10 (11).

Blomgren, S., Erhola, M., Kokko, S., Milen, A., Pekurinen, M., Pitkänen, N. & Reissell, E. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon päivystys Suomessa. Raportti 30/2012. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.

Blomgren, K. & Pauniahho, S-L. 2014. Terveydenhuollon tarkistuslistat. Teoksessa Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [Viitattu 10.3.2018]
Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/ptp00304/do>

Brannen, J. 2016. Mixing Methods: Qualitative and Quantitative Research. New York: Routledge.

CLSI Clinical and laboratory standards institute. 2013. Quality management system: Development and management of laboratory documents. Approved guideline – sixth edition. Pennsylvania: CLSI

Curedale, R. 2013. Interviews Observation and Focus Groups. 110 methods for user-centered design. Topanga: Design Community College Inc.

Cushieri, J., Johnson, J., Sperry, J., West, M. & Moore, E. ym. 2012. Benchmarking Outcomes in the Critically Injured Trauma Patient and the Effect of Implementing Standard Operating Procedures. *Annals of Surgery* 255 (5), 993-999.

Dougherty, L., Sque, M. & Crouch, R. 2012. Decision-making Processes Used by Nurses During Intravenous Drug Preparation and Administration. *Journal of Advanced Nursing*. 68 (6), 1302-1311.

Eduskunta 2016. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta 224/2016.

EPA United States Environmental Protection Agency 2007. Guidance for Preparing Standard Operating Procedures (SOP's). Washington: U.S.EPA

Finohta 2011. Potilaiden kiireellisyyden luokittelu ja hoitoprosessit päivystyspoliklinikalla. Arviointiseloste 2011:1.

Finto 2018. KOKO-ontologia. [Viitattu 26.3.2018] Saatavissa:
<http://finto.fi/koko/fi/?clang=fi>

FitzGerald, G., Jelinek, G., Scott, D. & Gerdtz, M. 2010. Emergency Department Triage Revisited. *Emergency Medicine Journal* 27 (2), 86-92.

Francis, R., Schmidbauer, W., Spies, C., Sörensen, M., Bubser, F. & Kerner, T. 2010. Standard Operating Procedures as a Tool to Improve Medical Documentation in Preclinical Emergency Medicine. *Emergency Medicine Journal* 27 (5), 350-354.

Ganley, L. & Gloster, AS. 2011. An Overview of Triage in the Emergency Department. *Nursing Standard* 26 (12), 49-56.

Greenwood, D. & Levin, M. 2007. Introduction to Action Research. 2nd edition. *Social Research for Social Change*. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.

Grönfors, M. 2011. Laadullisen tutkimuksen kenttätömenetelmät. Teoksessa Vilkka, S (toim.) *Laadullisen tutkimuksen kenttätömenetelmät*. Hämeenlinna: SoFia-Sosiologi-Filosofiapu Vilkka

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

Hennink, M. 2014. *Focus group discussions. Understanding qualitative research*. New York: Oxford University Press.

Heron, J. & Reason, P. 2001. *The Practice of Co-operative Inquiry: Research 'with' rather than 'on' People*. Teoksessa Reason, P. & Bradbury, H. (toim.) *Handbook of Action Research. Concise Paperback Edition*. London: Sage Publications Ltd.

Hiltunen, P. 2016. SOP:t ensihoidossa. *Finnanest* 49 (2), 96-99.

Hirshon, J. M., Risko, N., Calvello, E. J., Stewart de Ramirez, S., Narayan, M., Theodosis, C., & O'Neill, J for the Acute Care Research Collaborative at the University of Maryland Global Health Initiative. 2013. Health Systems and Services: the Role of Acute Care. Bulletin of the World Health Organization 91 (5), 386–388.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Hoitotyön tutkimussäätiö (Hotus) 2018. Yhtenäisten käytäntöjen kehittämisen malli. [Viitattu 9.3.2018] Saatavissa: <http://www.hotus.fi/hotus-fi/yhtenaisten-kaytantojen-kehittamisen-malli>

Holopainen, A., Korhonen, T., Miettinen, M., Pelkonen, M. & Perälä, M-L. 2010. Hoitotyön käytännöt yhtenäisiksi – toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. Premissi 1, 38-45.

IFEM 2016. About us. [Viitattu 21.11.2017] Saatavissa: <https://www.ifem.cc/about-us/>

Innokylä 2018. Mikä on toimintamalli? [Viitattu 5.3.2018] Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/kehittaminen/toimintamalli>

Janhunen, K. 2014. Lasten hoidon tarpeen arviointi päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Pro Gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Janhunen, K., Kvist, T. & Kankkunen, P. 2016. Lasten hoidon tarpeen arviointi päivystyspoliklinikalla. Hoitotiede 28 (3), 182-192.

Jansen, M., van Achterberg, T., Adriaansen, M., Kampshoff, C. & Mintjes-de Groot, J. 2011. Adherence to the Guideline 'Triage in Emergency Departments': a Survey of Dutch Emergency Departments. Journal of Clinical Nursing 9;20(17-18), 2458-2468.

Junttila, E. 2012. Yleistä peruselintoimintojen häiriöistä. Teoksessa Niemi-Murola, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K. & Pöyhiä, R.

Anestesiologian ja tehohoidon perusteet, 17. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Jyväskylän yliopisto 2018. Laadullisesta sisällönanalyysistä. [Viitattu 25.5.2018] Saatavissa:

<https://koppa.jyu.fi/kurssit/215677/harjoitusryhma/laadullisten-menetelmien-pienryhma/pienryhma-14-2-18.pdf>.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. Uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kantonen, J. 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö. Tampere: Tampere University Press.

Kehittämisen kohteena oleva sairaala 2014. Sairaalan päivystyksen kiireellisyysluokitus.

Kehittämisen kohteena oleva sairaala 2015. Sairaalan päivystysohje.

Kehittämisen kohteena oleva sairaala 2017. Päivystyspoliklinikan sisäinen ohjeistus.

Kehittämisen kohteena oleva sairaala 2017b. Päivystyksen sisäiset asiakirjat.

Kehittämisen kohteena oleva sairaala 2018. Päivystysapu. Yksikön sisäinen ohjeistus.

Kemmis, S., McTaggart, R. 2005. Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere. Teoksessa Denzin, N. & Lincoln, Y. The Sage Handbook of Qualitative Research. Third edition. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.

Kemmis, S., McTaggart, R. & Nixon, R. 2014. The Action Research Planner. Doing Critical Participatory Action Research. Singapore: Springer Science+Business Media.

Kiura, E., Malmström, T., Malmström, R., Mäkelä, M. & Torkki, P. 2012. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erilaiset kuin Ruotsissa. Suomen lääkärilehti 9, 699-703a.

Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi.

Koshy, E., Koshy, V. & Waterman, H. 2011. Action Research in Healthcare. Lontoo: SAGE Publications Ltd.

Kuntaliitto 2011. Terveystuon laatuopas. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Kuntaliitto 2017. ICPC-2 -Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus. [Viitattu 4.2.2018]. Saatavissa: <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/icpc-2-perusterveydenhuollon-kansainvalinen-luokitus>.

Kuula, A. 2006a. Toimintatutkimus. Luku 5.4 kokonaisuudesta KvaliMOTV -Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [viitattu 17.11.2016]. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>.

Kuula, A. 2006b. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Osuuskunta vastapaino.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1 (11), 3-12.

Källberg, A-S., Göransson, K., Florin, J., Östergren, J., Brixey, J. & Ehrenberg, A. 2015. Contributing Factors to Errors in Swedish Emergency Departments. International Emergency Nursing. 23 (2), 156-161.

Källberg, A-S., Ehrenberg, A., Florin, J., Östergren, J. & Göransson, K. 2017. Physicians' and Nurses' Perceptions of Patient Safety Risks in the Emergency Department. International Emergency Nursing. 33,14-19.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.

Lindfors-Niilola, A. 2014. Kiireettömän hoidon tarpeessa olevan potilaan ohjaus päivystyspoliklinikalla: triagehoitajien haastattelut. Pro gradu - tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Ljunggren, M., Castrén, M., Nordberg, M. & Kurland, L. 2016. The Association Between Vital Signs and Mortality in a Retrospective Cohort Study of an Unselected Emergency Department Population. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 24 (21).

Lukkarinen, T., Janhunen, H. & Harjola, V-P. 2016. Nykyaikainen päivystys. *Duodecim* 132, 2399-2403.

Mackway-Jones, K., Marsden, J. & Windle, J. 2008. *Emergency Triage*. Manchester Triage Group. Second Edition. Oxford: Blackwell publishing Ltd.

Malmström, T., Torkki, P., Valli, J. & Malmström, R. 2012. Yhteispäivystyksen työnjako – Hyvinkään päivystyksen potilasvirta-analyysi. *Suomen lääkirilehti* 5, 345-351.

Manchester Triage Group 2014. *Emergency Triage*. Third Edition. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

McNiff, J. & Whitehead, J. 2000. *Action Research in Organisations*. Lontoo: Routledge.

Muntlin, Å., Gunningberg, L. & Carlsson, M. 2006. Patients Perceptions of Quality of Care at an Emergency Department and Identification of Areas for Quality Improvement. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1045-1056.

Mäkijärvi, M. 2010. Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa – kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Tampere: Tampereen yliopisto.

Mäntyselkä, P., Miettola, J., Halinen, M., Lipponen, P., Hietakorpi, S. & Kumpusalo, E. 2003. Kuopion yhteispäivystystutkimus Kuopion yhteispäivystyksen yleislääkäripäivystyksen käyntisytyt ja konsultaatiot. *Suomen lääkirilehti* 4, 415-418.

- NDIAG European research network on better diagnosis for neglected infectious diseases 2011. How to write standard operating procedures. (SOPs). [Viitattu 9.3.2018] Saatavissa: <http://journals.plos.org/plosntds/article/file?type=supplementary&id=info:doi/10.1371/journal.pntd.0004818.s024>.
- Nikki, L & Paavilainen, E. 2010. Läheisten hoitoon osallistuminen päivystyspoliklinikalla – kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 22 (4), 312-323.
- Nolen, J. 2009. Standard operating procedure. Artikkeliteoksessa *Encyclopaedia Britannica*. [Viitattu 6.2.2018] Saatavissa: <https://www.britannica.com/topic/standard-operating-procedure>.
- Ojaniemi, K. 2006. Toimintamallien kehittäminen terveyden edistämisen hankkeissa – ymmärrys, suunnittelu ja arviointi. Pro Gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät: uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro.
- Oksanen, T. & Tolonen, J. 2015. Peruselintoimintojen arvioiminen, ABCD. Teoksessa Mäkijärvi, M., Harjola, V-P., Päivä, H., Valli, J. & Vaula, E. *Akuuttihoito-opas*, 18. uudistettu painos, 8-11. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Oxford University Hospitals 2018. Research and Development documents. Template for creating standard operating procedures. [viitattu 18.3.2018] Saatavissa: www.ouh.nhs.uk/researchers/documents/documents/template-creating-sops.doc.
- Paakkonen, H. 2008. The Contemporary and Future Clinical Skills of Emergency Department Nurses. Experts' Perceptions Using Delphi-Technique. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion Yliopisto.
- PhpBB 2017. Free and Open Source Forum Software. [Viitattu 10.11.2017]. Saatavissa: <http://www.phpbb.com>.

Pousi, J. 2012. Hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvion kehittäminen Haartmanin sairaalan yhteispäivystyksessä. YAMK-opinnäytetyö. Otaniemi: Laurea-ammattikorkeakoulu.

Qureshi, N.A, 2010. Triage Systems: a Review of the Literature with Reference to Saudi Arabia. Eastern Mediterranean Health Journal. 16 (6), 690-698.

Raevaara, L. 2016. Ohjeita asiakkaille – tilannetajua ja lukijan huomioimista. Virallinen Lehti 10/2016. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Roller, M. & Lavrakas, P. 2015. Applied Qualitative Research Design. A Total Quality Framework Approach. New York: The Guilford Press.

Rognas, L., Hansen, T., Kirkegaard, H. & Tonnesen, E. 2013. Standard Operating Procedure Changed Pre-hospital Critical Care Anaesthesiologists' Behavior: a Quality Control Study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation & Emergency Medicine 21, 84-91.

Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [viitattu 26.2.2016]. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.

Sairaanhoitopiiri 2015. Johtajaylilääkärin ohje 2/2015. Tutkimuslupa.

Sairaanhoitopiiri 2016. Tilinpäätös ja toimintakertomus 2015.

Sherren, P., Tricklebank, S. & Glover, G. 2014. Development of a Standard Operating Procedure and Checklist for Rapid Sequence Induction in the Critically Ill. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation & Emergency Medicine 2014, 22:41.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014. [viitattu 16.11.2016] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140782>

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2010. Päivystyshoidon perusteiden valtakunnallisten kriteerien laatimisen ohjausryhmä. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Strann, P., Rantanen, A. & Suominen, T. 2015. Päivystyspoliklinikan työpaikkakulttuuri hoitotyön lähiesimiesten kuvaamana. *Hoitotiede* 27 (1), 53-63.

Stringer, E. 2007. *Action Research*. Third edition. Los Angeles: SAGE Publications Inc.

Subbe, C. 2007. Recognition and Assessment of Critical Illness. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine* 8 (1), 21-23.

Syväoja, P. & Äijälä, O. 2009. *Hoidon tarpeen arviointi*. Helsinki: Tammi.

TENK 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

Terveysturvalaki 1326/2010.

Troels, T., Krarup, N., Grove, E., Rohde, C. & Løfgren, B. 2012. Initial Assessment and Treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) Approach. *International Journal of General Medicine* 5, 117-121.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuunainen, E., Palomäki, A. & Castrén, M. 2016. Näyttöön perustuva akuuttilääketiede. *Duodecim* 132, 2381-2383.

Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä (583/2017). [Viitattu 19.11.2017].

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170583>.

Valtonen, A. 2005. Ryhmäkeskustelut – millainen metodi? Teoksessa Ruusuvoori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

Valvira 2014. Hoidon tarpeen arviointi. [Viitattu 7.2.2018] Saatavissa:

http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi.

Verne 2018. Tiedon analysointi. [Viitattu 25.5.2018] Saatavissa:

<http://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/tiedon-analysointi/>

Vilkka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet.

Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Waterman, H., Tillen, D., Dickson, R. & de Koning, K. Action Research: a Systematic Review and Guidance for Assessment. Health Technology Assessment 5 (23), 3-157.

WHO 2007. Patient Identification. Patient Safety Solutions, volume 1, solution 2. Geneve: WHO.

WHO 2008. Emergency medical services systems in the European Union. Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization. Kööpenhamina: WHO.

WHO 2017. Patient Safety. Making Health Care Safer. Geneve: WHO.

Yli-Villamo, R. 2008. Potilasturvallisuus päivystyspoliklinikalla sairaanhoitajien kokemana. Pro Gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, hoitotieteen laitos.

LIITTEET

Liite 1: Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja abstrahoinnista

Liite 2: Tutkimuksellisen kehittämishankkeen yhteistyösopimus

Liite 3: Tutkimuslupa

Liite 4: Havainnointilomake

Liite 5: Infokirje hankkeeseen osallistuville

Liite 6: Fokusryhmäkeskusteluiden runko

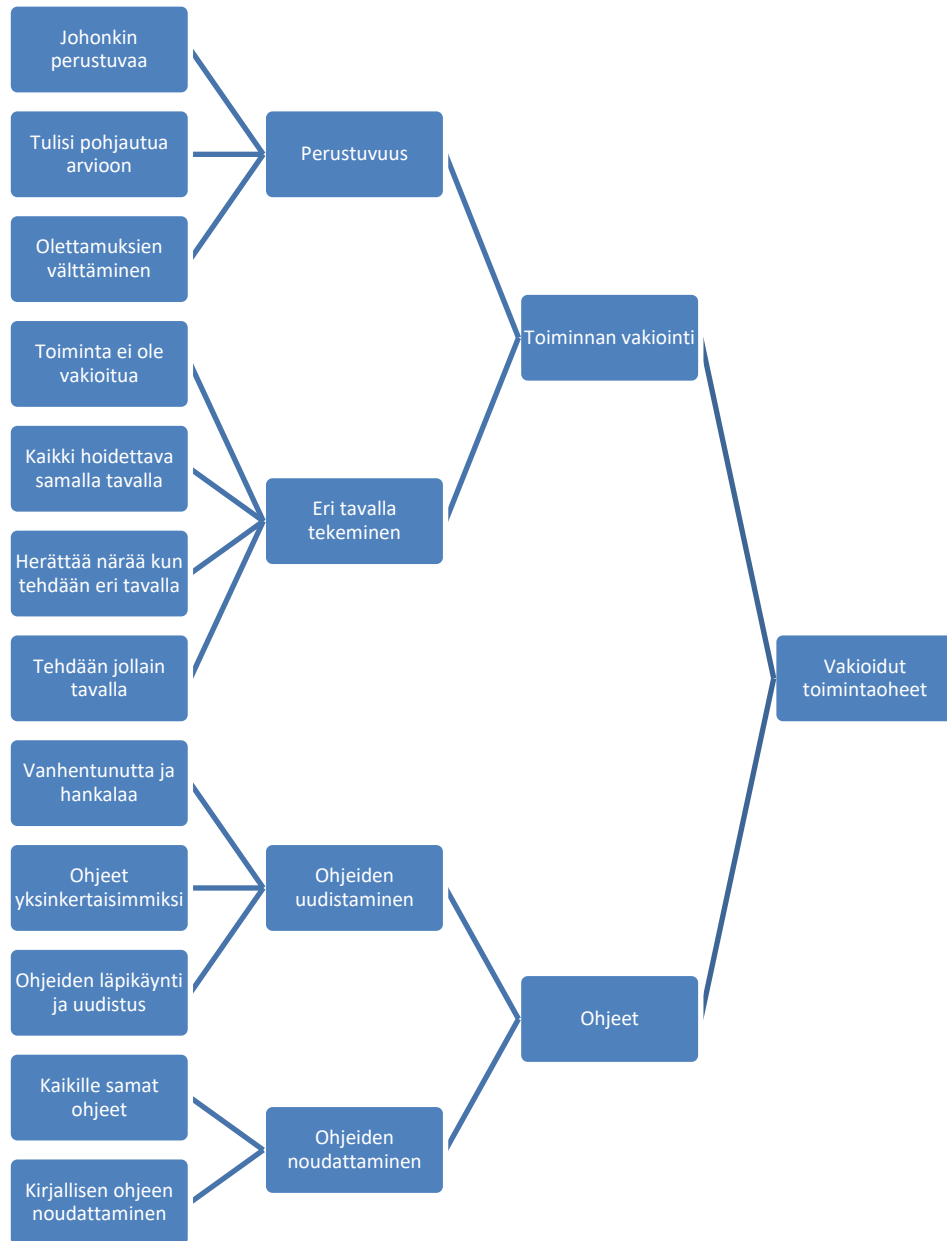
Liite 7: Tutkimuksellisen kehittämishankkeen aikataulu

Liite 8: Päivystyspotilaan vastaanottomalli

Liite 9: Vastaanottomallin pikaohje

Liite 10: Toimintatutkimuksen arviointi

Liite 1: Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja abstrahoinnista



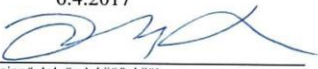

Liite 2: Tutkimuksellisen kehittämishankkeen yhteistyösopimus

LAMK

TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISHANKKEEN YHTEISTYÖSOPIMUS

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

TOIMEKSIANTAJA	
Toimeksiantaja	■■■■■■ sairaala
Toimeksiantajan yhteyshenkilö	Vs. Ylihoitaja ■■■■■■
Lähiosoite	■■■■■■
Postinumero ja -toimipaikka	■■■■■■
Toimeksiantajan kotikunta, jossa kehittämistehtävä toteutetaan	■■■■■
Puhelin	■■■■■■
Sähköposti	■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■
KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTTAJA	
Hankkeen toteuttaja	Heikki Tuomisto
Lähiosoite	■■■■■■
Postinumero ja -toimipaikka	■■■■■■
Puhelin	■■■■■■
Sähköposti	Heikki.p.tuomisto@student.lamk.fi
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysalan digitalisaatio ja liiketoimintaosaaminen
Ohjaava opettaja/opettajat	Eveliina Kivinen
Puhelin	■■■■■■
Sähköposti	eveliina.kivinen@lamk.fi
Kehittämistehtävän aihealue	Päivystyspotilaan yhtenäisen vastaanottomallin kehittäminen
SOPIMUS	
<input type="checkbox"/> Työn kustannuksista ja tekijänoikeuksista on sovittu erikseen <input type="checkbox"/> Opinnäytetyösuunnitelma on tämän sopimuksen liitteen	
<p>Työn kustannuksista ja tekijänoikeuksista sekä tutkimuksen aikataulusta ja tarkemmasta työn kuvauksesta voidaan liittää selvitykset tämän sopimuksen liitteeksi.</p> <p>Liitteitä yhteensä _____ sivua.</p> <input type="checkbox"/> Toimeksiantajan tietoja ei saa tallentaa oppilaitoksen yritysrekisteriin.	
ALLEKIRJOITUKSET	
Päiväys	Toimeksiantaja
27/1 2017	Ulla ■■■■■■
	Hankkeen toteuttaja
	■■■■■■ ■■■■■■ Heikki Tuomisto

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input checked="" type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä n. 40 hlöä
Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input checked="" type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input checked="" type="checkbox"/> Muu, mikä? Fokusryhmäkeskustelu / Online yhteistyötahot		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset <input checked="" type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin Päivystys <input type="checkbox"/> Ei välitöntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys 6.4.2017 		Päiväys 11.4.2017 
Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvitys Heikki Tuomisto		vastuuhenkilö nimenselvitys
Opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelija Päiväys		Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja Päiväys
Opinnäytetyön tutkimusluvan valmistelija nimenselvitys		Opinnäytetyön tutkimusluvan puoltaja nimenselvitys

Hakemukseen on liitetty seuraavat liitteet

Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selostus opinnäytetyön suorittamisesta
- Tutkimussuunnitelman tiivistelmä
- Aineiston keruulomake
- Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

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

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 2/2015, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS	Lomakepäätöksen numero ___/201___
	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että _____ _____
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *) _____ _____
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä _____
	Tutkimusluvan alkamispäivä _____ Tutkimusluvan päättymispäivä _____
Paiväys 25.4.2017, _____	
Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvitys _____	

Liite 4: Havainnointilomake

Havainnointilomake

Päivystyspotilaan vastaanottotilanne

Ennakkotiedot					
Pvm:	Klo:	Tulotapa: <input type="checkbox"/> Itse <input type="checkbox"/> Ensihoito <input type="checkbox"/> Sisäinen	Lähete: <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Aikuinen <input type="checkbox"/> Lapsi	Ensihoidon kiireellisyys
Tilanteeseen vaikuttavat tekijät					
Hoitajia vuorossa (streaming)	Potilaita jonossa	Ennakoarvio tehty puhelimitse <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Puhelu kirjattu potilastietoihin <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	Päivystyksen kokonaistilanne <input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Rauhallinen <input type="checkbox"/> Ruuhkautunut	Muut
Muut tehtävät					
Potilas tunnistettu <input type="checkbox"/> Passi / ajokortti <input type="checkbox"/> Kelakortti <input type="checkbox"/> Muu <input type="checkbox"/> Ei luotettavaa	Henkilötiedot tarkistettu <input type="checkbox"/> Kyllä, kirjattu <input type="checkbox"/> Kyllä, ei kirjattu <input type="checkbox"/> Ei	Tunnisteranneke <input type="checkbox"/> Asetettu <input type="checkbox"/> Välitetty (esim. Ensihoidolle) <input type="checkbox"/> Ei tulostettu	Vakuutus- ym. paperit <input type="checkbox"/> Käsitelty itse <input type="checkbox"/> Ohjattu sihteerille	Muut tehtävät	
Hoidon tarpeen ensiarvio					
Paikka <input type="checkbox"/> Vo-huone <input type="checkbox"/> Potilaan luona <input type="checkbox"/> Asiakirjojen/ raportin perust. (pot. ei läsnä)	Lääkäri <input type="checkbox"/> Ei tarvetta <input type="checkbox"/> Konsultoitu <input type="checkbox"/> Läsnä	Potilaalle kirjattu tulosyy <input type="checkbox"/> Tulosyy ensihoitokertomuksesta tai lähetteestä	ICPC2 <input type="checkbox"/> Kirjattu		
Suureet / havainnot (todettu ja kirjattu)			Huomioita		
A	<input type="checkbox"/> Ilmatie				
B	<input type="checkbox"/> HF <input type="checkbox"/> Hengitysäänät <input type="checkbox"/> Spo2				
C	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> RR <input type="checkbox"/> Syke ranteesta <input type="checkbox"/> Iho				
D	<input type="checkbox"/> GCS <input type="checkbox"/> ASOR				
E	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> karkea neuro <input type="checkbox"/> paljastaminen, vammat <input type="checkbox"/> gluk <input type="checkbox"/> pika-crp <input type="checkbox"/> alkometri				
M	Muut arvioon vaikuttavat tekijät huomioitu <input type="checkbox"/> Sairaudet <input type="checkbox"/> Lääkitys <input type="checkbox"/> Apuvälineet <input type="checkbox"/> Sos.tilanne <input type="checkbox"/> Riskitiedot				
Käytetyt ohjeet / tuki			Arviota häiritsevät tekijät		
<input type="checkbox"/> Kirjallinen triage-ohjeistus <input type="checkbox"/> Muu yksikön kirjallinen ohje, mikä? <input type="checkbox"/> Terveysportti <input type="checkbox"/> Muu päätöksenteon tuki, mikä?			<input type="checkbox"/> Henkilöliikenne <input type="checkbox"/> Puhelu <input type="checkbox"/> Puhelu (OSC) <input type="checkbox"/> Virve		
			<input type="checkbox"/> Konsultin puute <input type="checkbox"/> Työvälin. puute <input type="checkbox"/> puuttuvat haettu <input type="checkbox"/> Puutteellinen ohjeistus <input type="checkbox"/> Muu:		
Hoidon kiireellisyys					
<input type="checkbox"/> Potilaalle on kirjattu kiireellisyys potilastietojärjestelmään, mihin: <input type="checkbox"/> Tieto kiireellisestä potilaasta on välitetty suullisesti, kenelle:					
Muut mahdolliset havainnot kääntöpuolella					

Liite 5: Infokirje hankkeeseen osallistuville

Hei,

Opiskelen Lahden ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa koulutuksessa. Opinnäytetyöni aiheena on päivystyspotilaan yhtenäisen vastaanottomallin kehittäminen [REDACTED] päivystykseen. Kyseessä on henkilökuntaa osallistava tutkimuksellinen kehittämishanke.

Opinnäytetyö etenee vaiheittain tämän vuoden aikana. Ensimmäisessä vaiheessa tulen keräämään tietoa toiminnan nykytilanteesta havainnoimalla, eli seuraamalla kuinka uuden potilaan vastaanottaminen päivystykseen käytännössä tapahtuu. Tämän jälkeen tulen kutsumaan henkilökuntaa osallistumaan keskustelutilaisuuksiin, joiden tarkoituksena on selvittää, millaisia muutoksia nykytilanteeseen toivotaan. Keskusteluun voi osallistua joko tulemalla paikan päälle määriteltynä ajankohtina tai vaihtoehtoisesti ottamalla osaa tätä varten perustettuun verkkokeskusteluyhteisöön.

Kehitettävän päivystyspotilaan vastaanottomallin toivon selkiyttävän toimintaa sekä osaltaan parantavan potilasturvallisuutta ja hoidon sujuvuutta päivystyksessä.

Tähän kehittämishankkeeseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tiedonkeruu tullaan toteuttamaan niin, että yksittäistä osallistujaa ei ole mahdollista jälkikäteen tunnistaa aineistosta.

Jos olet kiinnostunut osallistumaan kehitystyöhön, pyydän sinua ilmoittamaan siitä minulle joko henkilökohtaisesti tai tämän kirjeen alalaidasta löytyvien yhteystietojen kautta.

Tarkkaa aikataulua ei ole, mutta havainnoinnin ensimmäinen vaihe on tarkoitus toteuttaa huhti-toukokuun 2017 aikana ja ensimmäiset keskustelut vielä ennen kesää. Osallistujaksi ilmoittautuvia tullaan informoimaan aikataulusta mahdollisimman pian.

Terveisin,

Heikki Tuomisto
Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ylempi amk -tutkinto

heikki.tuomisto@[REDACTED]
[REDACTED]

Liite 6: Fokusryhmäkeskusteluiden runko

FOKUSRYHMÄKESKUSTELU

- TARKOITUKSENA TUNNISTAA ERI NÄKÖKULMIA KÄSITELTÄVÄÄN AIHEESEEN JA SAADA SIIHEN YMMÄRRYSTÄ OSALLISTUJEN NÄKÖKULMASTA
- KESKUSTELUN KESTO NOIN 2 TUNTIA
- KAIKKI MIELIPITEET YHTÄ TÄRKEITÄ JA SALLITTUJA
- JOKAISELLE AIHEELLE VARATTU AIKAA NOIN 15 MINUUTTIA
- KESKUSTELU VIDEOIDAAN – TALLENNE TUHOTAAN ANALYYSIN JÄLKEEN
- OPINNÄYTETYÖN TEKIJÄN ROOLI OHJAAVA

TEEMAT KESKUSTELUUN

- **HOIDON TARPEEN ARVIO**
- **HÄIRIÖT JA KESKEYTYKSET**
- **KIIREELLISYYDEN
KIRJAAMINEN**
- **TULOSYYN KIRJAAMINEN**
- **HENKILÖTIEDOT JA
POTILASRANNEKE**
- **TRIAGEOHJEET**

Liite 7: Tutkimuksellisen kehittämishankkeen aikataulu

Tutkimuksellisen kehittämishankkeen aikataulu		
	Syksy 2016	Ongelman ja aiheen määrittely
	27.1.2017	Yhteistyösopimus toimeksiantajan kanssa
	5.4.2017	Opinnäytetyösuunnitelman hyväksyminen suunnitelmaseminaarissa
	6.4.2017	Tutkimuslupa haettu
	25.4.2017	Tutkimuslupahakemus hyväksytty
	26.4.2017	Infokirje henkilökunnalle
	29.4-22.6.2017	Havainnointi
	06/2017	Havainnoinnin tulosten analyysi webropol-alustalla
	08/2017	Verkkokeskustelualustan luominen
	15.9.2017	Fokusryhmäkeskustelutilaisuus
	1-17.9.2017	Verkkokeskustelu avoinna
	15.9-22.9.2017	Keskusteluaineisto litterointi
	22.9-18.10	Keskusteluaineiston analyysi
	16.11.2017	Alustavien tulosten esittely kehittämispäivässä
	11.1.2018	Uuden toimintamallin esittely työyksikössä
	1.2.2018	Mallin käyttöönotto kaikille itse saapuville potilaille
	Kevät 2018	Opinnäytetyön raportin laatiminen
	8.6.2018	Tulosten esittely ja työn julkistaminen opinnäytetyöseminaarissa

Liite 8: Päivystyspotilaan vastaanottomalli

XXXX sairaala päivystys

VAKIOITU TOIMINTAMALLI: Päivystyspotilaan vastaanotto

Versio 1, 11.1.2018

Päivystyspotilaan vastaanotto

Vakioitu toimintamalli

Sisällysluettelo

1	TARKOITUS.....	1
2	TOIMINNOT	1
3	KÄSITTEITÄ.....	2
4	VASTUUHENKILÖT	2
5	VAROITUKSET	2
6	TARVITTAVAT VARUSTEET	2
7	TOIMENPITEET.....	2
7.1	Valmistelevat toimenpiteet.....	2
7.2	Hätätilapotilaan tunnistaminen.....	2
7.3	Henkilötietojen tarkistaminen.....	3
7.4	Ensiarvio	3
7.5	Kiireellisuuden määrittäminen.....	3
7.6	Kirjaaminen.....	3
7.7	Potilaan ohjaaminen hoitoon ja raportointi.....	3
8	LIITTEET JA MUUT DOKUMENTIT	3
9	MUUTOSHISTORIA.....	3

1 TARKOITUS

Tämä toimintamalli on tarkoitettu käytettäväksi uuden päivystyspotilaan vastaanottotilanteessa Xxxx sairaalan päivystyksessä (jäljempänä päivystys). Mallissa kuvataan uuden päivystyspotilaan vastaanottoprosessi. Päivystyspotilaan vastaanottomallin tukena käytetään päivystyksen triageohjetta ja yksikön potilastietojärjestelmien kirjaamisohjeita.

2 TOIMINNOT

Tämä malli kattaa seuraavat uuden potilaan vastaanottoon liittyvät toiminnot: Kiireellistä hoitoa vaativan potilaan tunnistaminen, potilaan tunnistaminen ja henkilötietojen tarkistus, hoidon tarpeen kiireellisuuden ensiarvio, sisäänkirjaus päivystykseen sekä alkuarvion ja tulosityiedon kirjaaminen.

3 KÄSITTEITÄ

- ABCDE arvio: potilaan systemaattinen tilanarvio käyttäen ABCDE (Ilmatie, hengitys, verenkierto, tajunta, muut löydökset) –lähestymistapaa.
- ABCDE triage: hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarvion viisiportainen järjestelmä
- Hätätilapotilas: potilas on hengenvaarassa ilman välitöntä puuttumista tilanteeseen
- ICPC-2: Käyntisyytiedon systemaattiseen kirjaamiseen käytettävä kansainvälinen luokitus
- Streaming –hoitaja: Päivystyksessä hoidon tarpeen kiireellisyyden ensiarviosta ja hoitolinjasijoituksesta vastaava sairaanhoitaja
- ISBAR: Strukturoitu potilasturvallisuutta varmistava raportointimenetelmä

4 VASTUUHENKILÖT

Tämä toimintamalli on pääosin päivystyksen streaming-hoitajan toimintaa ohjaava malli. Mallin toteuttamiseen osallistuvat myös osastonsihteerit ja päivystyksen muut hoitajat.

5 VAROITUKSET

HENGENVAARA:

Hätätilapotilaan hoidon aloitus ei saa viivästyä minkään tässä toimintamallissa kuvatun vaiheen takia. Streaming –hoitajalla tulee aina olla valmius hätätilapotilaan hoidon aloitukseen ja elvytyshälytyksen tekemiseen.

MUUT VAARATILANTEET:

Mallin noudattamatta jättäminen saattaa aiheuttaa varaa potilaan terveydelle ja hidastaa päivystysprosessin sujuvuutta.

Laiminlyönnit potilaan tunnistamisessa ja henkilötietojen tarkistamisessa aiheuttavat potilasturvallisuusriskin ja saattavat hidastaa mm. jatkohoidon suunnittelua ja toteutusta.

6 TARVITTAVAT VARUSTEET

- Tutkimuhuoneen perusvarustus (tietokone, puhelin, tutkimuhuonekärry varusteineen)

7 TOIMENPITEET

7.1 Valmistelvat toimenpiteet

- Suorita tutkimuhuoneen tarkistus tarkistuslistan mukaisesti
- Avaa tietokone ja kirjaudu tarvittaviin tietojärjestelmiin: MD-Uranus (Desktop, AVOS, Henkilötiedot), Weblab, Vuorokutsujärjestelmä.
- Varmista, että käytössäsi on tuore version päivystyksen triage –ohjeesta.
- Rauhoita työtila ja minimoi mahdolliset häiriötekijät (puhelin äänettömälle, varattu-valo yms.)
- Kutsu potilas huoneeseen vuorokutsujärjestelmän avulla

7.2 Hätätilapotilaan tunnistaminen

- Selvitä välittömän hoidon tarve – mikäli potilas on välittömässä vaarassa, TEE ELVYTYSHÄLYTYS, aloita tarvittavat toimenpiteet ja siirrä suoraan lopulliseen hoitopaikkaan.
- Hätätilapotilaan ja korkean riskin tilanteen tunnistaminen on tarkemmin kuvattu tämän toimintamallin liitteessä olevassa kaaviossa.
- Tulosta potilasranneke ja toimita se potilaalle lopulliseen hoitopaikkaan.
- Omahoitaja tarkistaa potilaan henkilötiedot, kun tilanne sallii.

7.3 Henkilötietojen tarkistaminen

- Tarkista potilaan henkilötiedot ensisijaisesti kuvallisesta henkilöllisyystodistuksesta (passi, henkilökortti, ajokortti). Mikäli näitä ei ole käytettävissä, tarkista henkilötiedot käyttämällä vähintään kahta eri menetelmää (esim. KELA-kortti ja joku sellainen tieto potilaasta, jonka vain hän voi itse tietää).
- Kirjaa tieto henkilötietojen tarkistamisesta potilastietojärjestelmään.
- Ohjaa lisäselvittelyä vaativat asiat (passikopiot, ulkomaalaisen henkilötietojen tarkistaminen) osastosihteerille.
- Tulosta ja kiinnitä potilasranneke.

7.4 Ensiarvio

- Suorita potilaalle systemaattinen ABCDE –mallin mukainen hoidon kiireellisyyden ensiarvio.
 - A Ilmatie: Onko ilmatie avoin ja turvattu? Pystyykö potilas puhumaan, kuulostaako hengitys normaalilta?
 - B hengitys: Laske hengitystaajuus. Apuhengityslihasten käyttö? Happisaturaatio?
 - C verenkierto: Ihon väri ja lämpötila, kapillaaritäyttö, syke, verenpaine.
 - D tajunnan taso: Orientoituu normaalisti, GCS. Karkea neurologinen status: raajojen liikkeet, pupillit. Huom! Verensokeri tarvittaessa.
 - E Ulkoiset löydökset: potilaan paljastaminen vammojen löytämiseksi, lämpötila.

7.5 Kiireellisyyden määrittäminen

- Määritä potilaan hoidon kiireellisyys pohjautuen esitietoihin, ensiarvioon ja voimassa olevaan triageohjeistukseen.
- Normaalia poikkeava hengitystaajuus, tajunnan tason häiriö tai sekavuus sekä korkea ikä ovat huonon ennusteen merkkejä. Harkitse näissä tapauksissa kiireellisyysluokituksen nostoa tapauskohtaisesti.

7.6 Kirjaaminen

- Kirjaa potilas sisään valitulle linjalle tietojärjestelmäohjeen mukaisesti.
- Kirjaa kiireellisyys, ICPC-2 –koodi ja avoin tulosyy.
- Osastonsihteerin siirtää ICPC-2 tiedon hoitotietoihin ja kiireellisyyden varaustyyppiä.
- Kirjoita alkuarvio potilastietojärjestelmään.
- Huolehdi tarvittavien laboratorio- (ja kuvantamis-) tutkimusten tilaamisesta.

7.7 Potilaan ohjaaminen hoitoon ja raportointi

- Ohjaa potilas lopulliseen hoitopaikkaan päivystyksessä
- Raportoi välitöntä puuttumista vaativat potilaat ISBAR-mallin mukaisesti suullisesti vastaanottavalle hoitajalle

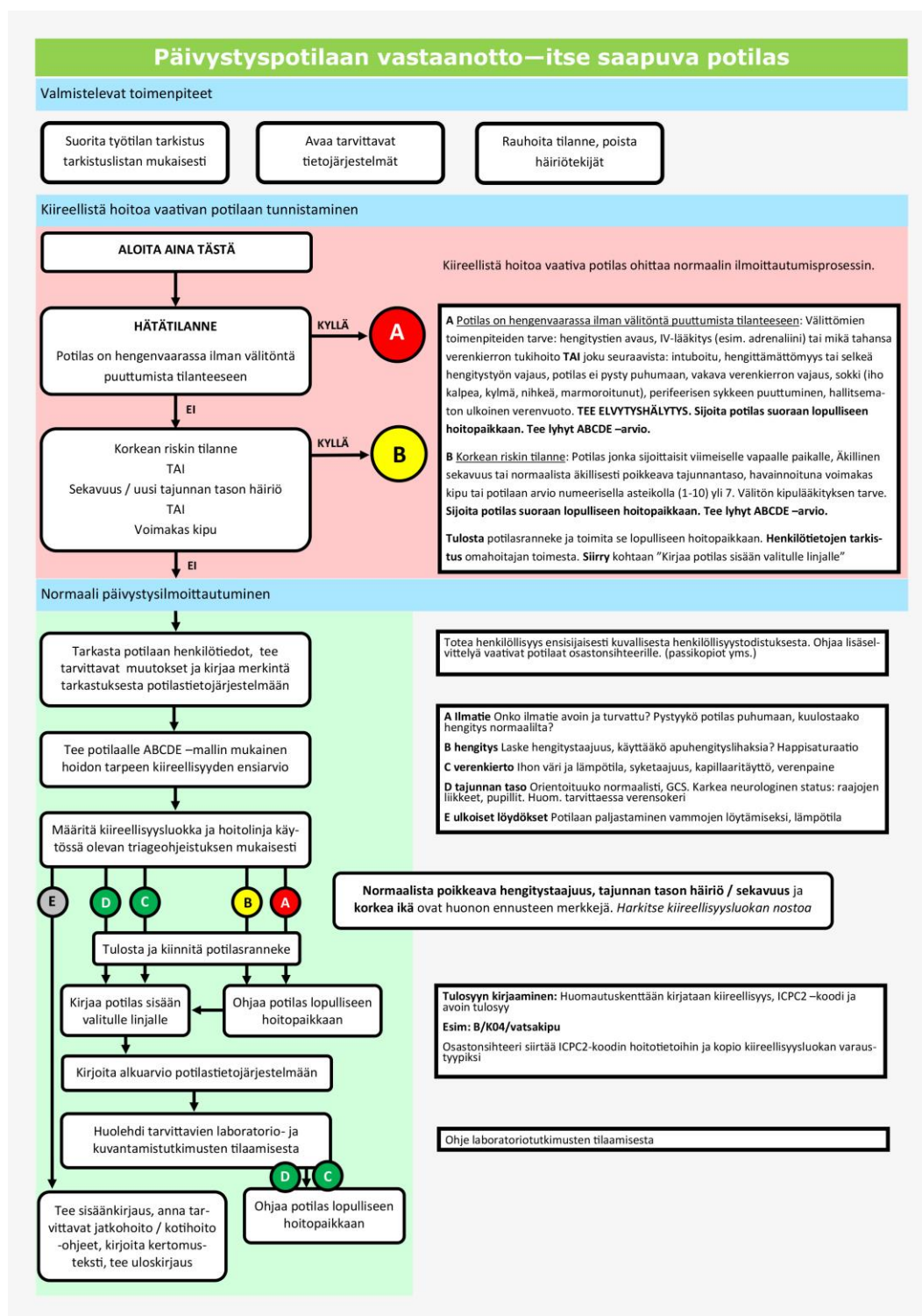
8 LIITTEET JA MUUT DOKUMENTIT

- Päivystyspotilaan vastaanotto – itse saapuva potilas, pikaohje / työkaavio
- Päivystyksen voimassa oleva triageohje
- Päivystyksen tietojärjestelmäohje

9 MUUTOSHISTORIA

- Alkuperäinen dokumentti, Versio 1, 11.1.2018

Liite 9: Vastaanottomallin pikaohje



Liite 10: Toimintatutkimuksen arviointi

Toimintatutkimuksen arviointi (Waterman, Tillen, Dickson & de Koning 2011)	
1	Onko tutkimuksen tavoitteet ja tarkoitukset määritetty tutkimuksen joka vaiheessa?
2	Oliko toimintatutkimuksen aihe merkityksellinen?
3	Määriteltiinö projektin vaiheet selkeästi?
4	Määriteltiinö ja perusteltiinö toimintatutkimukseen osallistuvat tahot ja henkilöt selkeästi?
5	Kiinnitettiinö paikallisiin olosuhteisiin huomiota muutosten toteutusten yhteydessä?
6	Huomioitiinö tutkijoiden ja osallistujien väliset suhteet riittävässä laajuudessa?
7	Johdettiinö toimintatutkimuksen prosessia tarkoituksenmukaisesti?
8	Kuinka kohdattuihin eettisiin kysymyksiin suhtauduttiin?
9	Oliko tutkimus asianmukaisesti tuettua / rahoitettua?
10	Oliko tutkimuksen aikataulus ja pituus realistinen?
11	Vastasiko käytetty tiedonkeruumenetelmä tutkimuskysymyksiin?
12	Käytettiinö keinoja tulosten täsmällisyyden varmistamiseksi?
13	Oliko tulosten analyysi tarpeeksi täsmällistä?
14	Oliko tutkimussuunnitelma joustava ja vastuullinen?
15	Onko eri vaiheiden tulokset esitetty selkeästi?
16	Käytettiinö tuotetun tiedon ja oman pohdinnan välistä vuoropuhelua?
17	Tuottiinö yhteys olemassa olevaan tietoon selkeästi esille?
18	Onko tavoitteen ja tarkoituksen saavuttamisen aste kuvattu?
19	Ovatko tutkimuksella saavutetut tulokset siirrettävissä?
20	Onko tutkimuksen tekijä tuonut esiin näkökulman jonka perusteella tutkimusta tulisi lukea tai arvioida?