



# **Päivystyksen ja osaston rajapinnassa – potilaan siirtoprosessin kehittäminen**

Jessica Björk-Keihäs

YAMK Opinnäytetyö  
Klininen asiantuntijuus  
2018

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Avancerad klinisk vård
Identifikationsnummer:	6543
Författare:	Jessica Björk-Keihäs
Arbetets namn:	På gränssytan mellan jouren och avdelningen – utveckling av överlämningsprocessen
Handledare (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Uppdragsgivare:	Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos & TYKS Sydänkeskus
<p>Sammandrag:</p> <p>Överlämningen av en patient från jouren till avdelningen är gränsöverskridande verksamhet, som anses vara en risk för patientsäkerheten. När patienten blir överlämnad, förflyttas patienten inte bara fysiskt, utan också ansvaret för patienten och hans vård överflyttas till mottagaren. Informationsförmedlingen är en viktig aktivitet i en överlämningsprocess. Arbetstagaren är en central aktör i överlämningsprocessen och enligt SEIPS 2.0-modellen influeras arbetstagaren av arbetssystemets olika komponenter. Syftet med detta arbete var att utveckla patientens överlämning mellan jouren och avdelningen genom att utreda hur man kunde bättre stödja arbetstagarens verksamhet för att uppnå en mera säker överlämningsprocess. Sjukskötare från både jouren (n=5) och avdelningen (n=5) intervjuades. Materialet analyserade med hjälp av en induktiv och deduktiv innehållsanalys, samt abduktiv slutledning. Resultaten från den induktiva ansatsen visade på att under den muntliga informationsförmedlingen användes inte den strukturerade rapporteringsmodellen regelmässigt. Jourens sjukskötare överlämnade tidvis patienter de inte hade vårdat. Avdelningens sjukskötare kontrollerade mycket av informationen de mottog från ytterligare källor. Resultaten från den deduktiva ansatsen visade på att sjukskötare från jouren hade en mera snäv syn på överlämningsprocessen än sjukskötare från avdelningen. Informationen som behandlades under överlämningsprocessen var starkt påverkad av jourens läkare. Utgående från abduktiv slutledning framkom att den muntliga informationsförmedlingen kunde gynnas av en klarare arbetsfördelning mellan läkare och sjukskötare på jouren. Implementering av evalueringskriterier för den överflyttande patienten på jouren kunde införa mera kännedom om patientens aktuella tillstånd. Som slutsats kan sägas att en mer gemensam uppfattning av patientens överlämningsprocess skulle främja teamarbetet och utvecklingen av en gemensam patientsäkerhetskultur, vilka båda är viktiga faktorer i en säker överlämningsprocess.</p>	
Nyckelord:	Patient överlämning, patientsäkerhet, SEIPS 2.0, teamarbete, patientsäkerhetskultur
Sidantal:	74
Språk:	Finska
Datum för godkännande:	23.10.2018

<b>DEGREE THESIS</b>	
Arcada	
Degree Programme:	Advanced clinical care
Identification number:	6543
Author:	Jessica Björk-Keihäs
Title:	Crossing the border between the emergency department and a hospital ward – developing the patient handover process
Supervisor (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Commissioned by:	Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos & TYKS Sydänkeskus
<p><b>Abstract:</b></p> <p>The patient handover from the emergency department (ED) to a hospital ward is a border crossing activity, which is seen as a major patient safety hazard. In addition to the patients' physical transition, the responsibility for a patients' care is transferred. Flow of information is an integral part of patient handover. The employee is the performer of the patient handover and is influenced of other components in the work system according to the SEIPS 2.0 -model. The aim of this thesis was to develop patient handover by improving the support for the employees actions in a safe patient handover process. The data for this thesis was collected by interviewing nurses from the ED (n=5) and a hospital ward (n=5). The data was analyzed by an inductive and deductive content analysis, along with abductive reasoning. Results from the inductive content analysis show that the structured communication checklist was not always followed during the verbal handover. The ED nurses provided handover for patients they had not cared for. The ward nurses often confirmed the information they received from an additional source. The results from the deductive analysis show that the nurses from the ED had a narrower overall picture of the handover process than the ward nurses. The information handled in patient handover was strongly influenced by the ED physician. The abductive reasoning indicated that clearer distribution of work in the verbal handover between ED nurses and physician could promote the handover. Implementing assessment criteria for the outgoing patient, could raise the knowledge of the current state of the patient. In conclusion it can be said that a more uniform view of the patient handover process would promote teamwork and the development of a shared patient safety culture, which are both relevant factors in developing a safe patient handover.</p>	
Keywords:	Patient handover, patient safety, SEIPS 2.0, teamwork, patient safety culture
Number of pages:	74
Language:	Finnish
Date of acceptance:	23.10.2018

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Kliininen asiantuntijuus YAMK
Tunnistenumero:	6543
Tekijä:	Jessica Björk-Keihäs
Työn nimi:	Päivystyksen ja osaston rajapinnassa - potilaan siirtoprosessin kehittäminen
Työn ohjaaja (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Toimeksiantaja:	Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos & TYKS Sydänkeskus
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Potilaan siirtyminen päivystyksestä osastolle on rajapinnan ylittävää toimintaa, joka on todettu olevan potilasturvallisuusriski. Potilaan fyysisen siirtymisen lisäksi, hoitovastuu potilaasta siirtyy terveydenhuollon ammattilaiselta toiselle. Tiedonkulku on oleellinen toiminto potilaan siirtoprosessissa. Työntekijä on keskeisessä asemassa suorittamassa potilaan siirtoprosessia ja SEIPS 2.0 -mallin mukaan työntekijän toimiin vaikuttavat työjärjestelmän eri komponentit. Tämän työn tarkoituksena oli kehittää potilaan siirtoprosessia selvittämällä, miten työntekijän toimia pystyttäisiin paremmin tukemaan turvallisen potilaan siirtoprosessin suorittamiseksi. Aineisto kerättiin haastattelemalla sairaanhoitajia päivystyksestä (n=5) ja osastolta (n=5). Aineisto analysoitiin induktiivisella ja deduktiivisellä sisällönanalyysillä sekä abduktiivisen päättelyn avulla. Induktiivisen sisällönanalyysin avulla selvisi, että sairaanhoitajien välisessä tiedonsiirtotilanteessa rakenteisen raportointimallin noudattaminen ei ollut säännönmukaista. Päivystyksen sairaanhoitajat joutuivat luovuttamaan potilaita, joita he eivät olleet hoitaneet. Osaston sairaanhoitajat tarkastivat usein vastaanottamansa tiedon vielä toisesta lähteestä. Deduktiivisen sisällönanalyysin mukaan päivystyksen sairaanhoitajalla oli kapeampi näkemys potilaan siirtoprosessista kuin osaston sairaanhoitajalla. Päivystyksen lääkärillä oli merkittävä vaikutus käsiteltävän tiedon laatuun potilaan siirtoprosessissa. Abduktiivinen päättely osoitti, että selkeämpi työnjako päivystyksen lääkärin ja sairaanhoitajan välillä suullisen tiedonsiirron yhteydessä, voisi lisätä laadukkaan tiedon siirtymistä osastolle. Lähtevän potilaan arviointikriteereiden implementointi päivystyksessä voisi tuoda enemmän tietoutta potilaan tämänhetkisestä tilasta. Johtopäätöksenä voidaan pitää, että yhteneväisempi näkemys potilaan siirtoprosessista loisi paremmat edellytykset tiimityöskentelyyn ja yhteisen potilasturvallisuuskulttuurin kehittämiseen, jotka ovat turvallisen siirtoprosessin toteuttamisen kannalta oleellisia tekijöitä.</p>	
Avainsanat:	Potilasturvallisuus, siirtoprosessi, SEIPS 2.0, tiimityöskentely, potilasturvallisuuskulttuuri
Sivumäärä:	74
Kieli:	Suomi
Hyväksymispäivämäärä:	23.10.2018

# SISÄLTÖ

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>POTILAAN SIIRTOPROSESSI</b>	<b>10</b>
2.1	Määritelmä	10
2.2	Aikaisemmat tutkimustulokset	11
2.2.1	<i>Tiedonsiirto potilaan siirtoprosessissa</i>	12
2.2.2	<i>Päivystyksen ja osaston välisen siirtoprosessin erityispiirteet</i>	13
2.2.3	<i>Potilasturvallisuutta tukevat toimintatavat potilaan siirtoprosessissa</i>	14
<b>3</b>	<b>TEOREETTINEN VIITEKEHYS</b>	<b>15</b>
3.1	Terveystieteiden tutkimusjärjestelmän luomat olosuhteet potilasturvallisuudelle	15
3.2	Turvallisuushallinta	17
<b>4</b>	<b>TUTKIMUSYMPÄRISTÖN KUVAUS</b>	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA KYSYMYKSENASETTELU</b>	<b>21</b>
<b>6</b>	<b>TUTKIMUKSEN TOTEUTUS</b>	<b>21</b>
6.1	Aineistonkeruu	22
6.2	Aineiston analysointi	23
<b>7</b>	<b>EETTISET NÄKÖKOHDAT</b>	<b>25</b>
<b>8</b>	<b>TUTKIMUSTULOKSET</b>	<b>26</b>
8.1	Tämänhetkinen potilaan siirtoprosessi	26
8.1.1	<i>Tiedonkulku päivystyksen ja osaston välillä</i>	27
8.1.2	<i>Päivystyksen sairaanhoitajan ja osaston sairaanhoitajan välinen tiedonsiirto</i>	29
8.1.3	<i>Potilaan hoitovastuun siirtyminen</i>	31
8.1.4	<i>Potilaan siirtymiseen liittyvät toimet päivystyksessä</i>	33
8.1.5	<i>Potilaan vastaanottaminen ja siihen valmistautuminen osastolla</i>	34
8.2	Potilaan siirtoprosessiin vaikuttavat systeemiset tekijät	36
8.2.1	<i>Organisatoriset tekijät</i>	37
8.2.2	<i>Tehtäviin liittyvät tekijät</i>	39
8.2.3	<i>Henkilöihin liittyvät tekijät</i>	41
8.2.4	<i>Ulkoiseen ympäristöön liittyvät tekijät</i>	44
8.2.5	<i>Työkaluihin ja teknologiaan vaikuttavat tekijät</i>	45
8.2.6	<i>Sisäiseen ympäristöön vaikuttavat tekijät</i>	45
8.3	Turvallinen potilaan siirtoprosessi	46

8.3.1	<i>Tiedonkulku</i> .....	47
8.3.2	<i>Tietolähteet</i> .....	49
8.3.3	<i>Tiedonsiirto</i> .....	50
8.3.4	<i>Muut menettelytavat siirtoprosessissa</i> .....	51
8.3.5	<i>Tietotekniset ratkaisut tukemassa turvallista potilaan siirtoprosessia</i> .....	52
<b>9</b>	<b>POHDINTA</b> .....	<b>53</b>
9.1	Tutkimustulosten suhde aikaisempiin tutkimustuloksiin .....	53
9.2	Tutkimustulosten suhde teoreettiseen viitekehykseen .....	58
9.2.1	<i>SEIPS 2.0 -malli</i> .....	58
9.2.2	<i>Tutkimustulosten suhde potilasturvallisuusteoriaan</i> .....	59
9.3	Tutkimuksen kriittinen tarkastelu .....	60
9.4	Johtopäätökset .....	63
9.4.1	<i>Keskeiset kehittämissuositukset ja jatkotutkimusaiheet</i> .....	64
	<b>LÄHTEET</b> .....	<b>66</b>
	<b>LIITE 1. Haastattelukutsu</b> .....	<b>75</b>
	<b>LIITE 2. Saatekirje</b> .....	<b>76</b>
	<b>LIITE 3. Kirjallinen suostumus</b> .....	<b>77</b>
	<b>LIITE 4. Teemahaastattelulomake</b> .....	<b>78</b>
	<b>LIITE 5. Ruotsinkielinen tiivistelmä</b> .....	<b>80</b>

## **Kuviot**

Kuvio 1. Vapaa käänös SEIPS 2.0 -mallista Holden ym, 2014 mukaan .....	19
Kuvio 2. Suullinen tiedonkulku potilaan siirtoprosessissa.....	27
Kuvio 3. Työjärjestelmän kuusi eri komponentia .....	36
Kuvio 4. Abduktiivinen päättely turvallisesta potilaan siirtoprosessista.....	47

# 1 JOHDANTO

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä koostuu muun muassa sairaaloista, osastoista ja yksiköistä, jonka avulla järjestetään terveyden- ja sairaanhoidonpalveluita. Tällainen loke- roituminen aiheuttaa rajapintoja, joita potilaat joutuvat ylittämään saadakseen tarvitse- maansa hoitoa. Potilaan siirto ja potilaan hoidon vastuun siirtyminen terveydenhuollon ammattilaiselta toiselle, on ilmiö, joka tämän vuoksi tapahtuu useasti esimerkiksi saira- lahoidon aikana. Rajapintoja ylittävässä toiminnassa hoidon jatkaminen ja vastuunotto potilaasta vaatii aina ymmärrystä potilaasta ja hänen tilanteestaan. Tämän vuoksi potilaan siirtoprosessissa oleellisin toiminto on tiedonsiirto keskeisistä potilasta koskevista tie- doista. Puutteelliset tiedot tai väärinymmärrykset ovat ihmisten välisen kommunikaation riskejä ja tapahtuessaan voivat aiheuttaa haittaa potilaalle, esimerkiksi aiheuttamalla po- tilaalle tarpeettomia tai väriä hoitotoimia sekä estämällä hoidon jatkuvuutta. (World Health Organization 2007) Potilaan siirtoprosessi on siis potilasturvallisuuden kannalta riskitoiminto, kun potilasturvallisuus määritellään potilaan saamaksi laadukkaaksi hoi- doksi, missä suojataan potilasta vahingoittumiselta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 25). Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) mukaan, Suomessa terveydenhuollon toi- minnan tulisi olla laadukasta, turvallista ja asianmukaista. Jotta lain velvoite täyttyy, täy- tyy potilasta koskevan tiedonkulun toimivuus varmistaa (Terveyden- ja hyvinvoinnin lai- tos 2011, 27).

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin työntekijät ilmoittavat potilasturvallisuutta vaaran- tavia tapahtumia HaiPro vaaratapahtumien raportointijärjestelmän kautta. HaiPro -järjes- telmä on tietotekninen työkalu potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportoin- timenettelyä varten (Awanic Oy 2016). Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitokseen (EPLL) suuntautui vaaratapahtumailmoituksia lisääntyvästi, vuonna 2014: 572 kappa- letta, vuonna 2015: 567 kappaletta ja vuonna 2016: 675 kappaletta. Ilmoituksista reilu kolmasosa joka vuosi (37,4% (2014), 42,1 % (2015) ja 43,1% (2016)) koskivat tiedon- kulkua tai tiedonhallintaa. Tämä oli EPLL:n suurin yksittäinen HaiPro -ilmoituksien ai- healue. Yksi tiedonkulun kriittisimpiä kohtia on siis hoidon rajapinnat. Päivystyksessä yksi rajapinta löytyy potilaan siirtyessä päivystyksestä osastolle. Päivystyksen toiminta- kulttuuriin kuuluu, että potilaan hoitosuhteet ovat lyhyitä ja potilasmäärät voivat olla run- saita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 23-24). Tällöin voidaan olettaa, että potilaita



siirretään osastoille vuorokauden aikana runsaasti. Ilmiö kuuluu näin ollen jokapäiväisesti suoritettaviin työtehtäviin sekä päivystyksessä että osastolla. Haasteita tähän lisäksi luo päivystyksen arvaamaton luonne, jonka on todettu lisäävän vaaratapahtuman riskiä muun muassa potilaan siirtoprosessissa (Bakon & Millichamp 2017, 151).

Tämä opinnäytetyö oli yhteistoimeksianto Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin toimialueiden EPLL:n ja TYKS sydänkeskuksen välillä. Tämän työn tarkoituksena oli kehittää potilaan siirtoprosessia selvittämällä, miten työntekijän toimia pystyttäisiin paremmin tukemaan turvallisen potilaan siirtoprosessin suorittamisessa päivystyksestä osastolle. Yksiköiden hoitohenkilökunta toteuttaa käytännössä potilaan siirtoprosessia. Tämän vuoksi oli luontevaa kerätä aineisto tätä opinnäytetyötä varten haastattelemalla sairaanhoitajia sekä päivystyksestä että osastolta.

Aikaisempien tutkimustulosten mukaan turvallinen potilaan siirtoprosessi perustuu muun muassa standardoitujen toimintamallien käytölle, eli siihen että toiminta suoritetaan joka kerta samalla tavalla. Suosittu standardoinnin kohde on tiedonsiirrossa tapahtuva kommunikointi (Calleja ym. 2010; Gleich ym. 2016). (I)SBAR- raportointimalli on WHO:n (2007) ja sairaanhoitajaliiton (2014) suosittu standardoitu kommunikointitapa potilassiirtotilanteissa. Tiedon sisältö ja tiedon järjestys on ISBAR -toimintamallissa standardoitu. (World Health Organization 2007; Sairanhoitajaliitto 2014) ISBAR -raportointimalli on tutkituissa toimintaympäristöissä implementoitu. Kuitenkin standardisaatio on joissakin tutkimuksissa myös kyseenalaistettu. Standardisaatio voi nimittäin luoda valheellisen turvallisuudentunteen, koska tärkeimmät potilasturvallisuuteen vaikuttavat tiedot voivat jäädä huomioimatta tai liian vähälle huomiolle, jos työntekijä ainoastaan keskittyy suorittamaan standardoitua prosessia askel askeleelta (Petrovic 2015, 118). Tällaiset ristiriitaiset tiedot hankaloittavat toiminnan kehittämistä koska tasapainon löytäminen riittävän ja liiallisen standardoinnin välillä on vaikeaa ja vaatii yksityiskohtaista tietoa siitä, miten siirtoprosessi käytännössä toteutuu ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat. Lisäksi hoitohenkilökunnan kykyä suoriutua turvallisesti tehtävistään tilanteissa kuin tilanteissa tulisi myös tukea (Hollnagel 2013a, 390). Tässä työssä pyritään kohtaamaan näitä kehittämisen haasteita, pitäen erityisesti potilasturvallisuus potilaan siirtoprosessissa tavoitteena.

## 2 POTILAAN SIIRTOPROSESSI

Seuraavaksi kuvaillaan potilaan siirtoprosessin piirteitä yleisellä tasolla sekä päivystyksen ja osaston välillä. Aikaisempia kansainvälisiä tutkimuksia oli tehty runsaasti ja aikaisemmat tutkimustulokset -osiossa pyritään esittelemään tämän opinnäytetyön kannalta oleellisemmat tutkimustulokset.

### 2.1 Määritelmä

Potilaan siirrolla eri terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä tarkoitetaan potilaan fyysisen siirtymisen lisäksi vastuun ja vastuuvollisuuden siirtoa potilaasta terveydenhuollon ammattilaiselta toiselle (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2010, 4). Vastuuvollisuus tarkoittaa sitä, että mikäli työntekijä aiheuttaa haittatapahtuman potilaalle, ottaa hän vastuun toimistaan (Dekker 2012, 8-10). Vastuu ja vastuuvollisuus potilaasta voi siirtyä osittain tai kokonaisuudessaan ja tapahtua pysyvästi tai väliaikaisesti (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2010, 4). Tässä työssä käytetään suomenkielisiä termejä potilaan siirtoa ja siirtoprosessia, koska tämä kuvastaa samanarvoisesti ilmiötä luovuttajan ja vastaanottajan kannalta. Muita suomen kielessä käytettyjä termejä ilmiöstä ovat potilaan luovutus ja luovutusprosessi, jotka sananmukaisesti keskittyvät tällöin potilaan luovuttajan näkökulmaan ilmiöstä.

Vastuun ja vastuuvollisuuden siirtäminen edellyttää potilasspesifistä tiedonsiirtoa, jota saadaan aikaiseksi ainoastaan tehokkaalla kommunikaatiolla (Joint Commission 2014; World Health Organization 2007). Potilaan siirtoon liittyvä kommunikaatio eroaa muusta potilaaseen liittyvästä kommunikaatiosta, koska potilaan vastuun ja vastuuvollisuuden siirtyminen luo tiedonsiirrolle, eli raportin annolle, enemmän vaatimuksia (World Health Organization 2007). Turvallisen potilaan siirron tavoitteena on hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden takaaminen (Joint Commission 2014).

Prosessi sanan liittäminen potilaan siirtoon yksiköiden välillä laajentaa näkökantaa ilmiöstä. Prosessi katsotaan olevan keskenään yhteydessä olevia toimintoja, joiden avulla yhdessä saadaan aikaiseksi tulos (Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2002,

3). Itse potilaan tiedonsiirto on siis siirtoprosessissa vain yksi toiminto monesta, kun potilaan siirtoprosessia tarkastellaan kokonaisuutena (Haque 2017, 159). Siirtoprosessi on monitahoinen, sisältäen useampia vaiheita, tehtäviä ja komponentteja kompleksisen terveydenhuollon vuoksi, jotka hankaloittavat turvallisen siirtoprosessin suorittamista. Potilasturvallisuuden kannalta merkittävää on, että yksiköiden välisen potilaan siirtoon liittyvät valmistautumisrutiinit ja niissä esiintyvä poikkeus, on nähty voivan aiheuttaa haittatapahtuman myöhemmin potilaan hoidossa (Haque 2017, 165). Tämän yhteyden vuoksi pelkkään tiedonsiirtotilanteeseen keskittyminen toimintaa kehittäessä ei takaa potilaan turvallisuutta. Sen lisäksi, että potilas siirto tulisi hahmottaa prosessina, tulisi huomioida tekijät, jotka vaikuttavat suoraan tai välillisesti siirtoprosessiin. Siemsen ym. (2012, 445) mukaan potilaan siirtoon vaikuttavat jopa koko sairaalaorganisaatioon vaikuttavat seikat.

## 2.2 Aikaisemmat tutkimustulokset

Potilaan siirtoprosessia selvennettiin aineistohaulla aikaisempien tutkimuksien löytämiseksi joulukuussa 2016, toukokuussa 2017, tammikuussa 2018 sekä elokuussa 2018 tietokannoista Academic Search Elite (EBSCO), Cochrane library, Cinahl (EBSCO), Pubmed sekä Medic. Hakusanoina käytettiin erilaisia kombinaatioita sanoista *patient handoff*, *patient handover*, *patient transfer*, *patient transition*, *transition in care*, *process*, *emergency department*, *emergency room*, *emergency nurse* sekä *emergency care*. Selventäessä vielä tarkemmin potilasturvallisuutta siirtoprosessissa käytettiin edellisten lisäksi seuraavia hakusanoja: *patient safety*, *practice*, *protocol*, *method*, *strategy*, *technique*, *quality improvement* ja *resilience*. Aikaisempia tutkimuksia haettiin myös lumipalloeffectin avulla, teemaan liittyvien tutkimuksien sekä aikaisempien opinnäytetöiden kautta. Aikaisempia opinnäytetöitä haettiin ammattikorkeakoulujen julkaisujen ja opinnäytetöiden theseus.fi -tietokannasta.

Tämän työn ei-systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisällytettiin tutkimuksia vuosilta 2006-2018. Päivystyksen ja osaston välisen siirtoprosessin erityispiirteiden kuvaamisessa käytettiin ainoastaan näitä yksiköitä koskevia tutkimuksia. Siirtoprosessin yleisten piirteiden ja potilasturvallisuuteen liittyvien aspektien selvittämisessä käytettiin myös tutkimuksia, jotka käsittelivät myös muiden yksiköiden välisiä potilas siirtoja. Näin saatiin lisätietoa ilmiöstä, jonka avaintekijät ovat kuitenkin samat jokaisessa siirtoprosessissa tai

tällaista yleistystä aikaisemmissa tutkimuksissa ilmeni (vrt. Sujan ym. 2015; Siemsen ym. 2012). Tutkimuksia, jotka käsittelivät yksikön/osaston sisäisiä potilaan siirtotilanteita tai potilaan kotiutumistilanteita hoitolaitoksiin, ei sisällytetty lainkaan tähän katsaukseen.

### **2.2.1 Tiedonsiirto potilaan siirtoprosessissa**

Optimaalista tiedonsiirtoa potilaan siirtotilanteessa ei ole pystytty vahvistamaan, puuttuvien satunnaistettujen kontrolloitujen tutkimuksien takia (Smeuleurs ym. 2014, 9-10). Ajantasaiseen tietoon potilaan taustatiedoista ja tämänhetkisestä tilanteesta perustuva, selkeä ja ytimekäs kommunikaatio, on kuitenkin Callejan ym. (2016, 15) tutkimuksessa nähty olevan hyvän toiminnan mukaista käytäntöä. Faktojen esittämisen lisäksi, potilaan hoitoon liittyvien odotuksien, epävarmuuksien, aavistuksien ja tuntemuksien kertominen, on todettu olevan osa tietämyksestä potilaasta, jota tulisi myös raportoida eteenpäin (Manser ym 2013, 148). Jotta tällaisten tietojen siirto vastaanottavalle osapuolelle olisi mahdollista, edellyttää tämä sitä, että tietoja luovuttava henkilö on hoitanut potilasta. Siirrettävän tiedon avulla potilaan vastaanottaja pitäisi pystyä muodostamaan itselleen kokonaiskuva potilaasta, jonka avulla pystyy jatkamaan potilaan hoitoa. (Calleja ym. 2016, 16-18)

Jotta hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus pystytään takaamaan potilasta siirrettäessä yksiköstä toiseen, vaatii se terveydenhuollon ammattilaisilta yhteistyötä. Manser ym. (2013, 149), Rose & Newman (2016, 332) ja Siemsen ym. (2012, 445) toteavat, että siirtotilanne on tiimityöskentelyä. Osapuolet tulisivat tuntea toisensa, jotta voidaan vastata toisen osapuolen odotuksiin ja näin ollen tehdä laadukasta yhteistyötä (Siemsen ym. 2012, 445; Funk ym. 2016, 68-70). Hyvä tiimityöskentely potilaan siirtoprosessissa edellyttää myös luovuttavalta ja vastaanottavalta osapuolelta yhtäläistä vastuuta siirrettävän tiedon laadusta (Manser ym. 2013, 149). Interaktiivinen kommunikaatio tiedonsiirtotilanteessa onkin nähty edesauttavan siirrettävän tiedon laatua. (Calleja 2010, 12; Horwitz ym. 2009, 708; McFetridge 2007, 266). Tällainen ei-strukturoitu tiedonsiirto on välttämätön täydentämään ja selventämään annettua tietoa. Tämä lisäsi tutkimuksissa vastaanottavan tahon ymmärrystä potilaan tilanteesta, mutta vaati vastaanottavalta taholta aktiivisempaa

roolia kuin mihin perinteisesti on totuttu. Ei-strukturoitu interaktio edellyttää tiedon vastaanottajalta tarkkaa tiedon luovuttajan kuuntelua, kysymyksien esittämistä ja/tai ymmärryksen varmistamista. (Funk ym. 2016, 64; Bakon ym. 2017, 148)

### **2.2.2 Päivystyksen ja osaston välisen siirtoprosessin erityispiirteet**

Päivystys toimintaympäristönä luo haastetta siirtoprosessille, koska päivystyksessä potilaan hoitosuhteet ovat lyhyitä ja potilasmäärät runsaita. Tämän vuoksi potilaan siirtotilanne voi olla kiireinen ja rauhaton (Horwitz ym. 2009: 705-706, McFetridge ym. 2007: 264-265, Popovici ym. 2015: 186). Runsaat potilasmäärät korostavat lisäksi mahdollisia ongelmia potilasvirrassa, esimerkiksi jos jatkohoitopaikkoja ei ole saatavilla (Sujan 2015, 60; Horwitz ym. 2009, 706). Tällöin potilaat jäävät odottamaan jatkohoitopaikkaa päivystykseen, vaikka päivystyksen kannalta potilas olisi valmiiksi tutkittu ja hoidettu sekä tiedonsiirto osastolle suoritettu. Jatkohoitopaikkaa odottavat potilaat jäävät tällöin herkästi vaille tarvitsemaansa hoitoa, kun päivystyksen henkilökunnan huomio kiinnittyy ennemmin uusiin potilaisiin. (Horwitz ym. 2009, 706). Tämä ilmiö luo myös haastetta potilaan hoitovastuun siirtymiseen, koska jää epäselväksi, milloin vastuu potilaasta siirtyy. (Horwitz ym. 2009, 708) Tiedonsiirron ajankohtaa ei voida tämän vuoksi pitää samana kuin hoitovastuun siirtymisajankohtaa.

Tiedonsiirtotilanteen ongelmat päivystyksen ja osaston välillä liittyivät usein siihen, ettei tiedon tuojan ja tiedon vastaanottajan odotukset tiedonsiirrosta kohdanneet. (Calleja ym. 2010, 12; Horwitz ym. 2009, 703-705; McFetridge ym. 2007, 265-266) Tiedon vastaanottava osapuoli koki Callejan (2016, 19) tutkimuksessa turhautumista tiedonsiirtoihin, koska tiedonsiirto oli usein epäjärjestelmällinen ja siirrettävä tieto puutteellista tai virheellistä. Tiedon luovuttava osapuoli taas raportoi kokevansa tiedonsiirtotilanteen väkimmäiseksi ja pelottavaksi sekä jäävänsä usein ilman vastaanottavan osapuolen huomiota raportoidessaan potilaasta (Calleja ym. 2016, 18). Tällöin potilasta luovuttava osapuoli herkästi kokee, ettei heidän suullisella tiedonannolla ole merkitystä, kuten McFetridge ym. (2007, 266- 267) tutkimuksessa.

Potilaan siirtoprosessissa hoidon jatkuvuuden takaajana on, suullisen tiedon lisäksi, päivystyksessä luotu kirjallinen tieto potilaasta. Tämä todettiin heikkolaatuiseksi Callejan ym. (2010, 15) ja Callejan ym. (2016, 14) tutkimuksissa. Calleja ym. (2010, 15) mukaan potilastietojärjestelmät eivät tue tehokasta kirjallisen tiedon tuottamista potilaan siirtotilannetta ajatellen päivystyksessä. Päivystyksessä koettiin myös, että kirjaamatta jättäminen oli hyväksyttävää, mikäli potilaan tilanne oli niin kriittinen, ettei sitä ehtinyt tehdä. Tällainen ajatusmalli oli hyvin ristiriidassa verrattuna vastaanottavaan osapuoleen. Vastaanottava osapuoli taas arvosti kirjallista tietoa, jopa enempi kuin suullista tietoa. Tämä johtui siitä, että potilaan hoitoa ei vastapuolen mukaan pystytä jatkamaan kuulopuheen perusteella, vaan kaikki tieto löydyttävä kirjallisena. (Calleja ym. 2016, 14)

### **2.2.3 Potilasturvallisuutta tukevat toimintatavat potilaan siirtoprosessissa**

Toiminnan standardointi, eli toiminnan suorittaminen joka kerta samalla tavalla, oli hyvin yleisesti käytetty menetelmä, jolla pyrittiin parantamaan potilasturvallisuutta potilaan siirtoprosessissa yksiköistä toiseen. Tiedonsiirtotilanteessa kommunikaatio standardoitiin usein siten, että kommunikointiin tietty informaatio tiettyssä järjestyksessä. Tämä on hyvin useassa tutkimuksessa havaittu parantavan tiedonsiirtoa (Calleja ym. 2010; Gleich ym. 2016; Horwitz ym. 2009; Foronda ym. 2016; Funk ym. 2016; McFetridge ym. 2007; Mukhopadhyay ym. 2018; Nagpal ym. 2013; Petrovic ym. 2015; Popovici ym. 2015; Weingart ym. 2013). Tällainen standardoitu raportointimenetelmä paransi tiedonsiirron laatua siten, että se lisäsi tarkastuslistassa olevien aiheiden kommunikointia (Funk ym. 2016, 67; Mukhopadhyay 2018, 33). Lisäksi se vähensi myös unohduksia (Petrovic ym. 2015, 117; Nagpal ym. 2013, 498). De Meester ym. (2013, 1196) totesi myös SBAR-kommunikointimallin käyttöönoton vähentävän potilaskuolleisuutta.

Tiedonsiirron standardoinnin lisäksi esiintyi aikaisemmissa tutkimuksissa siirtoprosessin koko toiminnan standardoimista ohjeilla ja säännöillä. Yleisesti ottaen tämä nähtiin lisäävän potilasturvallisuutta siirtoprosesseissa. Tämä edellytti prosessin nykytilan selvittämisen, tuottamattoman toiminnan hahmottamisen ja riskikohtien identifiointi työjärjestelmässä, jolloin pystyttiin standardoimaan sellainen työnkulku ja työnjako, jonka avulla kehitettiin siirtoprosessia turvallisemmaksi. (Gleich ym. 2016, 484; Weingart ym. 2013, 41-42; Halvorson ym. 2016, 616) Työnkulun, eli sen mitä tehdään ja missä järjestyksessä,

määrittämiseen loi haastetta sekä potilaan luovuttajan että vastaanottajan sisällyttäminen, jolloin erilaiset toimintatavat ja toimintakulttuurit eri yksiköissä, piti ottaa huomioon (Halvorson ym. 2016, 618).

Luovuttavan ja vastaanottavan osapuolen yhteistyö, eli tiimityöskentely, on tärkeässä asemassa turvallisessa potilaan siirtoprosessissa. Aikaisemmissa tutkimustuloksissa tätä seikkaa ei välttämättä tietoisesti olla toimintatapoja kehittäessä tuettu, mutta implementoidessa standardoituja työmenetelmiä on huomattu, että mahdollistamalla parempaa tiimityöskentelyä toteutuu standardoidut toimintatavat myös paremmin. Esimerkiksi vakioidu tiedonsiirtotilanne koettiin etenevän paremmin, kun tilanteeseen nimitettiin johtaja viemään tiedonsiirtotilannetta eteenpäin (Gleich ym. 2016, 486; Weingart ym. 2013, 43). Mikäli koko tiedonsiirtotilanne standardoitiin, nähtiin joissakin tutkimuksessa myös tarvetta mahdollistaa myös vapaa vuoropuhelu, eli mahdollisuus yhteistyöhön siten, että annettiin molempien osapuolten esittää kysymyksiä tai vapaasti esittää joitain asioita potilaasta, mitkä eivät muutoin tulisi ilmi (Funk ym. 2016, 64; Bakon ym. 2017, 148).

### **3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS**

#### **3.1 Terveydenhuoltojärjestelmän luomat olosuhteet potilasturvallisuudelle**

Terveydenhuolto on järjestelmä, joka koostuu muun muassa eri alojen ammattilaisista, teknologisista välineistä ja fyysisistä rakennuksista. Näitä komponentteja ohjaavat eri säännöt, ohjeet ja rajoitteet. Komponentit toimivat strukturoidusti yhdessä, jotta voivat muodostaa palveluja erityyppisille potilaille. Potilaan siirtoprosessi on osa näitä palveluja. Terveydenhuolto on myös monikerroksellinen, sisältäen erilaisia alajärjestelmiä. Muun muassa näiden seikkojen takia voidaan todeta, että terveydenhuolto on kompleksinen. Kompleksisessa järjestelmässä on tyypillistä, että järjestelmän käyttäytyminen ei ole aina ennakoitavissa. Muutos järjestelmässä voi aiheuttaa häiriön, joka voi ilmentyä vasta alemmalla tasolla järjestelmässä tai voi myös kulkeutua lateraalisesti. Tämän vuoksi häiriön syytä voi olla hankala jäljittää. Tämä on tyypillistä terveydenhuollossa missä muutokset ovat tavallisia, jatkuvan alan kehityksen vuoksi. (Braithwaite ym. 2013, 57-59)

Kuitenkin myös kompleksisessa järjestelmässä toimintaa suorittamassa ovat työntekijät. Työntekijät joutuvat jatkuvasti sopeuttamaan toimiaan muuttuviin olosuhteisiin nähden ja tämän vuoksi suurimmassa osassa tapauksista onnistuvat. Tämä johtuu siitä, että työntekijällä on halu suoriutua työtehtävistään parhaalla mahdollisella tavalla ja henkilökunta sopeutuu vallitseviin olosuhteisiin sekä toimii olemassa olevien resurssien mukaan. Tätä kutsutaan resilienssiksi, eli kyvyksi välttää vaaratilanteet ennakoitavissa olevissa tai yllätyksellisissä tilanteissa potilasturvallisuuden osalta. Resilienssi voi näkyä vaihtelevana tai mukautuvana suorituksena, joka takaa sen, että työtehtävät onnistuvat. (Hollnagel 2013a, 390 - 391) Parhaimmassa tapauksessa koko terveydenhuoltojärjestelmä on järjestetty niin joustavasti, että järjestelmä pystyy sopeutumaan ja selviytymään häiriöistä ja muutoksista, eikä pelkää työntekijät, tällöin Hollnagelin (2013b, xxv) mukaan kyse olisi resilienssistä terveydenhuollosta.

Työntekijät joutuvat suoriutumaan muuttuvien olosuhteiden lisäksi, paineen alla olemisesta potilasturvallisesti. Nykyaikaisessa suorituskeskeisessä maailmassa, työntekijällä on koko ajan suoritettava työtehtäviään tehokkaasti, mutta turvallisuutta luodakseen myös huolellisesti. Tehokkuutta ja huolellisuutta on kuitenkin hankala vaalia samanaikaisesti, koska toisen ominaisuuden korostuessa jää yleensä toinen ominaisuus vähemmälle. Epätasapaino johtaa useasti virheeseen. (Hollnagel 2009, 15-17) Tätä ominaisuutta ihmisen käytöksessä, jota Hollnagel (2009, 61) kutsuu Efficiency-Thoroughness-Trade-Off (ETTO) -ominaisuudeksi, tuo ymmärrystä työntekijöiden käyttäytymiseen. Kehittäessä potilasturvallisuutta tulisi riittävään huolellisuuteen työntekijöiden toimissa kiinnittää huomiota.

Työntekijän toimintaa on ohjaamassa myös terveydenhuollon organisaatiossa, yksikössä tai osastossa vallitseva potilasturvallisuuskulttuuri. Tällainen sosiaalinen konstruktio on arvojen, perinteiden ja toimintatapojen kautta saavutettu, organisaation, yksikön tai osaston yhteinen näkemys potilasturvallisuudesta. (Rollenhagen 2013, 365-369) Myönteinen potilasturvallisuuskulttuuri on nähty vähentävän potilasturvallisuuteen liittyviä vaaratapahtumia, lisäävän vaaratapahtumien raportointia ja parantavan potilastyytyväisyyttä (Ulrich & Kear 2014, 450). Nämä seikat huomioiden ei potilasturvallisuutta kehittäessä voida jättää yksikössä vallitsevaa potilasturvallisuuskulttuuria huomioimatta.



## 3.2 Turvallisuushallinta

Siellä missä korkeariskistä toimintaa suoritetaan, siellä myös korkeariskisen toiminnan seuraukset ilmaantuvat. Tämän vuoksi olisi helppo yhdistää suorittavat toimijat, eli työntekijät, toiminnan seurauksien aiheuttajaksi, koska kompleksisen järjestelmän aiheuttamat rajoitteet ja resurssien puute ei näy ulkopuolisille. Harvemmin myöskään päättäjät näkevät toiminnan olosuhteita, koska he eivät ole läsnä tilanteessa. Tämä tarkoittaa sitä, että päättäjillä, jotka pystyvät vaikuttamaan toiminnan olosuhteisiin, on eri näkemys työn suoritustavasta kuin miten sitä todellisuudessa suoritetaan. Päättäjät voivat näin ollen katsoa, että ero näkemyksissä on syy mahdollisesti sattuneeseen vaara- tai hättätapahtumaan, vaikkakin juuri työntekijöiden suorittaman tavan vuoksi, suurin osa vaaratapahtumista on estetty. (Hollnagel 2014, 40-41) Tämän vuoksi toimintaa kehittäessä tulisi enemmän keskittyä siihen, miten hoitohenkilökunta saa aikaiseksi turvallisen toiminnan eikä siihen mikä toiminnassa aiheutti vaara- tai hättätapahtuman. Turvallisuus ei enää siis tarkoita pelkästään vaara- tai hättätapahtumien poissaoloa, vaan koostuisi onnistuneista suorituksista, jolloin potilasturvallisuutta kehittäessä tulisi yrittää ymmärtää miksi asiat menevät oikein (Hollnagel 2013b,11).

Työntekijän joustavat ja vaihtelevat toimintatavat ovat siis merkityksellisiä, kun pyritään suoriutumaan työtehtävistä turvallisesti. Tämän vuoksi työntekijän toimia ei automaattisesti saisi rajoittaa tai karsia ilman että ymmärtää tilanteen rajoitteet ja olosuhteet. Sen sijaan tulisi panostaa siihen, että toiminnan olosuhteet sekä käytettävät resurssit tehdään näkyviksi, jotta toiminnan seurauksia on helpompi ennakoita. Tätä kautta pystytään paremmin sellaisia työsuorituksia systemaattisesti tukemaan, jotka saavuttavat onnistuneita lopputuloksia. (Hollnagel 2013b, 13)

Resilienssi -kyvyn tukeminen, ei kuitenkaan läheskään aina tuo tehokkuutta toimintaan. Sen sijaan toiminnan standardointi muodostaa etulinjan työntekijöille rutiineja ja rutiinit taas tehokkuutta (Wears 2015, 3). Sairaalaorganisaation kannalta tämä siis teoriassa luo sekä potilasturvallisuutta että tehokkuutta, jolloin on ymmärrettävää minkä takia standardointi ratkaisut ovat niin suosittuja käytännössä. Ongelmat standardoinnissa lienee siinä, että toiminta, jota vakioidaan, tulisi olla ennakoitavissa (Wears 2015, 4). Terveysturvallisuuden järjestelmä ei suurilta osin tällainen ole. Lisäksi standardointi kieltäisi sitä, että variaatiot

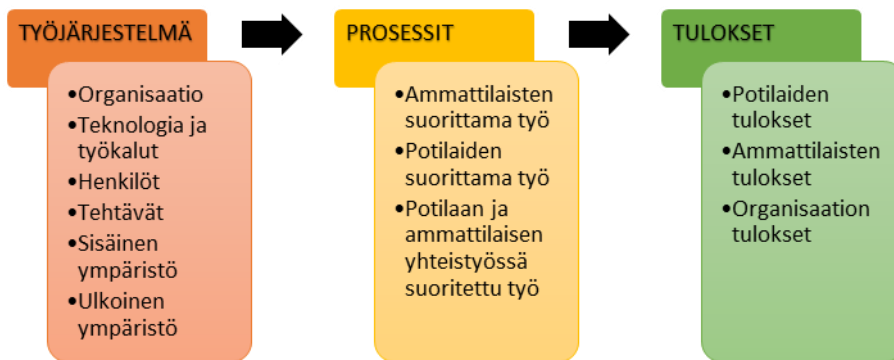
toiminnassa eivät olisi hyväksyttäviä. Tämä taas on ristiriidassa sen tosiasian kanssa, että vaikka noudatetaan ennalta laadittua protokolla voi vaara- tai haittatapahtuma ilmaantua ja vaikka et noudata protokolla voi toiminta tapahtua turvallisesti (Wears 2015, 6). Mikäli variaatiot ihmisten toimintatavoissa katsottaisiin olevan riski potilasturvallisuudelle, väheksyisi tämä tällöin resilienssi-ajatusta. (Hollnagel 2013a, 391) Kuitenkin tarvitaan sekä standardointia että resilienssiä, jotta voidaan varmistaa potilasturvallisuus potilaan siirto-prosessin aikana (Braithwaite m.fl. 2015, 420). Tämä toteutetaan antamalla standardoidussa toiminnassa tilaa resilienssille, tunnistamalla ja tukemalla tätä toimintatavoissa. Standardoinnin implementointi vaatii tämän vuoksi täydellistä ymmärrystä, miten toiminta tapahtuu, jotta standardointi toimii ajatellulla tavalla (Wears 2015, 7).

### *Turvallisuushallintaa SEIPS 2.0 -mallin avulla*

Useissa terveydenhuoltojärjestelmään kuuluvissa toiminnoissa, toiminta perustuu ihmisten väliseen interaktioon, kuten potilaan siirtoprosessissa. Ihminen on siis järjestelmän keskiössä. Ihmisen ja järjestelmässä olevien muiden tekijöiden välisiin interaktioihin vaikuttavat ihmisen fyysiset ja kognitiiviset ominaisuudet sekä sosiaalinen käytös. Huomioidessa nämä inhimilliset tekijät työjärjestelmää luodessa tai kehittäessä, pystytään optimoimaan ihmisten toimia sekä työjärjestelmän avulla saavutettuja tuloksia. Human factors engineering on englanninkielinen termi tavalle suunnitella työjärjestelmiä ihmislähtöisesti. (Solvendy 2012, 3-5) Ihmilähtöinen suunnittelutapa edellyttää myös systeemijattelua, eli ajatusmallia siitä, että työjärjestelmä myötävaikuttaa olosuhteiden ja taustatekijöiden kautta ihmisen toimintaan (Dekker 2012, 77-78). Yksinkertaistettuna voidaan todeta, että työjärjestelmä vaikuttaa työntekijään ja työntekijä työjärjestelmään. Potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta lähestymisnäkökulma tulisi näin ollen olla hollistinen ja systeemipohjainen (Holden ym. 2014, 3).

Tässä tutkimuksessa pyritään systeemisten tekijöiden selvittämisen avulla, tukemaan onnistuneita suorituksia sekä ottamaan huomioon inhimillisiä tekijöitä. Tätä tehdään Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS) 2.0 -mallin avulla. SEIPS 2.0 -mallissa nähdään ihmisen suorituksen olevan tulos ihmisen ja järjestelmän välisen interaktion välillä, missä ihminen toimii ainoastaan yhtenä komponenttina, mutta keskeisenä komponenttina. Mallissa halutaan keskittyä siihen, miten järjestelmä tukisi ihmisen toi-

mintaa. Jotta terveydenhuollossa tuloksia saavutettaisiin, SEIPS 2.0 -mallin mukaan terveydenhuolto pitää nähdä työjärjestelmänä, joka tuottaa prosesseja (kuvio 1). Mallissa potilas on myös integroitu mukaan aktiivisena tekijänä oman turvallisuuden luomisessa. Potilas toimii työjärjestelmän yhtenä tekijänä, mutta nähdään myös työprosessissa aktiivisena toimijana, joka esimerkiksi pystyy monitoroimaan omia oireita ja vaikuttamaan omaan terveyteensä elämäntapojensa kautta. (Holden ym. 2014, 4-9)



Kuvio 1. Vapaa käänös SEIPS 2.0 -mallista Holden ym, 2014 mukaan.

Työjärjestelmän luokittelun avulla halutaan tässä opinnäytetyössä löytää ne systemiset tekijät, jotka vaikuttavat ja mahdollisesti joko edesauttavat tai hankaloittavat hoitohenkilökunnan työtä potilaan siirtoprosessin yhteydessä. Tämän vuoksi SEIPS 2.0 -mallin työjärjestelmän eri tekijöitä esitellään seuraavaksi tarkemmin:

- **organisaatiolla** tarkoitetaan työjärjestelmässä ihmisen ulkopuolelta tulevia rakenteita kuten ajankäyttö, organisaation kulttuuri sekä resurssienkäyttö. Tässä työssä kategoria sisältää organisaatiosta lähtöisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat siirtoprosessiin.
- **työkalujen ja teknologian** avustuksella ihmiset saavat suoritettua työn. Tässä työssä tämä kategoria sisältää erityisesti siirtoprosessiin vaikuttavat potilastietojärjestelmään liittyvät tekijät.
- **henkilöillä** tarkoitetaan esimerkiksi hoitajaa, potilasta tai omaista. Myös eri ryhmät kuten trauma -tiimi tai osaston henkilökunta voi terveydenhuollossa sopia ihmis-kategoriaan. Tässä työssä otetaan esille spesifit vain tiettyyn henkilöön liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat kokonaiskuvassa potilasturvallisuuden siirtoprosessissa.

- **tehtävillä** tarkoitetaan hoitoprosessin spesifiä eri toimia. Tässä työssä tehtävät kategoriassa käsitellään siirtoprosessiin erityisesti edesauttavasti tai hankaloittavasti vaikuttavat tehtävät.
- **sisäisellä ympäristöllä** tarkoitetaan fyysistä ympäristöä. Tässä työssä sekä päivystyksen että osaston fyysiseen ympäristöön liittyviä tekijöitä.
- **ulkoisella ympäristöllä** tarkoitetaan organisaation ulkopuolelta tulevia säännöksiä, kuten lait ja säädökset. Tässä työssä ne tekijät mitkä ei voitu katsoa aiheutuvan organisaation sisäisistä tekijöistä katsottiin kuuluvan tähän kategoriaan. (Holden ym. 2014, 4-5; Carayon ym. 2006, 51-52)

## 4 TUTKIMUSYMPÄRISTÖN KUVAUS

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä päivystyspalveluista vastaa Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos (EPLL). Päivystystoimipisteitä löytyy Turussa, Loimaalla, Salossa ja Uudessakaupungissa. Turussa ja Salossa päivystyspalveluita järjestetään ympäri vuorokauden. Vuosittain liikelaitoksessa hoidetaan n. 140 000 päivystyskäyntiä, joista Turun toimipiste hoitaa suurin osan, vajaa 100 000 päivystyskäyntiä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2017a, 2) Tähän tutkimukseen osallistuu hoitohenkilökuntaa Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitoksesta Turun päivystystoimipisteestä.

TYKS Sydänkeskus tarjoaa kardiologista hoitoa sekä sydän – ja rintaelinkirurgia Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Sydänkeskukseen kuuluvat Turun kantasairaalassa sydänosastot 1, 2 ja 3, sydänvalvonta, sydäntoimenpideosasto ja -valvomo sekä sydänpoliklinikka. Myös Salon, Loimaan ja Uudenkaupungin lähisairaaloiden sydänpotilaita hoitavat yksiköt kuuluvat TYKS Sydänkeskukseen. Sydänosastoilla oli n. 5100 hoitojaksoa vuonna 2016. Samana vuonna 2500 potilasta saapui EPLL:n kautta sydänkeskukseen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2017b, 2-4) Tähän tutkimukseen osallistuu potilaan siirtoprosessiin osallistuvaa hoitohenkilökuntaa sydänkeskuksesta.

Tämänhetkessä potilaan siirtotilanteessa raportointi potilaasta EPLL:n ja sydänkeskukseen välillä tapahtuu puhelimitse. Potilas siirtyy yleensä potilaskuljettajan avulla osastolle, jolloin sairaanhoitajat eivät kasvotusten tapaa. Rakenteista raportointimallia (ISBAR) on raportoidessa ohjeistettu käyttämään. (Kankare ym. 2017) Siirtoprosessia voi ainakin olla

osittain suorittamassa muitakin terveydenhuollon ammattilaisia kuin sairaanhoitajat toimintayksiköissä, mutta selkeyden ylläpitämiseksi käytetään tässä työssä pelkästään termiä sairaanhoitaja.

## **5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA KYSYMYKSENASETELU**

Työntekijän ollessa työjärjestelmän keskellä, työjärjestelmän eri komponentit vaikuttavat työntekijän toimiin potilaan siirtoprosessissa. Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää potilaan siirtoprosessia selvittämällä millä tavoin voitaisiin tukea työntekijän toimia, jotta potilaan siirtoprosessi pystytään mahdollisimman turvallisesti toteuttamaan päivystyksen ja osaston välillä. Tämä edellytti siirtoprosessin nykytilan ja työjärjestelmän vaikutuksien selvittämistä, joiden kautta pystyttiin päättämään toiminta turvallisessa potilaan siirtoprosessissa.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälainen on potilaan siirtoprosessi päivystyksestä osastolle tällä hetkellä?
2. Miten systemiset tekijät vaikuttavat potilaan siirtoprosessiin?
3. Minkälainen olisi potilasturvallisuutta tukeva potilaan siirtoprosessi?

## **6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

Tässä opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusotetta. Laadullisen tutkimusotteen avulla pyrittiin lisäämään ymmärrystä tästä ilmiöstä ja selvittämään eri tekijöiden suhdetta ilmiöön (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66). Tämän ymmärryksen avulla saatiin muodostettua mahdollisesti pysyvämpiä ja toimivampia tapoja potilaan siirtoprosessin toiminnan kehittämiseen tutkitussa toimintaympäristössä.

Ennen aineiston keräämistä haettiin tutkimuslupaa Turun kliinisen tutkimuskeskuksen kautta syys-lokakuussa 2017. Luvan myönsi edustajat EPLL Turun yhteispäivystyksestä ja TYKS sydänkeskuksesta.

## 6.1 Aineistonkeruu

Tähän opinnäytetyöhön kerättiin aineisto yksilöhaastatteluiden avulla. Tällä tavoin haastateltavat saivat mahdollisuuden selventää ja perustella omia vastauksia liittyen ilmiöön. Myös väärinkäsityksiä pystyttiin oikomaan liittyen esitettyihin kysymyksiin. (Hirsjärvi & Hurme 2011: 34-35). Haastatteluissa oli kuitenkin myös mahdollista, että haastateltavat muunsivat vastauksiaan, koska haluttiin vastata tutkijan odotuksiin ja/tai luoda itsestään esimerkiksi sosiaalisesti tai ammatillisesti parempi kuva. (McCambridge ym. 2014, 267-268) Tutkija kuitenkin pyrki haastattelutilanteessa luomaan haastatteluilmapiirin niin luotettavaksi, että haastateltava halusi sekä uskalsi vastata totuudenmukaisesti.

Haastatteluihin osallistuttiin vapaaehtoisesti. Haastattelun vapaaehtoisuus oli myös haastattelun etu. Halu osallistua, kertoi kiinnostuksesta ilmiötä kohden ja halusta kehittää toimintaa, jolloin voidaan olettaa, että haastattelut toivat oleellista tietoa esille (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 111). Haastateltavien työkokemus sairaanhoitajana ja sairaanhoitajana omassa työyksikössä saattaa vaikuttaa tiedon laatuun haastatteluissa. Tämän vuoksi kaikilta haastateltavilta edellytettiin vähintään n. 2 vuotta työkokemusta edustamastaan työyksiköstä. Tällainen työtausta työyksikössä takasi sen, että haastateltaville oli hahmottunut kokonaiskuva työyksikön toiminnasta eikä työ enää perustunut pelkkään työtehtävien suorittamiseen (Benner ym. 2009, 61-62).

Vapaaehtoisia haastateltavia EPLL Turun yhteispäivystyksestä ja Sydänkeskuksesta rekrytoitiin lähettämällä sähköpostitse tietoa opinnäytetyöstä haastattelukutsun (liite 1) avulla. Haastattelukutsu lähetettiin kaikille potilaan siirtotilanteisiin päivystyksen ja osaston välillä osallistuville sairaanhoitajille, marras- joulukuun vaihteessa 2017. Kiinnostuneet ilmoittivat halukkuudestaan osallistua tutkimukseen suoraan tutkijalle sähköpostitse, jolloin sovittiin heidän kanssaan haastatteluajankohdat. Sähköpostitse tutkija sai kaksi yhteydenottoa. Sähköpostin kautta tapahtuva rekrytointi oli jo aikaisemmin todettu epäonnistuneeksi tavaksi rekrytoida haastateltavia. Tämän vuoksi tutkija oli jo ennen haastattelukutsun lähettämistä sopinut kaksi erillistä haastattelupäivää joulukuussa 2017, jolloin henkilökuntaa oli mahdollisuutta irroittaa työnteosta haastatteluihin. Haastattelupäivät sovittiin tutkijan sekä päivystyksen ja sydänkeskuksen klinisen asiantuntijan, päivys-

tyksen tiimpäällikön ja osaston apulaisosastonhoitajan kesken. Näinä päivinä vapaaehtoisia haastateltavia rekrytoitiin henkilökohtaisesti työvuorossa olevasta henkilökunnasta. Nämä päivät ilmoitettiin myös tässä samassa sähköpostissa, johon myös haastattelukutsu oli liitetty. Päivystyksen vuorovastaava sekä sydänkeskuksen apulaisosastonhoitaja rekrytoivat vapaaehtoisia haastateltavia henkilökohtaisesti näinä kyseisinä päivinä omissa työyksiköissään. Tämän opinnäytetyön tekijä ei osallistunut haastateltavien henkilökohtaiseen rekrytointiin, tutkijan mahdollisen painostavan vaikutuksen vuoksi. Näinä kahdena ennalta sovittuna päivänä, rekrytoitiin työvuoroista vielä kahdeksan vapaaehtoista haastateltavaa. Yhteenlaskettuna viisi päivystyksen sairaanhoitajaa ja viisi osaston sairaanhoitajaa haastateltiin tähän opinnäytetyöhön.

Yksilöhaastattelut toteutettiin puolistrukturoituna haastatteluna, eli teemahaastatteluna. Haastateltaville esitettiin avoimia kysymyksiä haastattelulomakkeen (liite 4) perusteella. Sekä päivystyksen sairaanhoitajien että osaston sairaanhoitajien haastatteluissa käytettiin samaa haastattelulomaketta. Haastattelijalla oli kuitenkin mahdollisuus tilanteen mukaan vaihdella kysymysten järjestystä tai sanamuotoa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47). Haastattelulomakkeen teemat perustuivat tutkimuskysymyksiin. Haastattelujen jälkeen nauhoituksia litteroitiin ainoastaan tutkijan toimesta. Litterointia oli haastattelujen runsaan lukumäärän takia aikaa vievää ja litterointi saatiin suoritettua maaliskuussa 2018.

## **6.2 Aineiston analysointi**

Haastattelujen avulla kerättyä aineistoa analysoitiin aineistolähtöisesti induktiivisella sisällönanalyysillä, teorialähtöisesti deduktiivisella sisällönanalyysillä sekä teoriaohjatusti abduktiivisella päättelyllä. Aineiston analyysiä edelsi perusteellinen aineistoon perehtyminen, joka aloitettiin jo haastatteluja litteroidessa.

Induktiivisen sisällönanalyysin avulla selvitettiin tämänhetkistä potilaan siirtoprosessia. Lähtökohtana tässä analyysissä oli aineisto, jolloin mitään ennakkokäsitystä aiheesta ei ylläpidetty analyysin aikana. Induktiivinen sisällönanalyysi aloitettiin keräämällä lauseyksiköitä, eli useita sanoja, joista muodostui yhteinen sanoma. Tässä työssä ne olivat konkreettisesti yleensä lauseen tai useamman lauseen pituisia. Lauseyksiköistä muodos-

tettiin tämän jälkeen kategorioita, eli kerättiin yhteen saman kategorian alle sopivia lauseyksiköitä. Kategoriat jaoteltiin vielä teemojen alle. (Danielson 2012, 333) Tässä työssä muodostuneet teemat induktiivisessa sisällönanalyysissä olivat: Tiedonkulku päivystyksen ja osaston välillä, päivystyksen sairaanhoitajan ja osaston sairaanhoitajan välinen tiedonsiirto, potilaan hoitovastuun siirtyminen, potilaan siirtymiseen liittyvät toimet päivystyksessä ja potilaan vastaanottaminen ja siihen valmistautuminen osastolla.

SEIPS 2.0-mallin työjärjestelmän komponenttien avulla muodostettiin analyysirunko, jonka avulla tehtiin teorialähtöinen deduktiivinen sisällönanalyysi (Danielson 2012, 335). Analyysirunkoon tuli 6 teemaa: Organisatoriset tekijät, henkilöihin liittyvät tekijät, tehtäviin liittyvät tekijät, sisäiseen ympäristöön liittyvät tekijät, ulkoiseen ympäristöön liittyvät tekijät sekä työkaluihin ja teknologiaan liittyvät tekijät. Analyysi aloitettiin siten, että koko aineistosta etsittiin lauseyksiköitä, jotka tutkijan mielestä kuvasi systeemisiä tekijöitä. Nämä lauseyksiköt luokiteltiin analyysirungon mukaisesti sopivaan teemaan. Samantyyppiset lauseyksiköt teeman sisällä kerättiin yhteisiin kategorioihin. Joissakin kategorioissa oli useampi lauseyksikkö, mutta joihinkin kategorioihin soveltui vain yksi lauseyksikkö. Mikäli oli mahdollista, muodostettiin vielä yläkategorioita, eli kerättiin samaan aiheeseen liittyviä kategorioita yhteen. Yläkategorioita ei kuitenkaan päästy kaikissa teemoissa muodostamaan, koska tiettyihin teemoihin löytyi aineistosta hyvin vähän systeemisiä tekijöitä, jolloin yläkategorian muodostaminen ei enää ollut mielekäästä.

Abduktiivista päättelyä käytettiin potilasturvallisen potilaan siirtoprosessin selvittämiseksi. Päättelyssä hyödynnettiin tehtyä induktiivistä ja deduktiivistä sisällönanalyysiä sekä tämän tutkimuksen teoriaosuutta. Teoriaosuutta ei kuitenkaan lähdetty testaamaan, vaan teoria näkyi ja antoi suuntaa analyysille. Näitä yhdistelemällä tuotiin esiin tutkijan laatima subjektiivinen päätelmä potilasturvallisesta siirtoprosessista tutkitussa toimintaympäristössä. (Tuomi & Sarajarvi 2018, 100-101) Päättelyjen tueksi viitattiin tutkimustulos -osiossa aikaisemmin esitettyihin haastattelujen suoriin lainauksiin, jotta lukijalle muodostuisi ymmärrys saavutetuille päättelyille.



## 7 EETTISET NÄKÖKOHDAT

Eettisestä näkökulmasta on tärkeä tutkia jotain millä on merkitystä (Kjellström 2012, 76). Tässä tutkimuksessa oli tarkoituksena kehittää toimintaa potilaan siirtoprosessissa siten, että potilasturvallisuus pystyttäisiin helpommin ylläpitämään. Tämä työ on tämän vuoksi arvokas. Potilas hyötyy oman turvallisuuden ylläpitämisen kehittämisestä ja terveydenhuollon ammattilainen, joka haluaa suoriutua parhaalla mahdollisella tavalla työstään voi saada keinoja työn helpottamiseksi ja sujuvoittamiseksi. Etenkin tämä työ tuo kuitenkin päättäjille esille toimintoja, jota tulisi tukea ja epäkohtia, joihin pitäisi puuttua.

Tämän opinnäytetyön eettisyys taattiin tutkijan rehellisellä, huolellisella ja tarkalla toiminnalla tutkimussuunnitelman laatimisen, aineistonkeruun ja aineistonanalyysin sekä tutkimustulosten raportoinnin sekä esittelyn yhteydessä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6) Tutkija pyrki tutkimusprosessin edetessä kantaa eettistä vastuuta tutkimuksesta, jatkuvalla eettisellä arvioinnilla tehdyistä vaiheista tai päätöksistä. Aikaisempia aiheeseen liittyviä tutkimuksia pyrittiin käsittelemään asianmukaisesti ja pyrittiin viittaamaan näihin oikeaoppisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6).

Tähän tutkimukseen osallistuttiin vapaaehtoisesti. Haastateltaville pyrittiin antamaan riittävästi informaatiota tutkimuksesta haastattelukutsun avulla (liite 1), jotta he pystyivät tämän tiedon perusteella antamaan suostumuksensa tutkimuksen osallistumiseen (Länsimies-Antikainen 2008, 91, 99-103). Ennen haastattelua varmistettiin haastateltavan ymmärrys siitä, mitä tehdään ja minkälaisia oikeuksia hänellä on, saatekirjeen (liite 2) avulla. Myös kirjallinen suostumus (liite 3) pyydettiin kahtena kappaleena, toinen tutkijalle ja toinen haastateltavalle. Haastateltavilla oli mahdollisuus keskeyttää osallistumisensa tähän opinnäytetyöhön missä vaiheessa opinnäytetyöprosessia tahansa. Haastattelut suoritettiin luottamuksellisesti ja tutkittavien yksityisyyttä pyrittiin kunnioittamaan. Tämä huomioitiin erityisesti tutkimustulokset -osiota laatiessa, jolloin pyrittiin huolehtimaan siitä, että haastateltava ei ollut tuloksissa tunnistettavissa. (Orb ym. 2000, 95) Haastateltavat saivat halutessaan myös itse varmistaa nimettömyytensä, ennen opinnäytetyön julkaisua. Heille annettiin mahdollisuus lukea ne osiot opinnäytetyöstä, jotka sisälsivät suoria lainauksia haastatteluista.

Haastattelut nauhoitettiin puheentallennus -sovelluksen ja mikrofonin avulla suoraan tietokoneelle. Haastattelunauhoitukset sekä niistä tehdyt asiakirjat säilytettiin asianmukaisesti, siten että ne olivat ulkopuolisilta saavuttamattomissa (Arcada 2014). Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitettiin asianmukaisesti.

## **8 TUTKIMUSTULOKSET**

Seuraavaksi esitetään haastatteluaineiston analyysin ja päättelyn avulla saavutetut tärkeimmät tutkimustulokset. Tutkimustulokset esitetään tutkimuskysymyksittäin. Kahdessa ensimmäisessä osakappaleessa, esitetään suoria lainauksia haastatteluista tukemaan tutkijan tekemiä havaintoja. Lainauksen tunnistaa kursivoidusta tekstistä.

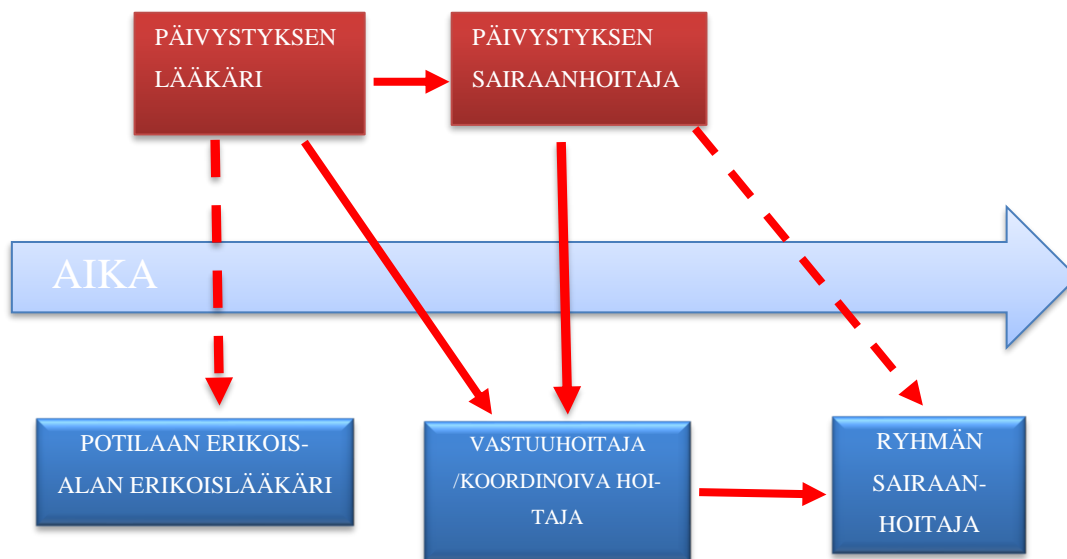
Tutkimustuloksiin pääteltiin vaikuttavan haastateltavien työkokemus. Tähän tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat raportoivat omaavansa työkokemusta ammatistaan keskimäärin 6,9 vuotta, mediaani asettui 5 vuoden kohdalle. Päivystyksen sairaanhoitajat olivat kokeneempia, heillä työkokemusta löytyi keskimääräisesti 8,8 vuotta, mediaanin ollessa 5 vuotta. Osaston sairaanhoitajilla oli taas keskimääräisesti 4,9 vuotta työkokemusta ja mediaani oli 3,5 vuotta.

Omista työyksiköistä oli työkokemusta keskimäärin 3,9 vuotta, mediaanin asettuessa 2,8 vuoden kohdalle. Osaston sairaanhoitajilla oli vähemmän työkokemusta työyksiköstään, keskimääräisesti 2,4 vuotta, mediaanin ollessa 2 vuotta. Päivystyksen sairaanhoitajilla oli keskimääräisesti 5,4 vuotta työkokemusta työyksiköstään, mediaani oli 4 vuotta.

### **8.1 Tämänhetkinen potilaan siirtoprosessi**

Tässä kappaleessa selvennetään potilaan tämänhetkinen siirtoprosessi päivystyksestä osastolla tutkitussa toimintaympäristössä. Yhteenvedon voidaan todeta, että potilaan tämänhetkiseen siirtoprosessin tiedonsiirtoon päivystyksestä osastolle osallistui päivystyksen lääkäri, osaston koordinoiva hoitaja/vastuuhoitaja, osaston sairaanhoitaja, päivystyksen sairaanhoitaja ja mahdollisesti potilaan erikoisalan erikoislääkäri (kuvio 2.). Yhden potilaan siirrossa osastolle tapahtui päivystyksen lääkärin toimesta 1-2 tiedonantoa potilaasta, osaston koordinoivan hoitajan/vastuuhoitajan toimesta 1-2 tiedonantoa potilaasta

ja päivystyksen sairaanhoitajan toimesta 1 tiedonanto potilaasta. Vaihtelevat tiedonannon lukumäärät johtuivat vaihtelevasta tiedonannon tarpeesta tai potilaan osoitetun ryhmän vastuusairaanhoitajan kiireestä, jolloin hänellä ei ollut mahdollista vastaanottaa tiedonantoa. Tiedonannoksi ei lasketa yhteydenottoa, missä puhelu yhdistetään tiedon vastaanottajalle.



Kuvio 2. Suullinen tiedonkulkua päivystyksestä osastolle yhden potilaan siirtoprosessissa. Punaiset nuolet osoittavat kuviossa tiedonkulkua, katkoviivalliset nuolet osoittavat tiedonkulkua, joka ei jokaisessa potilaan siirtoprosessissa toteudu.

### 8.1.1 Tiedonkulkua päivystyksen ja osaston välillä

Potilaan siirtoprosessiin liittyvä tiedonkulkua alkoi päivystyksen lääkärin toimesta. Päivystyksen lääkäri tarvittaessa konsultoi osastoa hoitavaa erikoislääkärinä potilaan osasto-sijoittelusta, jolloin tieto siirtyi lääkäreiden välillä.

*” päivystyksen lääkäri konsultoi meidän lääkäriä et siinä vaiheessa sitte.. jos mietitään et meneekö esimerkiks angioon vai tuleeko osastolle sit kuitenkin.. ”(1)*

Potilaan siirtopäätöksen teytyään, päivystyksen lääkäri otti yhteyttä puhelimitse tiettyyn osaston sairaanhoitajaan, joka kyseisessä vuorossa toimi vastuuhoidajana/ koordinoivana hoitajana. Tällä tavoin osaston henkilökunta sai alustavan tiedon potilaasta. Puhelun tar-

koituksena oli tiedustella soveltuvaa paikkaa potilaalle. Hyvän huonesijoittelun mahdollistamiseksi, lääkäri antoi lyhyen kuvauksen potilaasta vastuuhoitajalle/koordinoivalle hoitajalle.

*” Hän kysyy paikkaa, kertoo lyhyesti millasest potilaasta olis kyse, kyse ja sit yhdes arvioidaan et onks se.. onko meillä tilaa sille potilaalle täällä tai etet pärjääkö hän ihan normaali huonepaikal tai ylipaikalla” (2)*

Päivystyksen lääkäriltä saatu tieto, kirjattiin ylös raportin vastaanottamiseen tarkoitettuun strukturoituun lomakkeeseen vastuuhoitajan/koordinoivan hoitajan toimesta.

*” meillä on tuolla sellanen, öö.. lappu valmiina tehty, tehty sille niinkun potilaan siirtymistä ajatellen etet.. ku ilmoitetaan uus potilas, kirjataan siihen lappuun hetu ja nimi ja tulosyy”(3)*

Vastuuhoitaja/koordinoiva hoitaja kertoi potilaasta eteenpäin potilaan tulevan ryhmän vastuusairaanhoitajalle ja perushoitajalle. Tällöin käytettiin täytettyä lomaketta hyödyksi.

Päivystyksen sairaanhoitaja soitti vastuuhoitajan/koordinoivan hoitajan puhelimeen antaakseen raportin, kun lääkärin teksti potilaasta oli luettavissa potilastietojärjestelmästä. Osaston vastuuhoitaja/koordinoiva hoitaja siirsi päivystyksen sairaanhoitajan soittaman raportointipuhelun suoraan potilaan tulevan ryhmän sairaanhoitajalle, mikäli tämän sairaanhoitajan työtilanne sen salli.

*”Sitteko tää hoitaja soittaa, se soitto tulee siihen vastuuhoitaja, niinku koordinoivalle tai vastuuhoitajalle ja sit jos on sellanen tilanne että, sen ryhmän sairaanhoitaja ketä, kenen ryhmään tää potilas on menossa niin, sitten monta kertaa annetaan hänelle niinku se puhelu, et hän ottaa sit vastaan sen tarkemmat tiedot tältä hoitajalta..”(4)*

Päivystyksen sairaanhoitajan raportin tarkoituksena oli antaa tarkempia tietoja potilaasta, kuin mitä lääkäri oli antanut. Näitä tietoja osaston sairaanhoitaja lisäsi samaan raportointiin vastaanottamiseen tarkoitettuun lomakkeeseen, jota oli jo osittain lääkärin tiedonannon mukaan täytetty.

Päivystyksen sairaanhoitaja käytti tietolähteinään raportissa lääkärin päivystystekstiä, päivystyksen sairaanhoitajien kirjauspohjaa sekä omaa muistia, mikäli raportin antava

sairaanhoitaja oli myös hoitanut potilasta päivystyksessä. Tarvittaessa päivystyksen sairaanhoitaja valmistautui etukäteen raporttiin lukemalla näitä asiakirjoja.

*”mä katon mejän kirjauspohjasta ja sit mulla on se lääkärin teksti siin auki.. ja toki jos on semmonen potilas ketä, ku meillä on kuitenkin omahoitaja järjestelmä päivystykses niin jos on potilas jota oon itte hoitanu alusta alkaen niin kyl mä sen aikalailta ulkookin pystyn siin sit sanomaan”(5)*

Osaston sairaanhoitaja valmistautui mahdollisuuksien mukaan raporttiin, lukemalla lääkärin laatimaa tekstiä ja aikaisempia epikriisejä.

*”useimmiten esimerkiks yöaikaan niin, niin.. mää oon monesti jo ehtiny lukeen sen lääkärin tekstin ja aika hyvin sitte, jos hän on ollu vaikka aikasemmin meillä potilaana ni sit myös ehtiny lukee niitä aikasempia kardiologian tekstejä..”(6)*

Raportin jälkeen osaston sairaanhoitaja varmisti vielä raportissa kerrottuja asioita potilastietojärjestelmän asiakirjoista. Myös potilaalta voitiin vielä varmistaa asioita, hänen saapuessaan osastolle, mikäli potilaan kunto sen salli. Tietyt lomakkeet seurasivat potilaan mukana osastolle, tuoden lisätietoa potilaasta. Nämä olivat esimerkiksi lähetteet ja ensihoidon kirjauslomake, mikäli ensihoito oli potilasta hoitanut.

### **8.1.2 Päivystyksen sairaanhoitajan ja osaston sairaanhoitajan välinen tiedonsiirto**

Päivystyksen sairaanhoitajan ja osaston sairaanhoitajan välinen tiedonsiirto oli ohjeistettu suoritettavan strukturoidusti ISBAR-raportointimallin mukaan. Päivystyksen sairaanhoitajat kuitenkin kertoivat käyttävänsä ISBAR-raportointimallia vaihtelevasti. Osa noudatti ISBAR -raportointimallia, osa noudatti osittain ja osa ei laisinkaan. Osittain noudattavat kertoivat saman tiedon tulevan esille kuin mitä raportointimallin mukaan pitäisi käsitellä, mutta tieto ei esitetty samassa järjestyksessä.

*”lähinnä se tulee tuolt takaraivost jo, et mist mä alotan..mutta isbarin mukaisesti pyrin.. käyttämään kyllä.”(7)*

*”En mä sil taval sitä käytä, kyllähän se olis kai se virallinen mutta ei mun tuu ehkä ihan kaikkee käytyy aina läpi..”(8)*

Osaston sairaanhoitajat kokivat, että ISBAR-raportointimallia noudatettiin pääasiassa osittain.

*”et tuskin kukaan noudattaa sitä 100 %:sesti, mut on siinä ne tietyt ominaisuudet isbarista varmaan kaikilla.. se alkaa siitä alusta ja tulee.. kuitenkin siinä tulee sit tosi paljon, elementtejä siitä isbarista..”(9)*

Syy minkä takia ISBAR -raportointimallia ei noudatettu oli kaksijakoinen. Raportointimalli koettiin työlääksi tavaksi raportoida potilaasta, koska se sisälsi useita eri raportoitavia seikkoja.

*”tai jotenki tuntuu et pitää käydä jotain hirvee listaa läpi, vaik kuitenkin ne sit tulee siin yleensä ne kaikki asiat, tai siin puhelussa, kuitenkin ne kaikki asiat siit esiin”(10)*

Lisäksi osa päivystyksen ja osaston sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, ettei raportin sisältämän tiedon järjestyksellä ollut merkitystä. Tärkeintä oli, että raportti sisälsi kaikki potilaan hoitoon liittyvät olennaiset tiedot.

*”jos ne mene vähän eri järjestyksessä potilaan historian kertominen ja tän hetkisen tilan ja voinnin ja, ja suunnitelmien kertominen, niin mun mielestä sillä ei oo merkitystä”(11)*

Raportointipuheluissa päivystyksen sairaanhoitaja raportoi potilaasta ja osaston sairaanhoitaja esitti väliin tarvittaessa kysymyksiä. Päivystyksen sairaanhoitajat kokivat osaston sairaanhoitajien pääasiallisesti olevan tiedonhaluisia ja kuuntelevan raporttia. Ajoittain osaston sairaanhoitajat olivat antaneet kiireisen tai ei-kiinnostuneen vaikutelman. Osa osaston sairaanhoitajista kokivat ajoittain raportin sisältävän liian vähän tietoa ja joutuvan esittämään useita kysymyksiä riittävän tiedon saadakseen.

*”Aika usein mejän täytyy kysellä, et välil tulee aika suppeesti ne tiedot” (12)*

Vuoropuhelulla puhelun aikana pystyttiin ehkäisemään unohduksia raportissa.

*”ja kyllä mä sit ite yritän vielä viimetteks vielä kysyä sitä et ”onks jotain kysyttävää? ?” koska sit ei välttämät itelle, voi olla et jää joku oleellinenkin asia sanomatta ja sitte toinen, sit osaa täydentää sitä kysymällä ni...”(13)*

Ruuhka ja kiire päivystyksessä vaikutti osaston sairaanhoitajien mukaan potilaan tiedon siirtoon. Päivystyksen sairaanhoitajan antama raportti oli tällöin lähinnä lääkärin tekstin toistoa.

*”monesti must tuntuu et heillä on niin, niin monta eri potilasta siin samaan aikaan ja jollain tapaa kiire, että he kertoo aikalailla sen mitä siinä lääkärin tekstissäkin on lue-  
nut..”(14)*

Päivystyksen sairaanhoitajat antoivat myös raporttia potilaista, joita eivät olleet hoitaneet. Tämä ilmentyi myös lääkärin tekstin toistona päivystyksen sairaanhoitajien mukaan. Molemmat osapuolet lisäksi mainitsivat, ettei päivystyksen sairaanhoitaja tällöin osannut vastata osaston sairaanhoitajan esittämiin kysymyksiin.

*”mä vaan avaan sen mirandan ja luen sieltä.. Sit ku he kysyy jotain niin ”en tiedä””(15)*

Potilasta hoitanut päivystyksen sairaanhoitaja osasi paremmin kertoa potilaan yleisvoinnista raportissa osaston sairaanhoitajan mukaan.

*”osaa paljon paremmin kuvailla potilaan niinkun yleisvointia ketkä on hoitaneet aika-  
semmin”(16)*

### **8.1.3 Potilaan hoitovastuun siirtyminen**

Ajankohta, jolloin hoitovastuu potilaasta siirtyy päivystyksen sairaanhoitajalta osaston sairaanhoitajalle ei haastateltaville ollut selkeä tai yhteneväinen. Useimmissa tapauksissa potilaskuljettaja vei potilaan osastolle, jolloin konkreettista sairaanhoitajien välistä fyysistä potilaan luovutusta ja vastaanottoa ei tapahtunut. Tämä oli pääasiallinen syy siihen, minkä takia mielipide eroja haastatteluissa ilmeni.

*”mä soitan puhelimella raportin enkä mä itse vie potilasta niin, siin on sit ehkä vähän häilyvä raja että, mis kohtaa sit se vastuu siirtyy”(17)*

Potilaskuljettajalla ei ollut hoitovastuuta potilaasta, jolloin osassa haastatteluissa korostui päivystyksen sairaanhoitajan potilaan siirtokunnon arvioinnin tärkeys, hoitovastuun siirtymistä ajatellen.

*”ehkä mä sit aattelin kuitenkin niin, et kyllähän sit kuitenkin mun täytyy hoitajana, niinkun arvioida se tilanne sillon, että mä pystyn luottamaan siihen et se potilas voi turvallisesti siirtyä potilaskuljettajan kanssa.”(18)*

Jos potilas arvioitiin sen kuntoiseksi, että potilas voisi siirtyä potilaskuljettajan avustuksella osastolle, koettiin osassa päivystyksen sairaanhoitajien haastatteluissa, että päivystyksen sairaanhoitajan hoitovastuu päättyy siihen, että potilaskuljettaja lähtee potilasta viemään osastolle.

*”Mun mielestä mä koen et mun hoitovastuu päättyy siinä hetkessä kun potilaskuljettaja sen potilaan hakee”(19)*

Jotkut haastateltavista kokivat, että päivystyksen sairaanhoitajan hoitovastuu päättyy vasta kun potilas saapuu osastolle.

*”sit ku hän on osastolla ni sit se periaattees niinku sit se vastuu on siirretty sinne niinku, jatkavalle taholle.”(20)*

Osaston sairaanhoitajat olivat lähes yksimielisiä siitä, että heidän vastuu potilaasta alkaa, kun potilas saapuu fyysisesti osastolle. Haastatteluissa tuli myös esille mielipide siitä, että osa hoitovastuusta siirtyi jo päivystyksen sairaanhoitajan antamana raportin jälkeen, esimerkiksi määräysten toteuttamisen osalta, mutta tällöinkin kokonaan hoitovastuu katsottiin siirtyvän, kun potilas saapui osastolle.

*”No siin mieles siin kohtaa kun he antaa sen raportin, niin siirtyy mulle jo osa siitä hoitovastuusta, mut sit siin kohtaa ku se potilas konkreettisesti tulee tänne osastolle.. ja mä saan ne potilaan paperit käteen n isit siin kohtaa se on niinkun ihan, selvästi mulla..”(21)*

Osaston sairaanhoitajat kokivat potilaskuljettajan ilmoituksen potilaan saapumisesta sekä potilaspaperien saaminen potilaskuljettajalta merkinä hoitovastuun siirtymisestä heille. Päivystyksen sairaanhoitajilla hoitovastuun siirtyminen oli ainoastaan oletettu asia eikä tästä toiminnasta ollut mitään konkreettista merkkiä.



Päivystyksen ja osaston sairaanhoitajien ymmärrys siitä, mitä hoitovastuun siirtyminen tarkoitti, täydensivät toisiaan. Päivystyksen sairaanhoitajien mukaan, hoitovastuun siirtymisen jälkeen potilaan hoitoon ei tarvinnut enää puuttua, koska osaston sairaanhoitaja jatkoi hoidon toteuttamista.

*”mää oon vastuussa siitä potilaasta, sen lääkitsemisestä ja kaikest niinkauan ku se on siin mun käsissäni periaatteessa.. mut et sit ku se on siirtyny osastolle, n isit niinku mejän ei tarvi, niinku sen asioihin enää puuttuu..”(22)*

Osaston sairaanhoitajille hoitovastuun siirtyminen tarkoitti sitä, että vastuu potilaan hoidosta oli nyt osastolla ja sairaanhoitaja orientoituu ammatillisesti hoitoprosessin eteenpäin viemiseen.

*”se on ehkä semmonen ammatillinen orientoituminen sit siihen, et nyt lähdetään viemään tätä potilaan hoitoprosessia sitte tavallaan mejän osastolla eteenpäin..”(23)*

#### **8.1.4 Potilaan siirtymiseen liittyvät toimet päivystyksessä**

Ennen potilaan siirtymistä osastolle, potilas saatettiin siirtokuntoon. Tämä tarkoitti muun muassa sitä, että kaikki päivystyksen kirjausohjelmaan lääkärin kirjaamat määräykset toteutettiin, potilasta avustettiin potilasvaatteiden pukemisessa sekä potilaan henkilökohtainen omaisuus kerättiin muovipusseihin ja merkittiin nimitarroin. Kivulialle potilaille annettiin kipulääkettä ennen siirtoa ja varmistettiin, että suonensisäistä lääkitystä tai nesteytystä tarvitsevalla tai mahdollisesti tarvitsevalla potilaalla oli suonyhteys. Potilaan liittyvät paperit kerättiin yhteen ja laitettiin paikkaan, josta potilaskuljettajan oli helppo ottaa ne osastolle mukaan.

*”hänellä on tippa ja määrätyt määräykset mä oon suorittanut mitä siellä on lääkäri määränny meidän spider ohjelmaan.. ja katon vaatteet, osastovaatteet päälle, omat vaatteet on potilaan pussissa, pussissa on potilaan tarra ja tota noin ni, sit tarvittavat paperit yleensä kerään valmiiks”(24)*

Sairaanhoitajien välisen raportin jälkeen potilaalle tilattiin sähköisesti kuljetusjärjestelmän kautta kuljetus päivystyksen sairaanhoitajan toimesta. Jos potilaan tila vaati valvontaa matkan aikana, vei päivystyksen sairaanhoitaja potilaan itse. Potilaskuljettajaa käytettäessä jouduttiin ajoittain, ruuhkatilanteesta riippuen, odottelemaan kuljetusta ja sen aikaa potilas odotteli päivystyksessä. Sairaanhoitaja seurasi potilaan tilaa odotuksen aikana. Kuljetuksen viivästyessä, voitiin ajoittain soittaa potilaskuljettajalle ja kysyä heidän aikataulustaan. Potilaskuljettajan saapuessa hänelle identifioitiin potilas, osoittamalla paikan missä potilas sijaitsi. Kuitenkin oletettiin myös, että potilaskuljettaja myös itse identifioi potilaan, kysymällä suoraan potilaalta tai tarkistamalla potilasrannekkeesta, ennen kuin potilasta lähdettiin kuljettamaan.

*”se on myös sit sen vastaanottavan tai hakevan osapuolen vastuulla kysyä et ”oletko sinä nyt Matti?” ja ”vai kuka” tai katsoa siit rannekkeesta, jos en mä kerkee sitä sanomaan ” (25)*

Päivystyksen lääkärin tehtävä oli informoida potilasta siirtymisestä osastolle. Tämän tiedon vieminen potilaan omaisille, jäi pitkälti potilaan omalle vastuulle, koska tämä ei kuulunut päivystyksen sairaanhoitajien toimintatapoihin. Potilasta kuitenkin kannustettiin päivystyksen sairaanhoitajien toimesta informoimaan omaisiaan.

Päivystyksen sairaanhoitajien kirjauspohjaan oli potilaalle, jo päivystyshoidon alussa, avattu hoitokertomus, joka potilaan lähtiessä päivystyksestä, päätettiin päivystyksen sairaanhoitajan toimesta. Muusta potilaan uloskirjaamisesta päivystyksestä huolehti osastonsihtööri, jolle päivystyksen sairaanhoitaja soitti potilaan lähdettyä.

### **8.1.5 Potilaan vastaanottaminen ja siihen valmistautuminen osastolla**

Osaston sairaanhoitajan saatua tiedon tulevan potilaan henkilöllisyydestä, hän mahdollisuuksien mukaan tutustui potilaan tietoihin potilastietojärjestelmässä.

*”mä yleensä sitten, jos on vastuuhoidajana ja on aikaa tutustua, niin mä menen hänen hetuilla hänen tietoihin ja vähän katon, et onks siel jo näkyvis sitä päivystyksen lääkärin tekstii sun muuta ja vähän mitkä.. onks hänellä riskitiedoiss jottain ja.. tämmöst..(26)*

Potilaan hoitoa voitiin myös potilastietojärjestelmässä valmistella, kun päivystyksen lääkärin teksti oli saatavilla ja potilaan hoidon suunnitelmat olivat valmiit. Osaston sairaanhoitaja pystyi potilastietojärjestelmään avata potilaalle hoitopäivän, laatia hoitosuunnitelman ja määrittää hoitotavoitteita, toteuttaa lääkärin määräyksiä ja tarkistaa potilaan lääkityksen sekä mahdollisesti myös jakaa lääkkeitä potilaalle ennen kuin potilas saapui.

*”me yleensä alotetaan jo se joka sen potilaan lopulta ottaa vastaan tai vastuuhoidtaja, niin alkaa tekee sit sille potilaalle hoitopäivää, et hakee henkilötunnuksella sen potilaan, lukee päivystyksen kirjottamat tekstit ja alkaa luomaan jo sitä hoitopäivää sinne valmiiks sitte.. valmiiks sitte ja mahdollisuuksien mukaan tarkistaa lääkityksiä ja toteuttaa niitä tekstissä olevia määräyksiä jo sieltä sitte.. etukäteen”*(27)

Mikäli potilaalle oli määrätty elintoimintojen seuranta osastolla, esimerkiksi telemetria- tai happisaturaatio seuranta, valmisteltiin valvontavälineistöt ennen potilaan saapumista.

Potilaskuljettaja ilmoitti hoitajille, kun potilas saapui osastolle. Hän myös varmisti, että oli tuonut potilaan oikealle osastolle.

*”potilaskuljettaja varmistaa meilt et tämmönen ja tämmönen potilas on tuotu, et ”onks oikee paikka?” Sit me varmistetaan et ”joo, kyllä”* (28)

Usein osaston sairaanhoitajat vastaanottivat potilaan työparin kanssa. Alkuun he varmistivat potilaan henkilöllisyyden kysymällä potilaan nimen sekä mahdollisesti myös henkilötunnuksen ja varmistivat, että potilalla oli potilasranneke. Potilasta informoitiin siitä mihin potilas on tullut, mihin huoneeseen hänet viedään sekä varmistettiin, että potilas ymmärsi, minkä takia hän nyt tälle osastolle oli päätenyt ja minkälaista hoitoa hänelle nyt aletaan antamaan.

*” kerrotaan vähän osastost, mitä tapahtuu seuraavaks ja kysytään et tietääkö minkä takia on osastolla ja kerrotaan sitte et mitä on nyt suunnitelmassa hoidon suhteen..”* (29)

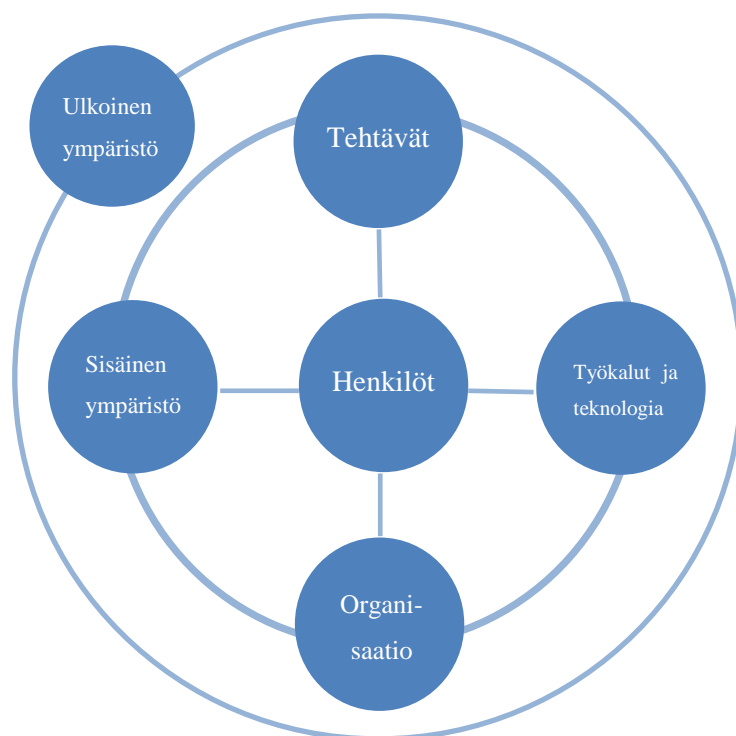
Potilaan elintoimintoja kuten verenpaine, happisaturaatio ja syke, tarkistettiin heti potilaan tulovaiheessa potilaalta. Jos potilaalle oli määrätty jokin uusi lääke potilaan akuuttiin oireeseen/löydökseen, annettiin lääke jo heti potilaan tullessa osastolle.

Osaston sairaanhoitajat myös tarkistivat raportissa kerrottuja asioita potilastietojärjestelmästä. Erityisesti päivystyksessä annettujen lääkkeiden antoajat kiinnostivat ja jos nämä kirjaukset puuttuivat, soittivat osaston sairaanhoitajat ja varmistivat lääkkeenannon.

*”jos ei ne lue sielä skannatus, ni me yleensä viel soitetaan peräänki joskus, varmistetaan et onko vai eikö oo saanut..”(30)*

## 8.2 Potilaan siirtoprosessiin vaikuttavat systeemiset tekijät

Haastattelujen avulla selvitettiin potilaan siirtoprosessiin vaikuttavia systeemisiä tekijöitä. Eli niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat järjestelmän kokonaiskuvassa potilasturvallisuuden ja onnettomuuksien hallintaan. Deduktiivisen analyysin avulla jaoteltiin nämä tekijät kuuteen eri kategoriaan perustuen SEIPS 2.0 -mallin työjärjestelmän mukaiseen jaotteeluun (kuvio 3.).



*Kuvio 3. Työjärjestelmä koostuu kuudesta eri komponentista SEIPS 2.0 -mallin mukaan (Holden ym. 2014). Tässä työssä haastatteluissa esille tulleet systeemiset tekijät jaotellaan näiden komponenttien mukaan.*

## **8.2.1 Organisatoriset tekijät**

### **Toimintamallit**

Ennalta määrättyissä toimintamalleissa päivystyksessä ja osastolla, löytyi sekä potilaan siirtoprosessia edesauttavia että hankaloittavia malleja. Oma potilas -järjestelmä päivystyksessä, eli toimintamalli missä pyritään potilaan vastaanottamiseen, hoitoon ja luovutukseen yhden ja saman työntekijän toimesta, kuului selkeästi potilaan siirtoprosessia edesauttaviin toimintamalleihin. Silloin sairaanhoitaja tiesi enemmän potilaasta ja näin ollen pystyi antamaan kattavamman raportin tiedonsiirtotilanteessa.

*”..meillä on omahoitaja systeemi jossain mielessä mahdollisuuksien mukaan, niin varmaan se sillee niinkun.. edesauttaa sitä että mä tiedän niistä muutamasta, mun pitäis ainakin tietää enemmän kun sun, niistä mun potilaista..”(31)*

Osastolla käytössä oleva täydennettävä lomake raporttia vastaanottamista varten, koettiin hyödylliseksi. Tämä sisälsi ISBAR-raportointimallista otettuja kohtia, joita täydennettiin sekä päivystyksen lääkärin että sairaanhoitajan raportin aikana.

*”.. on hyvä et meil on se raportti lappu mihin sit kirjoitetaan lääkärin ja hoitajan soitosta, ne tärkeimmät asiat siihen sit ylös..”(32)*

Potilaan siirtoprosessia hankaloittavat toimintamallit, olivat osittain muuta toimintaa edesauttavia toimintamalleja yksiköissä. Osastolla potilashuoneiden tyyppi -merkitseminen nais- tai mieshuoneiksi, vaikeutti potilaan paikan saantia ja tätä kautta pitkitti potilaan päivystyksessä oloa. Päivystyksessä taas henkilökunnan liikkuminen hoitoyksiköstä toiseen ruuhkatilanteiden helpottamiseksi, lisäsi hoitajavaihtuvuutta hoitoyksikössä, jolloin välttämättä kellään työntekijöistä ei ollut kokonaiskuvaa potilaan hoidosta.

*”..vähänväliä joudutan hoitoyksiköstä akuun (akuuttihoituhuoneeseen) mennä apuun tai jostain sellasta tai sitten niinku se, että akulaiset on jossain auttamassa, jos aku on tyhjä,*

*niin me ollaan auttamassa hoitoyksiköissä. Otetaan potilasta vastaan, niin eihän se hoito sillon jatku mun toimesta kun mä siirryn sit akuun kun tulee potilaita.. ” (33)*

Jotkut toimintamallit potilaan siirtoprosessissa sisällyttivät tai aiheuttivat toimintaan ylimääräisen toimijan. Osastolla koordinoiva-/vastuuhoitaja vastaanotti siirtotilanteeseen liittyvät puhelut: päivystyksen lääkärin puhelun kokonaisuudessaan ja päivystyksen sairaanhoitajan puhelun tarvittaessa. Koordinoiva-/vastuuhoitaja myös ajoittain alusti potilaan hoidon sähköiseen potilastietojärjestelmään sekä mikäli potilaan oman ryhmän vastuusairaanhoitaja oli estynyt, vastaanotti potilaan ja saattoi tämän potilashuoneeseen. Tällainen toimintamalli loi epäselvyyttä siitä, kenellä vastuu potilaasta tässä ajankohdassa oli, kun osaston sairaanhoitaja jolle potilas oli osoitettu, ei ollut nähnytkään potilasta.

*”.. jos silloin tulee potilas (aamuvuoroissa) ja sit hän (vastuuhoitaja) onki se joka on tehnyt hoitopäivät ja lääkkeet tarkistanu ja vie potilaan huoneeseen n isit se (kenellä on hoitovastuu) on niinkun vähän ehkä epäselvää.. ”(34)*

Päivystyksessä päivystyksen sairaanhoitajan ja osaston sairaanhoitajan välistä tiedonsiirtotilannetta viivytettiin, kunnes lääkärin päivystysteksti oli käytettävissä. Tämä ajoittain johti siihen, että tiedonsiirtoajankohta siirtyi sairaanhoitajien vuoronvaihteen jälkeiseen aikaan ja potilasta tuntematon päivystyksen sairaanhoitaja joutui tiedonsiirron toteuttamaan.

*” että, niit tilanteit tulee vastaan ja meillä on sairaanhoitajia jotka tekee pitää päivää, eli niitten täytyy olla seuraavas niinku hoitoyksikös ja siel odotetaan niinku et hän siirtyy toisesta hoitoyksiköst nii, jos siihen sit kuitenkin jää odottamaan jotain tekstii.. ”(35)*

### *Potilasturvallisuuskulttuurin vaikutus päivystyksessä ja osastolla*

Potilasturvallisuuskulttuuri päivystyksessä ja osastolla paransi yleensä turvallisuutta potilaan siirtoprosessissa. Haastateltavat kuvasivat kuinka avustamalla työkaveria, eli tekeillä tiimityötä mahdollistettiin sujuvampaa potilaan siirtoprosessia.

*”Kyl sit muut hoitajat tuuraa tai muuta et, jos tulee joku semmonen äkillinen juttu mun potilaalla tavallaan et se tarvii jotain tai..(omahoitajan ollessa raporttia antamassa puhelimitse)  
”(36)*

Lisäksi sekä osastolla että päivystyksessä haluttiin varmistaa luovutettavan/vastaanotettavan tiedon tarkistamalla, että suullinen ja kirjallinen tieto täsmäsivät keskenään.

*”ne tulee aina katottua, sit sieltä tarkistettua ne lääkitykset vielä et he (päivystyksen sairaanhoitajat) on todella antanu, mitä he on antanu niin..”(37)*

*”sit mä luen sen tekstin läpi ja katon et ne asiat on sil tavalla, ku me ollaan niinku.. tai on siinä.. jos sitä potilasta on itte hoitanu, on samal taval ku on sitä hoidettu..”(38)*

Erityisesti päivystyksessä johdon tuki päivystyksen sairaanhoitajan toiminnalle siirtoprosessin yhteydessä koettiin tärkeäksi, mutta tällä hetkellä liian vähäiseksi. Haastatteluissa kävi ilmi mielipide siitä, että päivystyksessä esiintyy syyllistävää kulttuuria siirtoprosessiin liittyvien HAIPRO-ilmoitusten käsittelyssä.

*”.. niihin (päivystykseen osoitetuille haiproille) tarvis meidän johdon tavallaan viitata kintaalla eikä niinkun syyllistää meitä siitä, et kyl me taatusti tehdään parhaamme, jos meillä on riittävä henkilökunta määrä, meil saadaan riittävä perehdytys, et kaikki tekee tätä työtä niin kun tätä on tarkoitus tehdä..”(39)*

## **8.2.2 Tehtäviin liittyvät tekijät**

### *Toisten henkilöiden tehtävien suorittaminen*

Haastateltavien mukaan sairaanhoitajat suorittivat omien tehtävien lisäksi tehtäviä, jotka eivät alun perin olleet osoitettu heille suoritettaviksi. Sekä osaston että päivystyksen sairaanhoitajat suorittivat potilaan siirtoprosessiin liittyviä lääkärin tehtäviä. Päivystyksessä sellainen lääkärin tehtävä, jota päivystyksen sairaanhoitaja joutui ajoittain suorittamaan, oli potilaan informoiminen hänen jatkohoidostaan ja jatkohoidon syistä.

*”..yleensä siin vaihees lääkäri on toivottavasti käynny jo sanomas sille potilaalle, et se sit tietää et se on menos sinne osastolle, mut niinkään ei aina sit oo..et sit se saattaa olla se et se potilas saa vasta siin vaiheessa(kun hoitaja käy ilmoittamassa potilaalle tilanneensa kyydin osastolle) myös kuulla sen että, et ”olet menossa osastolle”.. (40)*

Osaston sairaanhoitajien suorittama lääkärin tehtävä oli potilaan kotilääkityksen tarkistaminen. Haastatteluissa kävi ilmi, että lähes aina lääkärin päivystystekstissä oli potilaan kotilääkitys kirjattu väärin. Syyksi tähän arvioitiin olevan väärät tietolähteet. Osaston sairaanhoitaja joutui tarkistamaan kotilääkityksen uudestaan, joko potilaalta itse tai muulta henkilöltä, joka potilaan lääkityksestä huolehti kotioloissa.

*” mä tiedän ehkä kaks lääkäriä, jotka niit tarkistaa potilaalta, ihan niinkun konkreettisesti, et he kysyy ja.. laittaa ne muutokset myös sinne lääkeohjelmaan, mut yleensä ne on katottu vaan, joko resepteistä tai sitte jostain aikasemmast epikriisist ne lääkkeet, et kyl ne aika usein joutuu muuttan..”(41)*

Osaston sairaanhoitajat joutuivat myös ajoittain suorittamaan päivystyksen sairaanhoitajien työtehtäviä. Kiire päivystyksessä nähtiin olevan syyn keskeneräisen potilaan saapumiseen osastolle.

*”.. joskus ne tulee vaan et määräykset on siellä ja mitään ei oo vielä tehty ja sit me alotetaan se, alotetaan se vasta (potilaan hoito)..”(42)*

### **Kirjaaminen päivystyksessä**

Haastatteluissa kävi ilmi, että kirjaaminen sairaanhoitajien toimesta päivystyksessä oli vaihtelevaa ja usein puutteellista. Erityisesti potilaan kunnosta ja tämänhetkisestä voinnista kirjaaminen oli yleensä vähäistä.

*”..siis varmasti lääkkeet kirjataan ja kaikki semmoset oleelliset pääsääntöisesti, mut se yleinen potilaan kirjaaminen[...] sill on merkitys kymmenen tuntii myöhemmin sinne osastolle, et onks se kävelly aamul kuudelt et voik sitä edes olettaa et se kävelee, mutta tota nini niitä kirjataan liian vähän..”(43)*



Mikäli potilaan luovuttaja päivystyksessä oli lisäksi sairaanhoitaja, joka ei ollut hoitanut tai nähnyt potilasta ja potilaasta ei ollut kirjauksia hänen tämänhetkisestä voinnista potilastietojärjestelmässä, vaikeutti tämä osastolla potilaan vastaanottoa. Osaston sairaanhoitajille annettu ymmärrys potilaasta saattoi tällöin olla ristiriidassa odotuksiin nähden. Tämä vaikeutti esimerkiksi potilaspaikkasijoittelua, koska potilas ei välttämättä sopinut hänelle varatulle paikalle saapuessaan osastolle.

*”kyl se välillä on haitaks varsinkin sillon jos se potilas on tulos meille ylipaikalle, et jos se hoitaja ei oo sitä potilasta nähny, koska välil on käynny niin et, et heidän sen tekstin mukaan mitä he lukee sielt koneelta, ni se potilas onki ihan hyvävointinen ja sopis mejän ylipaikalle, mut sitku se on tullu meille, ni onki ollu sit huonompikuntonen potilas, ku mitä me ollaan tavallaan osattu odottaa ”(44)*

### **8.2.3 Henkilöihin liittyvät tekijät**

#### *Siirtoprosessia edesauttavat henkilöt*

Haastatteluissa tuli esille useamman eri henkilöiden helpottavan sekä osaston että päivystyksen sairaanhoitajan työtä potilaan siirtoprosessissa. Potilas ja/tai omaiset pystyivät toimimaan tietolähteenä esimerkiksi potilaan kotilääkityksen osalta. Päivystyksen lääkäri edesauttoi päivystyksen sairaanhoitajan työtä potilaan siirtoprosessissa, antamalla tarvittaessa arvionsa siitä, tarvitseeko sairaanhoitaja saattaa potilaan osastolle vai pystyisikö potilas siirtymään pelkästään potilaskuljettajan saattamana. Potilaan erikoisalan erikoislääkäri toimi ajoittain osaston sairaanhoitajien taustatukena siinä tapauksessa, jos potilaan hoidon suunnitelmassa oli jotain epäselvyyttä.

*”..jos siinä suunnitelmassa on jotain mikä jää mietityttään tai on kysyttävää niin monesti ne sit kuitenkin, mä ainakin itse sit turvaudun siihen kardiologiin”(45)*

#### *Potilaan yksilöllisyyden vaikutus*

Sairaanhoitajat toivat haastatteluissa myös esille, miten potilaan yksilöllisyys vaikutti siirtoprosessiin. Tiedonsiirtoon vaikutti esimerkiksi potilaan sairaushistorian pituus, potilaan kognitiivinen toimintakyky potilastietojen varmistamisessa ja potilaan akuuttiin

ongelmaan liittyvät tekijät huonesijoitteluun osastolla. Lisäksi potilaan itsemäärämisoi-  
keutta kunnioitettiin niissä tilanteissa siirtoprosessissa missä potilas tahtoaan osoitti.

*”Toki sit noudattaen potilaan omaa tahtoo, joskus joku potilas hyvin sinnikkäästi pitää  
kiinni siitä et hän halua pitää omat vaatteet ni, ni se on sitte hänen oikeutensa siinä koh-  
taa” (46)*

### *Päivystyksen lääkärin vaihtelevien toimintatapojen vaikutus*

Päivystyksen lääkärin vaihtelevat toimintatavat lisäsivät taas sairaanhoitajan työtä ja vai-  
kuttivat mahdollisesti heikentävästi potilasturvallisuuteen.

*”.. tietyt lääkärit hoitaa asiat tietyllä tavalla ja tietyt sit niinku eri tavalla, ni joidenkin  
jäljiltä on helpompi jatkaa ja joidenkin kans joutuu sit tekemään vähän enempi sitä taustat-  
tatyötä..”(47)*

Päivystyksen lääkärin vaihteleva toiminta näkyi osastolla vaihtelevana potilaasta koske-  
vana tiedonmääränä. Suullisessa tiedonannossa potilaan paikkavarausta tehdessä tiedon-  
määrä vaihteli sekä itse päivystystekstissä esiintyi myös ajoittain puutteellista ja virheel-  
listä tietoa.

*”Esitiedoissa on puutteita, potilaalta ei varmisteta asioita, ei varmista sairauksia, siellä  
on virheellisiä asioita, vanhoja asioita.. ja sit se lääkitys on se ainainen ongelma”(48)*

Lisäksi lääkityksien ja määräyksien kirjaamistavat vaihtelivat, jotkut lääkäreistä kirjasi-  
vat lääkkeet oikeaoppisesti lääkeohjelmaan ja määräykset niille tarkoitettuun paikkaan  
potilastietojärjestelmässä, jotkut taas mainitsivat lääkityksen ja määräykset ainoastaan  
päivystystekstissä. Osaston sairaanhoitajien mukaan joskus päivystystekstissä oli ainoas-  
taan merkintä siitä, että lääkitys jatkuu entisellään. Osaston sairaanhoitajille tämä menet-  
telytapa lisäsi huomattavasti heidän työmäärää.

*”on se puutteellisuus lääkityksessä, että sitä lääkitystä ei oo varmistettu potilaalta tai, tai  
saneltu, siinä lukee pelkästään et lääkitys jatkuu entisen mukaan, mut ei oo mitään*

*niinku.. siinä ei niinku lue mitään vaan, sit pitää käyä uuestaan potilaan kans se läpitte”(49)*

Lääkärin kirjoittama päivystysteksti vaikutti päivystyksen sairaanhoitajien osalta luovuttavan suullisen tiedon laatuun.

*”.. että se lääkärin teksti olis semmonen hyvä, napakka.. et ei olis mikään ihan hirvittävän pitkä, koska jos se rönsyilee niin itteki rupee sit vähän harppoo sitä tekstiä sieltä läpi..”(50)*

Puutteet lääkärin tekstissä, erityisesti hoidon suunnitelman osalta, nähtiin olevan osastolla potilasturvallisuusriski. Kokematon hoitaja ei välttämättä osannut puutteita huomioida.

*”..et jos lääkärin teksteis on puutteita ja joku nuorempi hoitaja kyseessä, ni siinä on aina se riski et hän ei aina välttämättä edes huomaa ajatella asioita..”(51)*

#### ***Päivystyksen sairaanhoitajan kapeampi näkemys siirtoprosessista***

Haastatteluissa kävi myös ilmi, että päivystyksen sairaanhoitajalla oli verrattuna osaston sairaanhoitajiin, kapeampi näkemys potilaan siirtoprosessista. Erityisesti miten eri henkilöiden toimet vaikuttivat tai voisivat vaikuttaa siirtoprosessin potilasturvallisuuteen. Osaston sairaanhoitajan kannalta esimerkiksi päivystyksen lääkäri oli ensimmäinen yhteydenotto osastolle päin potilaasta ja yksi merkittävä tiedon laatuun vaikuttava toimija. Päivystyksen sairaanhoitajien näkökannan mukaan ei potilaalla, omaisella tai päivystyksen lääkärillä ollut juurikaan vaikutusta potilaan siirtoprosessiin päivystyksen ja osaston välillä.

*”Lääkäri ei näihin osallistu, että.. siirtotilanteisiin sit, ellei oo joku todella akuutti potilas, mut et jos puhutaan normaalille vuodeosastolle siirtyvästä potilaast ni, ei oo lääkärillä siinä siirros kauheesti osaa, muutko.. se teksti tietysti sen mukaan, sen he tekee ja sen mukaan mä ilmoitan”(52)*

Osaston sairaanhoitajille tämä heijastui esimerkiksi siten, ettei päivystyksessä hyödynnetty potilasta tietolähteenä juurikaan.

*”heiltähän (potilailta) olis voinu jo ne lääkelistat ja muut tarkistaa jo siel päivystyksessä tietysti heil ei ehkä aika ja resurssit siihen sit riittä mutta.. et heit olis voinu ehkä hyödyntää siinä hoitoprosessin helpottamisessa jo et, olis voitu jo osa asioista tehdä jo ennen sitä siirtoa..”(53)*

#### **8.2.4 Ulkoiseen ympäristöön liittyvät tekijät**

Päivystyksen sairaanhoitajia kuormitti potilaiden jatkohoitoaikojen vähyys. Tämä tar-koitti sitä, että päivystyksen kannalta valmiita potilaita kerääntyi heidän hoitoyksiköihin aiheuttaen päivystyksen sairaanhoitajalle lisää hoidettavia. Tämä vaikutti myös siirtopro-cessin tiedonsiirtoon heikentävästi. Potilaan odottaessa jatkohoitoaikoja päivystyksessä, saattoi koko henkilökunta vaihtua ennen kuin potilaalle oli löydetty jatkohoitoaika. Po-tilaan siirtoprosessin joutui tällöin hoitamaan sairaanhoitaja, joka ei ollut hoitanut poti-lasta. Myös liiallinen potilasvirta sairaanhoitajien määrään nähden, aiheutti potilaan vii-pymistä päivystyksessä sairaanhoitajien vuoronvaihdon yli, jolloin vaikutus oli yhtäläi-nen. Potilaan viipyessä sairaanhoitajien vuoronvaihdon yli päivystyksessä, loi tämä myös vuoronvaihtoraportille vaatimuksia. Kuitenkin liiallinen määrä potilaita, potilasvirran tai jatkohoitoaikojen puutteiden takia aiheutti sen, ettei vuorosta lähtevillä ollut mahdolli-suus kattavasti potilaan tietoja kertoa eikä vuoroon tulevat pystyneet kaikkea tietoa omak-sumaan.

*(liittyen sellaisen potilaan luovuttamiseen jota ei tunneta) ”..sul on se tieto mitä edeltävä vuoro an-taa, mutta ku he voi antaa niinkun kahdestakymmenestä potilaasta sulle raportin, nii ne ei jääkään sillälaille mieleen ku sää saat monen ihmisen tiedot kerralla..”(54)*

Osastolla lyhyet hoitoajat aiheuttivat runsasta potilasvaihtuvuutta, jota oli vaikea hallita. Tämä kuormitti sairaanhoitajan työtä sekä kykyä omaksua uusia potilaita.

*” potilas vaihtuvuus on suuri, sit se luo tosi paljon painetta siitä, esimerkiks päivystys koittaa.. pukataan potilaista meille ja sit samalla valvonnasta tulee potilaita meille.. [...] on niin monta palloa mitä sää pyörität ilmassa et sit pelkää et mikä niist putoaa, ettei mee mikään sit sen potilasturvallisuuden niinkun kustannuksella”(55)*

### 8.2.5 Työkaluihin ja teknologiaan vaikuttavat tekijät

Päivystyksen kirjauspohja nähtiin hyödylliseksi apuvälineeksi siirtoprosessin toteuttamisessa erityisesti päivystyksen sairaanhoitajien näkökulmasta. Tiedonsiirtotilanteessa kirjauspohjasta oli helppo tarkistaa tietoja ja esimerkiksi kellonajat olivat selkeästi esillä. Kuitenkin esimerkiksi potilaan perussairaudet tarkistettiin Miranda potilastietojärjestelmässä, jolloin ohjelmia piti olla useampia auki.

*”et sit siinä pitää olla useampi ohjelma itelläki auki.. et pysty ne sieltä bongailemaan..”(56)*

Osaston sairaanhoitajille päivystyksen kirjauspohja oli kuvatiedostona käytettävissä. Heidän mukaan tärkeimmät tiedot löytyivät kirjauspohjasta. Hankaloittavana tekijänä pidettiin sitä, että usein potilas oli jo jonkun aikaa ollut osastolla, ennen kuin tiedosto oli osaston sairaanhoitajille käytettävissä. Lisäksi, koska kirjauksia ei pystynyt reaaliajassa seuraamaan, jäi osastolle raportin ja potilaan osastolle saapumisen välinen aikaväli pimeään, kunnes spider -kuvatiedosto oli osastolle käytettävissä ja osaston sairaanhoitajalla oli aikaa sitä lukea. Tällä oli merkitystä sellaisissa tilanteissa, jolloin potilaalle oli suoritettu hoitotoimenpiteitä tai potilaan voinnissa oli tapahtunut muutoksia tämän ajanjakson aikana.

*”..me ei niinkun suoraan nähdä niitä päivystyksen hoitajien kirjauksia silloin kun potilas vielä on päivystyksessä.. Et sen, heidän soittama raportin jälkeen, saattaa välil mennä tunti puoltoistakin et se potilas on meidän osastolla, ni sit sinä aikana mitä tapahtuu niin me ei nähdä sitä ennen ku vast he siirtää sen heidän kirjaaman tiedon sinne semmoseen muotoon et me pystytään se lukemaan..”(57)*

### 8.2.6 Sisäiseen ympäristöön vaikuttavat tekijät

Sekä päivystyksen että osaston sairaanhoitajat kuvailivat luovuttavan ja vastaanottavan tietoja rauhottomissa ympäristöissä. Päivystyksen sairaanhoitajat suorittivat tiedonsiirtopuhelun kansliassa, jossa sekä lääkäri että muita sairaanhoitajia työskenteli. Päivystyksen sairaanhoitajat eivät kuitenkaan kokeneet asian ongelmallisena tai ratkoivat ongelman siirtymällä esimerkiksi rauhalliseen lääkehuoneeseen pitämään raporttia.

*”jos siin kanslias on hirvee hälinä ja näin, nii meil on lääkehuonees.. siel on kans kone, et jos se vapaana ni, ni se on aika semmonen hyvä paikka raportin antamiseen..”(58)*

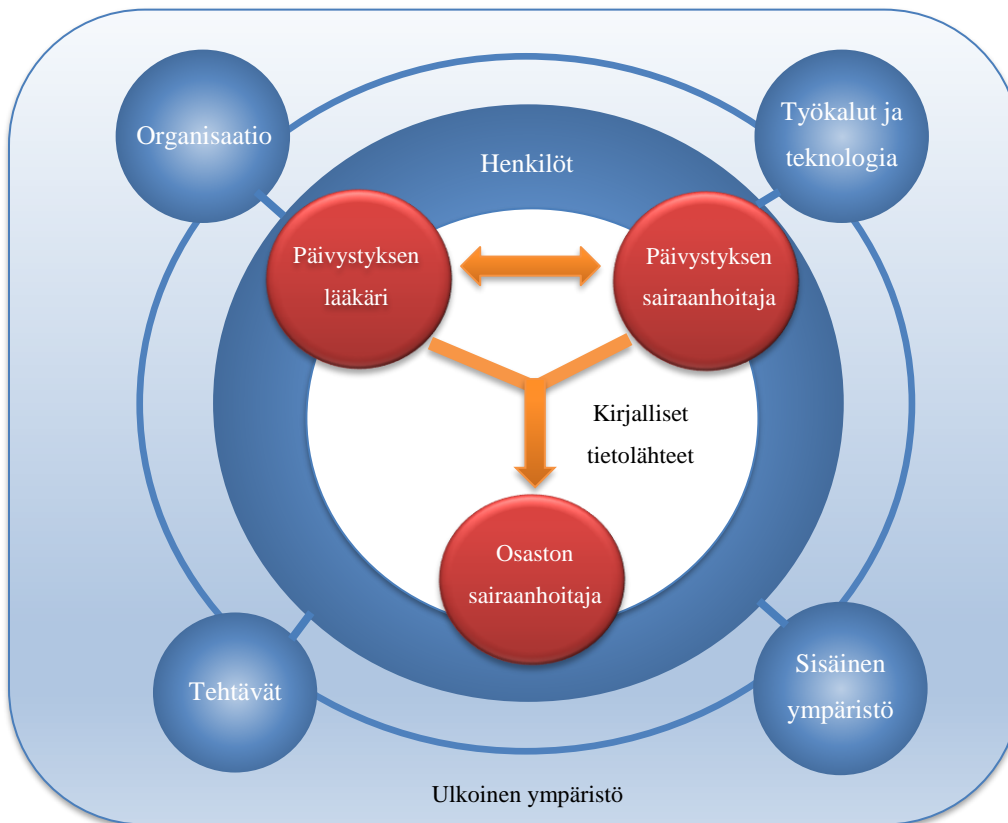
Osaston sairaanhoitajat ottivat tiedonsiirtopuhelua vastaan työn lomassa ja hakeutuivat rauhallisempaan ympäristöön, mikäli tämä oli mahdollista. Vastaanottaessa puheluita päivystyksen lääkäriltä, oli hyötyä hakeutua osaston kansliaan koska sieltä löytyi tietoa osaston potilastilanteesta.

Potilaan siirtoprosessia vaikeuttava tekijä päivystyksessä oli ATK-päätteiden vähyys. Välttämättä kaikilla sairaanhoitajilla ei ollut omaa päätettä työvuoronsa aikana. Tämä hidasti potilastietojen saatavuutta.

### **8.3 Turvallinen potilaan siirtoprosessi**

Tässä kappaleessa kuvaillaan abduktiivisen päättelyn avulla, miten parhaiten tutkituissa toimintaympäristöissä voisi suorittaa potilasturvallisuutta tukeva potilaan siirtoprosessi. Perustelut valinnoille on haluttu tietyissä tapauksissa selkeyttää, viittaamalla suoraan aikaisemmin tässä työssä esitettyihin, suoraan aineistosta otettuihin lainauksiin. Lainauksiin viitataan numerolla, joka löytyy jokaisen lainauksen päätteeksi suluissa, ja sivunumerolla.

Yhteenvetona voidaan todeta, että päivystyksen lääkärin, päivystyksen sairaanhoitajan ja osaston sairaanhoitajan tiimityöskentely on turvallisen siirtoprosessin perusta (kuvio 4.). Systemiset tekijät ovat edesauttamassa ja sujuvoittamassa tätä. Kirjalliset tietolähteet ovat tiedonkulun oleellisin tekijä ja tämän vuoksi tuotu kuviossa erityisesti esille. Ulkoiseen ympäristöön, eli potilasvirtaan ja potilasvaihteluun, liittyviä hallinta keinoja ei tässä päättelyssä ole selvitetty, koska tämä osio asettuu jo tämän opinnäytetyön tarkoituksen ulkopuolelle.



Kuvio 4. Abduktiivinen päättely turvallisesta potilaan siirtoprosessista. Oranssit nuolet kuvaavat tiedonkulkua.

### 8.3.1 Tiedonkulku

Potilaasta vastuun ottavan osaston sairaanhoitajan tulisi siirtoprosessin tiedonkulun tuloksena tietää minkälainen potilas on osastolle tulossa sekä miten potilasta lähdetään seuraavaksi hoitamaan. Näitä kahta eri seikkaa tulisi pitää tiedonkulun tavoitteena. Tutkitussa siirtoprosessissa tapahtuu pääsääntöisesti kaksi suullista yhteydenottoa päivystyksestä osastolle, päivystyksen lääkärin ja päivystyksen sairaanhoitajan toimesta. Teoriassa lääkärin puhelinsoiton tarkoitus on ainoastaan varata paikka potilaalle, mutta käytännössä tässä puhelussa annettuja tietoja hyödynnetään kuvan luomiseen tulevasta potilaasta (kts. s.37, lainaus 32). Tämän vuoksi voisi olla hyödyllistä standardoida lääkärinkin antama informaatio, koska optimaalisessa tilanteessa päivystyksen sairaanhoitajan ja päivystyksen lääkärin tiedonannot täydentäisivät toisiaan. Lääkärin antaessa samat tiedot kaikista potilaista, tietää päivystyksen sairaanhoitaja mitä tietoja on jo annettu. Tällöin sairaanhoitaja voi omassa tiedonsiirrossa keskittyä raportin antamiseen hoitotyön näkökulmasta.

Tämä voisi helpottaa päivystyksen sairaanhoitajan työkuormaa, koska vastuu kaiken tarvittavan tiedon siirtämisestä potilaasta on tällä hetkellä päivystyksen sairaanhoitajalla.

Siirtoprosessin tiedonantajana tiedonsiirtotilanteessa sairaanhoitajien välillä, tulisi aina olla se henkilö, joka on hoitanut potilasta. Jos potilasta ei ole hoitanut, ongelmaksi muodostuu käytännön kannalta oleelliset potilaan hoitamiseen liittyvien tietojen antaminen vastaanottavalle osapuolelle, koska näitä voi tiedon paljoudesta olla hankala ymmärtää tärkeiksi siirrettäviksi tiedoiksi. Käytännössä tämä näkyy lääkärin päivystystekstin äänen lukemisena. Lisäksi potilasturvallisuuden ylläpitämisen kannalta tärkeä interaktiivinen kommunikaatio ei toteudu koska luovuttava osapuoli ei osaa vastata kysymyksiin (kts. s.31, lainaus 15).

Tiedon vastaanottavalla osapuolella, eli osaston sairaanhoitajilla tulisi olla pyrkimys siihen, että potilaan tulevan ryhmän vastuusairaanhoitaja ottaisi itse vastaan kaikki päivystyksestä tuleva tieto potilaasta. Kuitenkin tutkimuksessa toimintaympäristössä vaikuttaa olevan mahdotonta täysin välttää välikäsiä, koska tämä vaikuttaisi liiallisesti siirtoprosessin sekä osaston yleisen toiminnan sujuvuuteen. Näin ollen tulisi annettu tieto näin monesta tietolähteestä pyrkiä saamaan sillä tavoin jäsenneiltyä yhteen, jotta sairaanhoitaja voisi luoda itselleen ymmärryksen potilaasta. Esitäytetty raportoinnin vastaanottolomake toimii tässä suhteessa tiedon koontia ja jäsenystä edesauttaen (kts. s.37, lainaus 32) sekä toimii muistutuksena unohtuneesta asiasta suullisen tiedonsiirron aikana, mikäli joku kohta lomakkeesta jää tyhjäksi.

Päivystyksen sairaanhoitajat toteuttavat potilaan siirtoprosessia siten, etteivät anna raporttia potilaasta osastolle ennen kuin lääkärin teksti potilaasta on käytettävissä potilastietojärjestelmässä. Tämä odottelu ajoittain johtaa siihen, että sairaanhoitaja, joka ei ole hoitanut potilasta, joutuu potilaasta antamaan raportin. Esimerkiksi vuoronvaihdon jälkeen näitä tilanteita ilmenee (kts. s. 38, lainaus 35). Kuitenkin päivystyksen sairaanhoitajan mukaan, mikäli hän on hoitanut potilasta alusta asti, kykenee hän lähestulkoon ilman tietolähteitä antamaan raportin (kts. s. 28, lainaus 5). Näin ollen voisi tähän toimintatapaan tuoda joustavuutta siten, ettei välttämättä aina lääkärin teksti tarvitsisi olla käytettävissä kun sairaanhoitajien välinen tiedonsiirto tapahtuu. Tämä sujuvoittaisi siirtoproses-



sin toimintaa, tuoden suulliseen tiedonsiirtoon mahdollisesti laadukkaampaa tietoa. Määrällisesti tieto mahdollisesti vähenisi, mutta kirjallisista tietolähteistä tieto kuitenkin löytyisi. Potilasturvallisuuskulmasta tällainen mahdollisuus joustaa toimintatavoista, antaa henkilökunnalle mahdollisuuden suoriutua työstään parhaalla mahdollisella tavalla, jolloin henkilökunta pystyy resilienssiä käyttämällä ylläpitämään potilasturvallisuutta. Tällainen toimintatapa ei kuitenkaan tarkoittaisi sitä, etteikö lääkärin tekstiä tulisi odottaa ennen kuin potilas lähtee osastolle, koska osaston sairaanhoitajat tarvitsevat tekstiä tietolähteenä jo potilaan saapuessa osastolle.

### **8.3.2 Tietolähteet**

Siirtoprosessissa tiedon optimaalisen kulkemisen edellytys on kirjallisen tiedon laadukas toteuttaminen. Lääkärin asianmukainen tietojen käsittely ja tätä kautta huolellinen päivystystekstin laadinta, on hyvin oleellinen seikka turvallisessa siirtoprosessissa. Päivystyksen lääkärin teksti toimii siirtoprosessissa päivystyksen sairaanhoitajalle tietolähteenä (kts. s.28, lainaus 5) ja pääasiallisena tietolähteenä mikäli potilasta ei tunneta (kts. s. 31, lainaus 15). Osastolla sairaanhoitajat jatkavat potilaan hoitoa päivystystekstissä mainitulla tavalla (kts. s.35, lainaus 27). Tietojen oikeellisuus varmistetaan siten, että tietoa potilaasta haetaan mahdollisimman alkuperäisiltä tietolähteiltä, esimerkiksi potilaalta, mikäli hän on sen kuntoinen, että pystyy tietoja antamaan. Aikaisemmat lääkärin tekstit tai reseptikeskus eivät välttämättä tuo ajantasaista tietoa potilaasta (kts. s. 40, lainaus 41). Päivystyksen toimintaympäristössä lyhyiden hoitosuhteiden takia tulisi hyödyttää yhteistyötä lääkärin ja sairaanhoitajien välillä tietojen varmistamisen osalta puolin ja toisin.

Osastolle olisi myös tärkeää, että päivystyksessä sairaanhoitajan kirjaukset olisivat riittävät ja ajantasaiset. Ainakin potilaan tämänhetkinen kunto, vointi ja toimintakyky tulisi seuranta-arvoilla ja tekstillä tulla esille. Lisäksi päivystyksessä tehdyt toimet ja annettu lääkitys tulisi ilmetä kirjauspohjasta. Näin ollen osaston sairaanhoitajat pystyvät nopeasti havaita muutos potilaan voinnissa, mikäli potilaalla ollut vointi päivystyksessä on tiedossa (kts. s. 40, lainaus 43). Päivystyksessä laadukas kirjaaminen auttaa myös niissä tilanteissa, kun potilas viipyy päivystyksessä sairaanhoitajien vuoronvaihdon yli. Koska päivystyksen sairaanhoitajien vuoronvaihtoraportissa voidaan joutua käsittelemään useita

kymmeniä potilaita rajoitetussa ajassa (kts. s. 44, lainaus 54), ei suullisesti annettu tieto voi olla kattava. Tällöin korostuu kirjalliset merkinnät entisestään. Asianmukainen kirjaaminen auttaa sairaanhoitajaa, joka ei ole hoitanut potilasta, mutta jonka työtehtäväksi tällöin määräytyy tiedonsiirron toteuttaminen potilaasta osastolle.

### **8.3.3 Tiedonsiirto**

Suullisen tiedonsiirron tarkoituksena on korostaa potilaaseen liittyviä tärkeimpiä tekijöitä. Tämä tarkoittaa sitä, ettei kaikkia tietoja anneta suullisesti, koska tällöin suullinen tiedonsiirto menettää merkityksensä tärkeimmän tiedon korostajana. Lääkärin tekstin äänen lukeminen kokonaisuudessaan on näin ollen molempien osapuolten kannalta turha ajankulutusta. Osaston sairaanhoitaja on voinut jopa lääkärin päivystystekstin lukea ennen sairaanhoitajien välistä tiedonsiirtoa (kts. s. 29, lainaus 6), jolloin raportti on vain toistoa jo tiedetyistä asioista. Vaikka osaston sairaanhoitaja on jo lukenut päivystystekstin, ei hänen perehtyneisyys potilaaseen ennen sairaanhoitajien välistä tiedonsiirtoa välttämättä vähennä suullisen tiedonsiirron tarvetta. Osaston sairaanhoitajan vastaanottavuus suulliselle tiedolle paranee ja näin ollen ymmärrys potilaasta syvenee. Lisäksi osaston sairaanhoitaja on myös kiinnostunut päivystyksen sairaanhoitajan potilaalle osoitetuista toimita päivystyshoidon aikana ja potilaan tämänhetkisestä voinnista ja kunnosta, jotka välttämättä eivät löydy lääkärin tekstissä.

Rakenteellinen raportointimallin käyttö suullisessa tiedonsiirrossa on tarpeellinen, koska tällä tavoin molemmilla osapuolilla on mahdollisuutta huomata unohduksen, koska tietoa siirretään tietyssä ennalta määrättyssä järjestyksessä. Raportointimalli tuo mukanaan myös tiedonmäärän vakiintumisen, jolloin vastaanottava osapuoli ei pitäisi kohtuuttomasti tarvita kysellä tietoja tiedon luovuttajalta riittävät tiedot saadakseen (kts. s. 30, lainaus 12). Tämä kuitenkin vaatii sekä vastaanottajan että luovuttavan osapuolen sitoutumista käytettyyn menetelmään. Menetelmä menettää muutoin merkityksensä ja muuttuu työlääksi ja turhauttavaksi, jos toinen osapuoli ei hyödytä rakenteellisen raportointimallin tuomia potilasturvallisuutta parantavia etuja.

Rakenteellisen raportointimallin lisäksi, myös vapaa vuoropuhelu suullisessa tiedonsiirrossa on tärkeää. Vapaan vuoropuhelun mahdollistaminen tiedonsiirtotilanteen aikana,

luo mahdollisuuden molemmille osapuolille kysymyksille tai lausahduksille, jotka voivat pieninä eleinä olla juuri se avaintekijä, jonka avulla osaston sairaanhoitaja voi muodostaa kokonaisuuden potilaasta ja jatkamaan potilaan hoitoa turvallisesti. Interaktiivista kommunikaatiota voi ja pitää raportointimallin käytön ohella mahdollistaa joko rakenteellisen raportointimallin aikana tai varaamalla lopuksi aikaa kysymyksiin.

### **8.3.4 Muut menettelytavat siirtoprosessissa**

Hoidon vastuun siirtyminen siirtoprosessissa ja sen aikaansaama potilasturvallisuusriski tulisi sävyttää toimintatapoja sekä päivystyksessä että osastolla. Päivystyksessä ja osastolla tulisi järjestää työtehtävät ja työolosuhteet siten, että pyritään mahdollistamaan paras mahdollinen tiedonsiirtotilanne. Tämä edellyttää tiimityöskentelyä työyksiköiden sisällä, siten että työtoverit paikkaavat tiedonsiirtotilanteeseen osallistuvaa sairaanhoitajaa tarvittaessa. Tiedonsiirtotilanteen priorisoiminen tulisi myös näkyä yksilön toiminnassa esimerkiksi siten että tiedonsiirtotilanteeseen osallistuva hakeutuu hiljaiseen tilaan, missä keskittyminen on mahdollista.

Potilaan tilan arviointi ennen potilaan siirtoa, on merkittävä toimi potilaan siirron turvallisuutta ajatellen, koska potilasta ei ole siirtämässä terveydenhuollon ammattilainen (kts. s. 31, lainaus 18). Päivystyksen sairaanhoitajalla tulisi aina olla ajantasainen tieto potilaan voinnista ennen kuin potilaan siirtotoimiin ryhtyy myös sen takia, koska muutoin osastolle toimitettu tieto potilaasta voi olla ristiriidassa todellisuuteen nähden (kts. s. 41, lainaus 44). Ennalta laaditut potilaan voinnin arviointikriteerit, jotka määrittää myös milloin sairaanhoitaja itse ryhtyy viemään potilaan osastolle, voisi sujuvoittaa tätä toimintaa. Tämä edesauttaisi päivystyksen sairaanhoitajan päätöksentekoa tilanteessa.

Potilaan saapuessa osastolle, tulisi hänen vastaanottaminen tapahtua potilaan oman ryhmän vastuusairaanhoitajan toimesta. Tämä sairaanhoitaja on kerännyt itselleen ymmärryksen potilaan voinnista sekä suullisen tiedonannon perusteella että kirjallisista tietolähteistä. Sairanhoitaja pystyy tällöin arvioimaan, onko potilaan vointi sellainen, kun sen on ajateltu tietolähteiden perusteella olevan. Hoidon jatkoa ajatellen, sairaanhoitaja pystyy tällöin helpommin arvioimaan, onko potilaan voinnissa tapahtunut muutoksia. Potilaan vastaanottotilannetta tulisi siis pitää myös potilaan voinnin väliarviointi tilanteena,

jonka jälkeen potilaan hoitoa on turvallista jatkaa. Lisäksi tällainen toimintamalli ei aiheuta ongelmia potilaan hoitovastuukysymyksissä (kts. s. 38, lainaus 34).

Päivystyksen sairaanhoitajille jää pimentoon heidän toiminnan vaikutukset potilaan siirtoprosessissa, siirtoprosessissa tapahtuvan rajapinnan ylityksen vuoksi. Tämä näkyy mahdollisesti päivystyksen sairaanhoitajien kapeana näkökantana potilaan siirtoprosessista (kts. s. 43, lainaus 52) Päivystyksen sairaanhoitajien ymmärryksen laajentamiseksi, olisi tärkeää tuoda esille päivystyksen toiminnasta aiheutuneet vaikutukset. Tämä seikka koskee negatiivisia vaikutuksia mutta myös erityisesti positiivisten vaikutusten esille tuontia, koska tällöin on löydetty tapa toimia, jonka mukaan toimia jatkossakin. Negatiivinen palaute tuo esille ainoastaan sen seikan, miten ei tulisi toimia. Osaston sairaanhoitajien palautteen antoa ajatellen, tulisi käytetty palautekanava olla helppo ja nopeakäyttöinen.

### **8.3.5 Tietotekniset ratkaisut tukemassa turvallista potilaan siirtoprosessia**

Hyväksikäyttämällä tietoteknisiä ratkaisuja oikein, voi nämä olla tukemassa sairaanhoitajien turvallisen siirtoprosessin toteuttamista päivystyksestä osastolle. Tietoteknisiä ratkaisuja voisi hyödyntää kirjaamisen kehittämiseksi päivystyksessä. Tiettyjen merkintöjen pakollistaminen, esimerkiksi potilaan voinnista kirjaaminen, voisi tuoda muistutuksen siitä mitä tulisi kirjata (kts. s. 40, lainaus 43). Tätä tietoteknistä standardointia voidaan näin ollen pitää sairaanhoitajan toiminnan tukemisena.

Päivystyksen sairaanhoitajan kirjaukset tulisivat olla luettavissa osastolla oikeaan aikaan. Tällä hetkellä päivystyksen sairaanhoitajien kirjauspohja on osastolla käytettävissä vasta jonkun ajan kuluttua potilaan osastolle saapumisen jälkeen (kts. s.45, lainaus 57). Tämä aiheuttaa osaston sairaanhoitajalle väliaikaisen tieto katkon liittyen erityisesti sairaanhoitajien toimiin päivystyksessä, eli juuri niihin toimiin, mitä osaston sairaanhoitaja on tarkoitus jatkaa osastolla. Luultavasti osaston sairaanhoitaja on saanut suullisen tiedonannon asioista, mutta toimiakseen niiden mukaan, hän haluaa myös tarkistaa ne kirjallisesta tietolähteestä (kts. s. 39, lainaus 37). Reaaliaikaisen päivystyksen sairaanhoitajien kirjauksien seuranta, mahdollistaisi sujuvamman ja turvallisemman potilaan hoidon aloituksen osastolla.

Osaston sairaanhoitaja pyrkii järjestämään omat työtehtävät siten, että pääsee itse vastaanottamaan oman potilaan, hänen saapuessaan osastolle. Mikäli noudatetaan yllä ehdotamia toimintatapoja, jää potilaan saapumisajankohta osastolle vielä enemmän osaston sairaanhoitajilla epäselväksi kuin aiemmin. Tämän vuoksi osaston sairaanhoitajien toimintaa edesauttaisi reaaliaikainen tieto siirtoprosessin tilanteesta. Esimerkiksi potilastietojärjestelmän kautta päivystyksen sairaanhoitajilta voisi lähteä tieto, milloin potilaalle kuljetus osastolle olisi tilattu. Tämä antaisi tällöin tarkemman aikaikkunan osaston sairaanhoitajille organisoida työtehtäviään.

## **9 POHDINTA**

Tämän työn tarkoituksena oli kehittää potilasturvallisuutta potilaan siirtoprosessissa päivystyksestä osastolle, selvittämällä miten paremmin pystyttäisiin tukemaan työntekijän toimia prosessissa. Työssä selvennettiin siirtoprosessin nykytila, miten siihen vaikuttavat systeemiset tekijät sekä muodostettiin abduktiivisen päättelyn tuloksena näkemys turvallisesta potilaan siirtoprosessista. Seuraavaksi pohditaan tutkimustulosten suhdetta eri näkökulmista, arvioidaan tehtyä tutkimusta kriittisesti sekä esitellään tutkijan tekemät johdopäätökset sisältäen keskeisemmät kehittämissuhteet.

### **9.1 Tutkimustulosten suhde aikaisempiin tutkimustuloksiin**

Merkittävimmät tutkimustulokset potilaan siirtoprosessin kehittämisen kannalta tutkijan subjektiivisen näkemyksen mukaan olivat: lääkärin vaikutus potilaan siirtoprosessiin, päivystyksen sairaanhoitajan kapea näkemys potilaan siirtoprosessista, potilaan siirtoprosessiin ilmaantuvien välikäsien vaikutus, potilasturvallisuuskulttuurin vaikutus potilaan siirtoprosessiin sekä rakenteisen raportointimallin käyttämättömyys.

Päivystyksen lääkäreiden vaihtelevien toimintatapojen vaarantava vaikutus potilaan siirtoprosessin turvallisuuteen oli osaston sairaanhoitajien haastatteluiden perusteella kiistanaton. Erityisesti osaston sairaanhoitajien kuvaama systemaattinen potilaan lääkityksen puutteellinen ja/tai virheellinen selvittäminen ja merkitseminen päivystystekstiin on merkittävä potilasturvallisuusriski, johon tulisi puuttua. Päivystyksen lääkärillä oli vaikutusta

ainakin välillisesti laatimansa päivystystekstin kautta useisiin potilaan siirtoprosessiin liittyviin toimintoihin ja eritoten käsiteltävään tiedon laatuun potilaasta. Lääkärin päivystysteksti vaikutti sairaanhoitajien väliseen suulliseen tiedonsiirtoon ja miten osaston sairaanhoitaja lähti toteuttamaan potilaan hoitoa osastolla. Lääkärin potilastietojärjestelmän käyttö vaikutti osaston sairaanhoitajan työkuormaan ja lääkärin suullinen tiedonsiirto potilaspaikkasijoitteluun. Lääkärin näinkin merkittävä rooli siirtoprosessissa tuli tukijallekin yllätyksenä, koska potilaan siirtäminen käytännössä tapahtuu sairaanhoitajien toimesta, jolloin ennakoajatus oli, ettei muut henkilöt siirtoprosessiin merkittävästi vaikuta. Kansallisia tutkimuksia ylipäätänsä potilaan siirtoprosesseista on yksiköiden välillä tehty vähänlaisesti eikä päivystyksen ja osaston välillä ole ollenkaan löytynyt, mutta tällaista lääkärin vaikutusta ei ainakaan kuvata ensihoidon ja päivystyksen välisissä potilaan siirtoprosesseissa (Mikkonen 2014) tai teho-osaston ja vuodeosaston välisissä potilaan siirtoprosesseissa (Jauhiainen 2009). Tämän synnyn takia voidaan pohtia, lieneekö tämä ilmiö, joka yksinomaan on läsnä päivystyksen ja osaston välisessä potilaan siirtoprosessissa. Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä päivystyksen toimintakulttuuriin kuuluu, että lääkärit ja sairaanhoitajat tekevät tiivistä yhteistyötä ja lääkärin rooli on vahva, koska päivystystoiminnassa yleensä korostuu diagnoosin laatiminen ja päätöksenteko jatkohoidosta (Collin ym. 2012, 283). Näiden seikkojen kautta voidaan ehkä nähdä syy siihen, minkä takia lääkärin vaikutus on näin suuri sairaanhoitajien toiminnaksi pidettyyn siirtoprosessin turvalliseen suorittamiseen päivystyksen ja osaston välillä.

Päivystyksen ja osaston sairaanhoitajien näkökannat potilaan siirtoprosessista olivat erilaiset. Osaston sairaanhoitajalle potilaan siirtoprosessi hahmottui laajempänä kokonaisuutena, missä moni toimija vaikuttaa. Päivystyksen sairaanhoitaja hahmotti siirtoprosessin samalla laajuudella, mutta ymmärrys eri toimijoiden merkityksestä siirtoprosessin kokonaiskuvassa oli kapeampi. Tällä on merkitystä potilaan siirtoprosessin turvallisuuteen. Tiimityöskentely päivystyksen sisällä, prosessin yhteydessä, jää näin ollen vaillinaiseksi, jos kerran päivystyksen sairaanhoitajat ajattelevat, etteivät tietyt toimijat, kuten päivystyksen lääkäri tai potilas itse, vaikuta tai voisi myötävaikuttaa turvallisen potilaan siirtoprosessin luomiseen päivystyksen ja osaston välillä. Tämä tarkoittaa sitä, että päivystyksen sairaanhoitajat jäävät toimimaan yksin, eli muodostavat siirtoprosessiin liittyvässä toiminnassa lokeroitumista. Siemsen ym. (2012, 446) havaitsi myös potilaan siirtoprosessin toiminnassa lokeroitumista ja katsoi lokeroitumisen johtuvan siitä, että organisaatio

ei kannusta laajempaan näkökulman ottamiseen eikä pitämään muita toimijoita resursseina.

Päivystyksen sairaanhoitajat pystyisivät laajemman näkökulman avulla vaikuttamaan tiedon laatuun omalla toiminnallaan. Grover ym. (2017, 95) kuvailee yhdeksi tiimityöskentelyn muodoksi päivystyksessä selustan turvaamisen, joka potilasturvallisuusnäkökulmasta on merkittävä resilienssi kyky työntekijällä. Päivystyksen sairaanhoitaja pystyy siis tarkistamalla lääkärin tekstin ja arvioimalla vastaako lääkärin päivystysteksti omia kerättyjä tietoja sekä myös viemällä potilaan itse esille tuomia tietoja eteenpäin lääkärille, parantamaan tiedon laatua ja sitä kautta potilaan siirtoprosessin turvallisuutta. Tällaista ilmiötä kyllä havaittiin aineistosta, mutta mikäli päivystyksen sairaanhoitajalla näkökulma on kapeampi, hän ei välttämättä tätä potilaan siirtoprosessia ja potilaan hoidon jatkuvuutta parantavaa seikkaa hyödynnä täyspainoisesti.

Tämänhetkisessä potilaan siirtoprosessissa saattoi sellainen päivystyksen sairaanhoitaja, joka ei ollut hoitanut potilasta, antaa raporttia potilaasta osastolle ja järjestellä potilaan siirtoa. Tämä oli potilaan siirtoprosessin suurin yksittäinen ongelma mitä sekä potilaan luovuttava ja potilaan vastaanottava osapuoli toi haastatteluissa esille. Tällaisesta välikäsi-ilmiöstä oli myös havaintoja aikaisemmassa tutkimuksessa (Calleja ym. 2016, 32). Potilasturvallisuuden kannalta riski haittatapahtumalle tällaisissa tilanteissa on äärimmäinen. Tämä riski vielä kertaantuu, pohtiessa muita puutteita päivystyksessä mitä tässäkin työssä on haastattelujen perusteella havaittu olevan. Ensinäkin vuoroon tuleva sairaanhoitaja ei välttämättä saa tai pysty sisäistämään vuorovaihtoraportissa tietoja potilaasta, läpikäytävien potilaiden suuren lukumäärän vuoksi. Haastatteluissa ilmeni myös, että päivystyksessä kirjaamisessa on puutteita, jolloin vuoroon tullut sairaanhoitaja ei myöskään saa tietoja potilaan voinnista päivystyksen kirjauspohjan kautta. Näiden seikkojen takia ei ole enää yllättävää, että jotkut haastateltavat kuvasivat suorittaneensa tai vastaanottaneensa tiedonsiirron, jossa luetaan päivystyksen lääkärin teksti potilaasta ääneen osaston sairaanhoitajalle.

Vaikutukset siirrettävän tiedon laatuun siirtoprosessissa ovat siis ilmeiset, mikäli päivystyksen sairaanhoitaja ei ole hoitanut potilasta. Callejan ym. (2016, 32) tutkimuksessa vaikutukset tiedon laatuun oli niin voimakas, että osaston sairaanhoitajat kokivat, etteivät

oikein voineet luottaa annettuun raporttiin. Tässä tutkimuksessa kokemukset tiedon epäluotettavuudesta ei välttämättä tutkimuksen aineiston perusteella pystytä yhdistämään suoraan siihen, ettei raporttia antava sairaanhoitaja ole hoitanut potilasta. Kuitenkin yleisellä tasolla osaston sairaanhoitajat totesivat, että tiedoissa on puutteita ja/tai virheitä sekä lisäksi kuvailivat haastatteluissa kaksoistarkistavan paljon saadusta suullisesta tiedoista potilas asiakirjoista ja mahdollisesti tämä kirjallinen tieto vielä potilaalta tai omaiselta. Tästä tutkija on voinut päätellä, että osaston sairaanhoitajat kokivat saadun tiedon olevan epäluotettavaa.

Sen sijaan se, että päivystyksen sairaanhoitaja ei ollut hoitanut potilasta, näkyi siten, ettei vapaa vuoropuhelu tiedonsiirron aikana toteutunut. Tämä vaikeuttaa selviytymistä semanttisesta melusta, eli siitä, että sanojen merkitys ja ymmärrys muuttuu matkalla lähettäjältä vastaanottajalle (Mohorek & Webb 2015, 406). Mohorekin ja Webbin (2015, 407) mukaan semanttisesta melusta potilaan tiedonsiirron yhteydessä voi muun muassa selviytyä hyvän tiimityöskentelyn avulla. Vapaa vuoropuhelu on tapa muodostaa yhteistä ymmärrystä, joka auttaa saadun viestin purkamisessa. Tämä on näin ollen olennainen tiimityöskentelyn muoto tiedonsiirtotilanteessa. Tilanteissa, joissa päivystyksen sairaanhoitaja oli hoitanut potilasta, vapaata vuoropuhelua kyllä hyödynnettiin. Näin ollen voidaan todeta, että tämän toimintatavan tärkeys ymmärretään.

Potilasturvallisuuskulttuurilla on nähty olevan merkitystä potilaan siirtoprosessiin koska se vaikuttaa sairaanhoitajan harkinnanvaraisiin toimiin prosessissa (Lee ym. 2016, 5). Tässä työssä päivystyksen sairaanhoitajat raportoivat työkavereiden paikkaavan esimerkiksi raporttia osastolle antavaa sairaanhoitajaa, mikäli hänen hoitamalla potilaalla on joku akuutti avuntarve. Osaston sairaanhoitajat kuvaavat tekevänsä aina tiedon kaksoistarkistuksen, eli esimerkiksi suullisen tiedonsiirron aikana kuulleet asiat tarkistetaan myös kirjallisista tietolähteistä. Nämä ovat käyttäytymismalleja, jonka taustoihin vaikuttavat vahvasti vallalla oleva potilasturvallisuuskulttuuri. Näiden tutkimustulosten valossa voidaan tietyllä varauksella todeta, että yksikön sisäiset potilasturvallisuuskulttuurit tukevat yksikön sisällä tapahtuvia toimija potilaan siirtoa ajatellen. Haastatteluissa ilmeni kuitenkin myös syyllistävästä kulttuurista päivystyksen osalta, johon päättäjät tulisi kiinnittää huomiota. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan havaittu seurauksia syyllistävästä kulttuurista.



Lee ym. (2016, 2) mukaan työntekijöiden käsitys potilasturvallisuudesta muotoutuu organisaation toimintamalleista ja kollegan käyttäytymismalleista, jotka vaikuttavat taas kyseisen työntekijän käyttäytymismalleihin ja tätä kautta potilasturvallisuuskulttuuri muodostuu. Tässä työssä todettiin myös, että rakenteellisen raportointimallin käyttö oli vaihtelevaa päivystyksen sairaanhoitajan osalta ja osaston sairaanhoitajat eivät kokeneet sen käytön välttämättä tarpeelliseksi. Tämän tutkimustuloksen yhteydessä voidaan pohtia, liittyneekö tämä ilmiö juuri kuvailtuun potilasturvallisuuskulttuurin ”oravanpyörään”, jossa jäljitellään toisiaan ja samalla muodostetaan käsitystä potilasturvallisuudesta. Tässä yhteydessä potilasturvallisuuskulttuuri ei näin ollen tue turvallista potilaan siirtoa, jos ajatellaan rakenteellisen raportointimallin takana olevaa tutkimusnäyttöä sen hyödyllisyydestä (Müller ym. 2018). Tämä johdattelee ajattelemaan, että toimintayksiköiden yhteisessä potilasturvallisuuskulttuurissa olisi parannettavan varaa. Lee ym (2016, 5) mukaan hyvin erilaiset yksiköt eivät välttämättä näe toisiaan yhteisenä organisaationa eikä näin ollen toisiaan resursseina. Kiistatta voidaan todeta, että toimintayksikköinä osasto ja päivystys ovat erilaisia, jolloin tällainen ajattelu voisi myös tutkituissa toimintaympäristöissä pitää paikkansa.

Sairaanhoitajien haastattelujen perusteella voidaan todeta, että rakenteellista raportointimallia ei hyödynnetty oikeaoppisesti. Mallin hyödyt saadaan irti siten, että määrätty tieto annetaan määrättyssä järjestyksessä. Haastateltavien kuvailujen perusteella ymmärrys rakenteellisen raportointimallin toiminta-ajatuksesta ja sen potilasturvallisuutta ylläpitävästä ominaisuudesta jäi puolitiehen. Ongelmia työntekijöiden sitoutumisesta ja ymmärryksestä käyttöönotettujen standardoitujen toimintamalleja kohtaan on löydetty muistakin tutkimuksista (Levy ym. 2012) Levy ym. (2012, 336) toteaaakin, että toimintamallin implementointi pitää olla jatkuvaa, jotta voidaan varmistaa mallin oikeaoppinen käyttö ja sitoutuminen malliin. Lisäksi sairaanhoitajat tässä työssä kuvasivat raportointimallin käytön työlääksi. Tutkijan mielestä syyt tähän voivat liittyä useampaan tekijään. Ensinnäkin rutinoituminen standardoidun toimintamallin käyttöön vaatii harjoittelua ja uuden oppiminen on aina alkuunsa työlästä. Toisinaan voidaan pohtia aiheuttaako ymmärryksen puute toimintamallin tarkoituksesta työläisyyden tunteen, koska mikäli ei ymmärrä sen tarkoitusta on vaikea motivoitua käyttöönottoon. Jatkuvan implementoinnin lisäksi tulisi myös jatkuvasti arvioida, tukeeko käytetty rakenteellinen raportointimalli sairaanhoitajan

työtä kyseisissä toimintayksiköissä, onko kaikki mallin mukaan raportoitava tieto ja sen järjestys oleellista potilaan turvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden takaamiseksi vai pitäisikö malliin tehdä yksilöllisiä muutoksia kuunnellen sekä osastoa että päivystystä. Pienetkin muutokset työjärjestelmässä voivat vaikuttaa muualla työjärjestelmässä siten, ettei esimerkiksi toimintamallit enää sovi tarkoitukseensa (Braithwaite ym. 2013, 57-59). Tämän vuoksi jatkuva arviointi on tärkeää.

## **9.2 Tutkimustulosten suhde teoreettiseen viitekehykseen**

### **9.2.1 SEIPS 2.0 -malli**

SEIPS 2.0 -mallin hyödyntäminen työjärjestelmään vaikuttavien systeemisten tekijöiden jaottelemisessa mallin mukaisesti työjärjestelmän eri komponentteihin, loi näkyväksi ja konkretisoi minkälaiset tekijät vaikuttavat kokonaiskuvassa siirtoprosessin toimintaan. Tuomalla esille minkälaisissa olosuhteissa sairaanhoitajat suorittavat potilaan siirtoprosessia pystytään paremmin tukemaan heidän suorituksia. Analyysivaiheessa jokaiseen kategoriaan jaottui yksi tai useampi tekijä eikä mikään systeeminen tekijä jäänyt ilman kategoriaa. Tämän vuoksi voidaan todeta, että SEIPS 2.0 -mallin työjärjestelmän komponenttien kuvaus on kattava. Samaan päätelmään on päätyneet esimerkiksi Gurser ym. (2012) tutkimuksessaan.

Terveystieteiden tutkimusjärjestelmä on kuitenkin kompleksinen. Eri komponentit muodostavat yhdessä kokonaisuuden, koska eri komponenttien välillä on yhteyksiä ja tätä kautta eri komponentit vaikuttavat suoraan tai välillisesti toisiinsa (Peltoniemi 2004, 18). Tämän vuoksi ei yhtä komponenttia tarkastelemalla voida ymmärtää kokonaisuutta. Tässä työssä systeemisten tekijöiden jaottelun heikkous lienee juuri tässä, eri komponenttien yhteydet on katkaistu ja jaoteltu eri kategorioihin. Jo tutkimuksen analyysivaiheessa huomasi tutkija tämän, koska oli systeemisiä tekijöitä, jotka olisivat perustellusti voitu asettaa useamman kategorian alle. Katkaistaan valikoitui tällöin siten, että tutkija pohdinnan jälkeen asetti tekijän sen kategorian alle minkä näki eniten olevan vaikuttavana syynä. Jaottelun vuoksi kokee tutkija, että eri tekijöiden väliset suhteet jäävät tässä kuvauksessa näkymättömiin.

### 9.2.2 Tutkimustulosten suhde potilasturvallisuusteoriaan

Osaston sairaanhoitajat toimivat tällä hetkellä vastaanottavana osapuolena siirtoprosessissa missä lääkärin toimintatavat ovat vaihtelevat, kirjalliset tietolähteet ovat ajoittain saavuttamattomissa, puutteellisia tai virheellisiä sekä vastaanottavat suullisia tiedonsiirtoja, missä tiedonantaja ei välttämättä ole edes hoitanut potilasta. Päivystyksen sairaanhoitajat luovuttavat potilaita osastolle tilanteissa, joissa potilasta ei välttämättä tunneta ja muu työmäärä voi olla erittäin runsasta, runsaiden potilasmäärien ja potilasvaihtuvuuden vuoksi. Silti osaston ja päivystyksen sairaanhoitajat suoriutuvat potilaan luovuttamisesta, vastaanottamisesta ja hoidon jatkamisesta pääasiallisesti turvallisesti. Yllä kuvaillut työn rajoitteet on todettu tuovan esiin resilienssi-kyvyn käyttöä työntekijöissä (Wachs ym. 2016, 234). Eli sairaanhoitajat tilanteen mukaan joustavat ja pyrkivät suoriutumaan parhaalla mahdollisella tavalla työtehtävästään. Tässä työssä kuvatussa tämänhetkisessä potilaan siirtoprosessissa voidaan todeta, että potilasturvallisuus nojaa pitkälti työntekijän resilienssiin. Voi jopa pohtia joutuuko työntekijä käyttämään jo liikaakin resilienssi-kykyään. Koska resilienssi -kykyä käytetään runsaasti, tulisi päättäjien tavoitteena olla resilienssi-kyvyn tukemisen kehittäminen. Tällaiseksi apuvälineeksi voidaan esimerkiksi osastolla käytössä olevaa raportin vastaanotto -lomaketta kutsua. Koska tietoa kerätään potilaasta usealta eri henkilöltä, usean eri henkilön toimesta, koostaa tämä lomake saatuja tietoja yhteen ja auttaa ymmärryksen luomisessa potilaasta sille, jota tietoa oikeasti tarvitsee.

Tarkasteltaessa ETTO-periaatteen, eli tehokkuus-huolellisuus-periaatteen kautta sairaanhoitajien toimintaa potilaan siirtoprosessissa huomataan, että päivystyksen sairaanhoitajalla on taipumusta valita tehokkuus -suunnan ja osaston sairaanhoitaja tasapainon ylläpitämiseksi toimivat enemmän huolellisesti. Ääri-ilmiöissä tämä ainakin korostuu, esimerkiksi kun päivystyksen sairaanhoitaja, joka ei ole hoitanut potilasta, huolehtii potilaan tiedonsiirrosta ja siirtoprosessista osastolle. Kuten haastateltavat kertoivat, voi tällöin raportti koostua ainoastaan lääkärin tekstin lukemisesta, joka on toimintana ainakin nopeaa ja tehokasta. Osaston sairaanhoitajien huolellisuus näkyy esimerkiksi siinä, että he tarkistavat lääkityksen potilaalta tai muulta taholta, vaikka lääkityksen pitäisi olla juuri tarkastettu. Hollnagel (2008, 141) kuvaakin että huolellisuus tämänhetkisissä toiminnoissa tarkoittaa tehokkuutta tulevaisuudessa, tämä tarkoittaa silloin myös sitä, että tehokkuus tällä

hetkellä edellyttää huolellisuutta jatkossa. Potilaan siirtoprosessin ollessa jatkumo, voidaan näin ollen ajatella, että tämä koskee myös tilannetta missä prosessi jatkuu rajapinnan yli ja toimija vaihtuu. Täytyy kuitenkin muistaa, että molemmat toimijat toimivat tällä tavalla, olosuhteiden pakosta, mikä tässäkin työssä on tullut ilmi. Potilasturvallisuuden kannalta Hollnagel (2008,141) mainitsee, että toiminnan siirtymä tilanteissa tulisi tietoisesti pyrkiä enemmän huolellisuuteen kuin tehokkuuteen. Jotta huolellisuutta voitaisiin vaalia, pitäisi työntekijöille myös antaa mahdollisuus toimia huolellisesti ja siksi järjestelmää tulisi muokata erityisesti liitântöjen ja riippuvuuksien osalta (Hollnagel 2008, 141).

### **9.3 Tutkimuksen kriittinen tarkastelu**

Tässä opinnäytetyössä haastateltiin sairaanhoitajia valituista toimintaympäristöistä, eli päivystyksestä ja sydänkeskuksesta, koska ennakkoon sairaanhoitajien uskottiin olevan ne merkittävimmät suorittajat potilaan siirtoprosessissa. Ennakkokäsityksestä poiketen, päivystyksen lääkäri vaikuttaa suorasti ja epäsuorasti laajaltikin potilaan siirtoprosessiin päivystyksen ja osaston välillä. Mikäli päivystyksen lääkäreitä olisi myös haastateltu tähän opinnäytetyöhön, olisi se todennäköisesti tuonut tälle työlle lisäarvoa sekä lisätietoa siirtoprosessin kehittämiseen.

Osallistuminen tähän opinnäytetyöhön oli vapaaehtoista ja kaikilla tutkituissa toimintayksiköissä työskentelevillä sairaanhoitajilla, oli mahdollisuus osallistua tutkimukseen ja saada ääntänsä kuuluviin. Kuitenkin harva omatoimisesti osoitti halunsa osallistua tutkimukseen ja päädyttiin tiettyinä päivinä henkilökohtaisesti rekrytoida osallistujia. Tutkija ei itse osallistunut rekrytointiin, vaan esimiesasemassa olevat henkilöt kävivät vuorossa olevasta henkilökunnasta kysymässä vapaaehtoisia. Esimiesaseman vaikutusta rekrytointiin ei voida eettisestä näkökulmasta sivuttaa. Kuitenkin tutkijan toimesta ennen jokaista haastattelua käytiin läpi haastateltavien oikeuksia ja korostettiin haastattelun vapaaehtoisuutta. Lisäksi konkreettisenä merkinä vapaaehtoisuudesta, haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen haastatteluun osallistumisesta. Näillä tavoilla pyrittiin minimoimaan sen mahdollisen vaikutuksen, minkä esimies oli antanut rekrytointia tehdessä.

Tähän tutkimukseen kerätty aineisto perustui kymmeneen haastatteluun, joiden avulla tutkijan mielestä saavutettiin saturaatioperiaate, eli uutta tietoa ei enää viimeisissä haastatteluissa ilmennyt (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87). Saturaatioperiaatteen saavuttaminen lisäsi näin ollen luotettavuutta tässä opinnäytetyössä. Aineisto koostui viidestä päivystyksen sairaanhoitajan ja viidestä osaston sairaanhoitajan haastattelusta, jolloin aineisto oli myös tasapainoinen, eli molempia yksiköitä kuultiin samalla laajuudella. Kaikilla haastateltavilla oli ainakin kaksi vuotta työkokemusta takanaan, joka olikin tämän tutkimuksen kriteeri haastatteluun osallistumiselle. Muutoin haastateltavien työkokemusta arvioi-  
dessa, eritoten mediaania arvioi-  
dessa, voidaan todeta, että työkokemusta oli yleisesti vähänlaisesti, muutama poikkeus lukuun ottamatta. Taustatekijöistä voidaan siis päätellä, että suurin osa haastateltavista toimi Bennerin ym. (2009,12-16) määrittelemällä päte-  
vällä tasolla, harva saavutti taitava tai expertti -tason. Pätevällä on kuitenkin jo ominaista, että pystyy ennakoimaan tapahtumia ja arvioimaan asioiden tärkeyttä (Benner ym 2009, 14). Tämän vuoksi katsotaan, että kokemus -tasot ovat riittäviä saavuttaakseen luotettavaa tutkimustietoa tässä opinnäytetyössä.

Päivystyksen sairaanhoitajat olivat kokeneempia sairaanhoitajia ja olivat pidempään toimineet omassa työyksikössään kuin osaston sairaanhoitajat. Ajatellen haastateltavien työkokemusta on potilaan siirtoprosessi luonteeltaan sellainen, että luovuttavan osapuolen toiminta luo perustan siirtoprosessin potilasturvallisuudelle, jota vastaanottava osapuoli lähtee jatkamaan. Tämän vuoksi erot kokemuksessa ei niinkään katsota haitaksi, vaan nimenomaan päivystyksen sairaanhoitajien enempi kokemus hyödyksi. Päivystyksen sairaanhoitajalla oli myös enemmän työkokemusta tämänhetkisen työyksikön ulkopuolelta. Tätä olisi myös voinut pitää luotettavuutta lisäävänä tekijänä tässä opinnäytetyössä, mikäli työkokemus olisi sellaisesta työyksiköstä, jossa sairaanhoitaja on toiminut joko vastaanottavana tai luovuttavana osapuolena potilaan siirtoprosessissa. Kuitenkaan tämän työkokemuksen laatua ei tässä työssä selvitetty, jolloin tätä seikkaa ei voida pitää luotettavuutta lisäävänä tekijänä.

Haastattelut suoritettiin siten, että päivystyksen sairaanhoitajat haastateltiin kahtena päivänä, neljä haastattelua ensimmäisenä päivänä ja toisena päivänä yksi haastattelu. Osaston sairaanhoitajien haastattelut suoritettiin yhtenä päivänä. Tiiviin haastattelurupeaman

tuloksena tutkija huomasi aineiston analyysivaiheessa, että tietyt haastatteluissa esille tulleet syy-seuraus-suhteet olisivat voineet saada lisämerkitystä, mikäli näihin olisi saatu enemmän perusteluja. Tämän olisi voinut saavuttaa seuraavissa haastatteluissa, jos tutkija olisi ehtinyt haastatteluiden välissä reflektoida esille tulleita asioita. Tällöin haastattelut olisi pitänyt järjestää siten, että haastatteluiden välissä olisi jäänyt aikaa haastattelun uudelleen kuuntelemiseen ja perehtymiseen.

Koska tutkija on itse toteuttanut potilaan siirtoprosessia päivystyksen sairaanhoitajana, oli hän tietoinen haastattelun aikana miten oma mielipide voi mahdollisesti vaikuttaa haastattelujen vastauksiin. Tämän vaikutuksen minimoimiseksi tutkija pyrki pitkälti pitäytymään ennalta laaditussa haastattelurungossa, jottei tutkijan oma näkemys näkyisi vastauksissa. Tutkijan haluttomuus puuttua haastattelunkulkuun oman näkemyksen vaikutuksen pelossa, vaikutti kuitenkin siihen, että ajoittain haastateltavien vastaukset laajenivat liialtikin. Tämän näkee haastatteluiden pituuksien variaatioissa, haastattelut pituudet vaihtelivat 20 minuutista 45 minuuttiin.

Tutkijan kokemattomuus tutkimuksen teossa täytyy ottaa huomioon tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa (Henricsson 2012, 472). Kokemattomuus varmasti vaikutti tutkimusprosessin eri vaiheissa, mutta erityisesti tutkija koki kokemattomuuden vaikutukset tämän ison aineiston analysoinnissa. Erityisesti hankaluutta toi isossa aineistossa johdonmukaisuuden ja punaisen langan ylläpito analyysivaiheessa. Tämän vuoksi esimerkiksi tutkija suoritti deduktiivisen analyysin kahdesti. Mikäli tutkija koki hankaluutta johdonmukaisuudessa, hän pyrki palaamaan aineistoon ja keskittymään ymmärryksen luomiseen lue- tusta. Tällä tavoin hän pyrki ylläpitämään uskottavuutta tehdyssä analyysissä. Analyysin eri vaiheet pyrittiin kuvaamaan myös mahdollisimman tarkasti, jotta se lisäisi tämän työn läpinäkyvyyttä ja uskottavuutta.

Tämä työ oli tilaustyö, jossa oli tarkoitus löytää keinoja potilaan siirtoprosessin kehittämiseen. Jotta toimintaa kehitetään oikein, koki tutkija, että erityisesti tämänhetkistä siirtoprosessia ja esille tulleita systeemiset tekijät tulisi kuvata mahdollisimman tarkkaan, jotta tästä työstä olisi hyötyä. Tämä on johtanut siihen että, tässä opinnäytetyössä tutki-

mustulokset-osio on, verrattuna muihin osioihin, pituudeltaan dominoiva. Tutkija kuitenkin koki, että lisäkarsiminen nykyisestä tutkimustulos -osiosta menettäisi tiettyjen syy-seuraus-suhteiden ymmärrystä.

## 9.4 Johtopäätökset

Tämänhetkinen työjärjestelmä luo ajoittain erittäin hankalia olosuhteita potilaan siirto-prosessin turvalliseen suorittamiseen sairaanhoitajille. Äärimmäinen paine siitä, että saa suoritettua työtehtävänsä kiireisessä ympäristössä on johtanut siihen, että päivystyksen sairaanhoitajan ja myös päivystyksen lääkärin toimissa korostuu lähinnä tehokkuus. Osaston sairaanhoitajilla ei tällöin jää muuta vaihtoehtoa säilyttääkseen potilasturvallisuuden kuin olla huolellinen. Tästä hyvänä esimerkkinä voidaan pitää sitä seikkaa, että osaston sairaanhoitajien vastaanottama tiedon laatu on tällä hetkellä epäluotettava, pitkälti johtuen potilas asiakirjojen puutteellisista ja virheellisistä tiedoista. Tämä perustallinen ongelma, aiheuttaa osaston sairaanhoitajille lisääntyneitä työkuormaa, mutta ennen kaikkea vaarantaa potilasturvallisuutta. Huolellisuuden lisääminen päivystyksen toimintaan on ainoa vaihtoehto, jotta voidaan parantaa potilasturvallisuutta vaikkakin se jo äärimmillään olevaa henkilöstöä rasittaa. Organisatoristen tekijöiden lisäämisellä työjärjestelmään, esimerkiksi toimintamallien lisäämisen avulla, saadaan huolellisuuden lisäämisen lisäksi esille, mitkä ovat päättäjien mukaan ne rajat mitä ylittämällä potilaan turvallisuus vaarantuu. Tämän tutkimuksen perusteella tällaisia rajojen asettamista kaivataan ainakin tilanteissa, joissa potilaan siirto-prosessin toteuttaa päivystyksen sairaanhoitaja, joka ei ole hoitanut potilasta.

Potilaan siirto-prosessia edistää tiimityöskentely. Mutta tiimityöskentelyn mahdollistamiseksi työntekijät täytyy tunnustaa ketkä ovat oleellisia toimijoita siirto-prosessissa. Tämä saavutetaan ainoastaan siten, että kaikilla on samanlainen realistinen kuva siitä, miten siirto-prosessi tapahtuu, ketkä sitä suorittaa ja sairaanhoitaja hahmottaa syy-seuraus-suhteita prosessiin liittyen. Yhtenäinen kuva potilaan siirto-prosessista auttaa myös vastaapuolen näkemisen resursseina, koska tällöin ymmärretään toisen tarpeita ja pystytään niihin vastaamaan. Asennoituminenkin voi olla aivan erilainen, kun nähdään minkälaisissa olosuhteissa toiset tekevät työtä. Tällä tavalla voidaan saada positiivisia vaikutuksia yhteisen potilasturvallisuuskulttuurin luomiseen. Yhteinen potilasturvallisuuskulttuuri taas

on perusedellytys esimerkiksi siihen, että sitoudutaan yhteisesti sovittuihin pelisääntöihin.

#### 9.4.1 Keskeiset kehittämissuhteet ja jatkotutkimusaiheet

Osakappaleessa 8.3 Turvallinen potilaan siirtoprosessi, löytyy yksityiskohtaisesti esitetynä abduktiivisen päättelyn avulla kehitetty turvallinen potilaan siirtoprosessi. Tähän tutustumalla löytyy tutkittuihin toimintaympäristöihin tarkempia kehittämissuhteita. Seuraavaksi kuitenkin esitetään tämän opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella potilaan siirtoprosessiin liittyvät keskeisimmät kehittämissuhteet:

- Kirjallisten tietolähteiden laadun parantaminen:
  - o Päivystyksen sairaanhoitajan kirjaamisen kehittäminen ja pakollistaminen siten, että erityisesti **ajantasaista** tietoa potilaan kunnosta ja voinnista löytyy kirjattuna spider -kirjauspohjasta.
  - o Lääkärin oikeaoppinen potilastietojärjestelmän käyttö (määräyksien, lääkityksen sijoittelu) ja potilaan tietojen tarkistaminen oikeaoppisesti siten että vältetään virheellisten tietojen kirjaaminen lääkärin päivystystekstiin.
- Sairaanhoitajien ymmärryksen kehittäminen rakenteellisen raportointimallin (ISBAR) käyttötarkoituksesta ja rakenteellisen raportointimallin käytön harjoittelu. Mallin soveltavuuden arviointi ja tarvittaessa muokkaus.
- Toimintamallin luominen sellaisiin tilanteisiin, joissa päivystyksen sairaanhoitaja, joka ei ole hoitanut potilasta huolehtii potilaan siirtoprosessista osastolle
- Yhteisen potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen:
  - o esimerkiksi yhteisten harjoitusten tai tapahtumien avulla
  - o nopean positiivisen palautteenannon mahdollistaminen hyvästä toiminnasta puolin ja toisin, joka näin ollen kannustaa hyvien toimintatapojen noudattamiseen.

#### *Jatkotutkimusaiheet*

Tätä tutkimusta täydentäisi havaintotutkimus, koska eroja löytyy siinä, miten asiat sanotaan olevan ja miten asiat todellisuudessa esiintyy. Havaintotutkimus voisi lisäksi tuoda enemmän ymmärrystä syy-seuraus-suhteille, koska näitä suhteita pystyisi havainnoimaan



jatkomona. Todetessa, että päivystyksen lääkäriellä on myös merkittävä rooli potilaan siirtoprosessin toteuttamisessa päivystyksestä osastolle, voisi hänen näkökulma asiasta myös selvittää. Yksiköiden rajapinnassa tapahtuva tiedonsiirto ja -kulku on selkeästi yhteydessä yksikön sisäiseen tiedonkulkemiseen, jolloin yksikön sisäinen tiedonkulku olisi myös rajapinnan tiedonkulun kannalta mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe.

## LÄHTEET

Arcada. 2014, God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada, Saatavilla: [https://start.arcada.fi/sites/default/files/dokument/ovriga%20dokument/god\\_vetenskaplig\\_praxis\\_i\\_studier\\_vid\\_arcada\\_2014.pdf](https://start.arcada.fi/sites/default/files/dokument/ovriga%20dokument/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada_2014.pdf) Haettu: 5.9.2017

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. 2010, OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement. Saatavilla: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/ossie.pdf> Haettu:19.8.2018

Awanic Oy. 2016, *Sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä*. Saatavilla: <http://awanic.com/haipro/> Haettu: 5.10.2018

Bakon, S. & Millichamp, T. 2017, Optimising the emergency to ward handover process: A mixed methods study, *Australasian Emergency Nursing Journal*, vol. 20, s.147-152. Saatavilla: CINAHL Haettu 22.1.2018.

Benner, P. Tanner, C. & Chesla, C. 2009, *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgement and Ethics*, 2. painos, Springer Publishing Company, 524 s.

Braithwaite, J. Clay-Williams, R. Nugun, P. & Plumb, J. 2013, Health Care as a Complex Adaptive System. Teoksessa: Hollnagel, E. Braithwaite, J. & Wears R.L. (toim.) *Resilient Health Care*. Farnham: Ashgate Publishing Limited, s. 57 – 73.

Braithwaite, J. Wears, R.L. & Hollnagel, E. 2015. Resilient health care: turning patient safety on its head. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol 27, nr 5, 418-420 s. Saatavilla: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/27/5/418.long> Haettu: 30.9.2017

Calleja, P., Aitken, L.M. & Cooke, M.L. 2016, Staff perceptions of best practice for information transfer about multi-trauma patients on discharge from the Emergency Department: a focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, vol 25, nro 19-20, s.1-27 Saatavilla: Google Scholar. Haettu: 19.8.2018.

Calleja, P. Aitken, L.M. & Cooke, M.L. 2010, Information transfer for multi-trauma patients on discharge from the emergency department: mixed-method narrative review, *Journal of advanced nursing*, vol 67, nr 1, s. 4-18. Saatavilla: Ebsco Academic Search Elite. Haettu: 14.8.2017.

Carayon, P. Schoofs Hundt, A. Karsh, B-T. Gurses, A.P. Alvarado, C.J. Smith, M. & Brennan, P. Flatley. 2006, Work system design for patient safety: the SEIPS model, *Quality and Safety in Health Care*, vol 15, s. 50-58. Saatavilla: Pubmed. Haettu: 16.8.2017.

Collin, K.M. Valleala, U.M. Herranen, S. & Paloniemi, S. 2012, Ways of interprofessional collaboration and learning in emergency work. *Studies in Continuing Education*, vol. 34, nro. 3, s. 281 – 300.

Danielsson, E. 2012, Kvalitativ innehållsanalys. Teoksessa: Henricsson M. (toim.) *Vetenskaplig teori och metod*, Studentlitteratur, s. 329-342.

Dekker, S. 2012. *Just Culture - Balancing Safety and Accountability*. 2 uppl., Hampshire: Ashgate Publishing Limited, 171 s.

De Meester, K. Verspuy, M. Monsieurs, K.G. & Van Bogaert, P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation*, vol. 84, nro. 9, s. 1192-1196. Saatavilla: Pubmed. Haettu: 6.10.2018.

Foronda, C. VanGraafeiland, B. & Davidson, P. 2016, Handover and transport of critically ill children: An integrative review, *International Journal of Nursing Studies*, nro. 62, s. 207-225. Saatavilla: Pubmed. Haettu 16.8.2017.

Funk, E. Taicher, B. Thompson, J. Iannello, K. Morgan, B. Hawks, S. 2016, Structured Handover in the Pediatric Postanesthesia Care Unit, *Journal of Perianesthesia Nursing*, vol. 31, nro. 1, s. 63-72 Saatavilla: CINAHL Haettu: 29.1.2018.

Gleich, S.J. Nemergut, M.E. Stans A.A. Haile, D.T. Feigal, S.A. Heinrich, A.L. Bosley, C.L. & Tripathi, S. 2016, Improvement in Patient Transfer Process From the Operating Room to the PICU Using a Lean and Six Sigma-Based Quality Improvement Project. *Hospital Pediatrics*, vol 6, nro. 8, s. 483-489. Saatavilla: Pubmed. Haettu 20.1.2018.

Grover, E. Porter, J.E. & Morphet, J. 2017, An exploration of emergency nurses' perceptions, attitudes and experience of teamwork in the emergency department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, vol. 20, nro. 2, s. 92-97. Saatavilla: Pubmed, Haettu: 6.10.2018.

Gurses, A.P. Kim, G. Martinez, E.A. Marsteller, J. Bauer, L. Lubomski, L.H. Pronovost, P.J. & Thompson D. 2012, Identifying and categorising patient safety hazards in cardiovascular operating rooms using an interdisciplinary approach: a multisite study. *BMJ Quality & Safety*, vol. 21, nro. 10, s. 810-818. Saatavilla: Pubmed, Haettu 25.9.2018.

Haque, S.N. Oesterlund, C.S. & Fagan, L.M. 2017, What's Ideal? A Case Study exploring Handoff Routines in Practice, *Journal of Biomedical Informatics*, vol. 65, s. 159-167, Saatavilla: Pubmed. Haettu: 14.8.2017.

Halvorson, S. Wheeler, B. Willis, M. Watters, J. Eastman, J. O'Donnell, R. & Merkel, M. 2016, A multi disciplinary initiative to standardize intensive care to acute care transitions, *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 28, nro.5, s. 615-625, Saatavilla: Academic Search Elite Haettu: 17.1.2018.

Henricson, M. 2012, Diskussion. Teoksessa: Henricsson M. (toim.) *Vetenskaplig teori och metod*, Studentlitteratur, s. 471-478.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011, *Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*, Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press Oy, 213s.

Holden, R. J. Carayon, P. Gurser, A.P Hoonakker, P. Schoofs Hundt, A. Ant Ozok, A. & Rivera-Rodriguez, A.J. 2014, SEIPS 2.0: A human factors framework for studying and improving the work of healthcare professional and patients, *Ergonomics*, vol 56, nro 11, s. 1-13, Saatavilla: Pubmed. Haettu: 16.8.2017

Hollnagel, E. 2014, *Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management*, Surrey: Ashgate Publishing Limited, 198 s.

Hollnagel, E. 2013a, Att känna sig säker eller att vara säker: övergången från säkerhet-I till säkerhet-II, Teoksessa: Ödegård, S. (toim.) *Patientsäkerhet – Teori och praktik*, Tukholma: Liber Ab, s. 388 - 398.

Hollnagel, E. 2013b, Making Health Care Resilient: From Safety-I to Safety-II. Teoksessa: Hollnagel,E. Braithwaite, J. Wears, R.L.(toim.) , *Resilient Health Care*, Surrey: Ashgate Publishing Limited, s. 3 -18.

Hollnagel, E. 2009, *The ETTO principle: Efficiency-Thoroughness Trade-Off*. Surrey: Ashgate Publishing Limited, 163 s.

Horwitz, L.I. Meredith, T. Shuur, J.D. Shah, N.R. Kulkarni, R.G. & Jeng G.Y. 2009, Dropping the Baton: A Qualitative Analysis of Failures During the Transition From Emergency Department to Inpatient Care, *Annals of Emergency Medicine*, vol. 53, nro. 6, s. 701-710. Saatavilla: Pubmed. Haettu: 14.8.2017.

Jauhiainen, V. 2009, *Organisaation sisäiset potilassiirrot teho- ja vuodeosastojen sairaanhoitajien kuvaamina*. Pro-gradu, Tampere: Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos

Joint Comission. 2014, Improving transition of care: Hand-off communications [www], Saatavilla: [http://www.centerfortransforminghealthcare.org/assets/4/6/handoff\\_comm\\_storyboard.pdf](http://www.centerfortransforminghealthcare.org/assets/4/6/handoff_comm_storyboard.pdf). Haettu: 6.9.2017.

Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 2002, *Prosessin kuvaaminen* [www], Saatavilla: <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.html> Haettu: 6.9.2017

Kankare, T. Paavilainen, S. & Tanttu, K. 2017, Opinnäytetyö -tapaaminen [suullin.] Kokousmuistiinpanot. 16.6.2017.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013, *Tutkimus hoitotieteessä*, 3.painos, Helsinki: Sanoma Pro Oy, 257 s.

Kjellström, S. 2012, Forskningsetik. Teoksessa: Henricsson M. (toim.) *Vetenskaplig teori och metod*, Studentlitteratur, s. 69-90.

Lee, S.H. Phan, P.H. Dorman, T. Weaver, S. J. & Pronovost, P.J. 2016, Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, vol 16, s. 1-8. Saatavilla: Pubmed, Haettu 6.10.2018.

Levy, S.M. Senter, C.E. Hawkins, R.B. Zhao, J.Y. Doody, K. Kao, L.S. Lally, K.P. & Tsao, K. 2012, Implementing a surgical checklist: More than checking a box. *Surgery*, vol. 152, s. 331 -336. Saatavilla: Pubmed, Haettu: 3.10.2018

Länsimies-Antikainen, H. 2008, Ihmisten tutkimiseen liittyviä eettisiä kysymyksiä: pohdintaa tietoon perustuvasta suostumuksesta. Teoksessa: Pietilä, A-M. & Länsimies-Antikainen, H. (toim.), *Etiikkaa montieteisesti – Pohdintaa ja kysymyksiä*, Kuopion yliopiston julkaisuja, s. 91 – 108.

Manser, T. Foster, S. Flin, R. & Patey, R. 2013, Team Communication During Patient Handover From the Operating Room: More than Facts and Figures. *Human Factors*, vol. 55, nro 1, s. 138 – 156. Saatavilla: SAGE. Haettu: 21.8.2018

McCambridge, J. Witton, J. & Elbourne, E.R. 2014, Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects. *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 67, s. 267-277. Saatavilla: Pubmed. Haettu: 30.5.2017

McFetridge, B. Gillespie, M. Goode, D. & Melby, V. 2007, An exploration of the hand-over process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit, *Nursing in Critical Care*, vol 12, nr. 6, s. 261-269. Saatavilla: Ebsco Academic Search Elite. Haettu: 14.8.2017.

Mikkonen, S. 2014, *Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä*, Pro Gradu, Tampere; Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.

Mohorek, M.B.S. & Webb, T.P. 2015, Establishing A Conceptual Framework for Handoffs Using Communication Theory, *Journal of Surgical Education*, vol. 72, nro. 3, s. 402-409. Saatavilla: Science Direct. Haettu: 28.9.2018.

Mukhopadyay, D. Wiggins-Dohlvik, K.C. Mrdutt, M.M. Hamaker, J.S. MACHen, G.L. Davis, M.L. REgner, J.L. Smith, R.W. Ciceri, D.P. & Shake, J.G. 2018, Implementation of a standardized handoff protocol for post-operative admissions to the surgical intensive care unit. *The American Journal of Surgery*, vol. 215, s. 28-36. Saatavilla: Pubmed, Haettu: 29.1.2018

Müller, M. Jürgens, J. Redaelli, M. Klingberg, K. Hautz, W.E. & Stock. S. 2018, Impact of the communication and patient hand off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ open*, s. 1-10 Saatavilla: Pubmed. Haettu: 3.10.2018

Nagpal, K. Abboudi, M. Manchanda, C. Vats, A. Sevdalis, N. Bicknell, C. Vincent, C. & Moorthy, K. 2013, Improving postoperative handover: a prospective observational study, *The American Journal of Surgery*, vol. 206, s. 494-501. Saatavilla: Pubmed. Haettu: 29.1.2018.

Orb, A. Eisenhauer, L. & Wynaden D. 2000, Ethics in Qualitative Research, *Journal of Nursing Scholarship*, vol 33, nro. 1, s. 93-96. Saatavilla: Google scholar, Haettu: 1.7.2017

Peltoniemi, M. Isoaho, S. Hämäläinen, T. Nurmi, P. & Nummela, E. 2004, *Katsaus systeemiteorioihin – järjestelmäajattelu*. Tampere: Materiaalivirtatutkimusryhmän raportti, Tampereen teknillinen yliopisto. Saatavilla: [https://www.utu.fi/en/units/ffrc/research/project-archive/environment/Documents/etu\\_7.pdf](https://www.utu.fi/en/units/ffrc/research/project-archive/environment/Documents/etu_7.pdf) Haettu: 25.9.2018.

Petrovic, M.A. Aboumatar, H. Scholl, A.T. Gill, R.S. Krenzischeck, D.A. Camp, M.S. Senger, C.M. Deng, Y. Chang, T.Y. Xie, Y. Jurdi, Z.R. & Martinez, E.A. 2015, The perioperative handoff protocol: evaluating impact on handoff defects and provider satisfaction in adult perianesthesia care units, *Journal of Clinical Anesthesia*, vol. 27, s.111-119, Saatavilla: Pubmed. Haettu: 29.1.2018.

Popovici, I. Morita, P.P. Doran, D. Lapinsky, S. Morra, D. Shier, A. Wu, R. & Cafazzom, J.A. 2015, Technological aspects of hospital communication challenges: an observational study, *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 27, nr. 3, s. 183-188. Saatavilla: Pubmed. Haettu 14.8.2017.

Rollenhagen, C. 2013, Säkerhetsklimat och säkerhetskultur. Teoksessa: Ödegård, S (red.), *Patientsäkerhet – Teori och praktik*, Tukholma: Liber AB, s. 352-374.

Rose, M. & Newman, S.D. 2016, Factors Influencing Patient Safety During Postoperative Handover, *AANA Journal*, vol. 84, nro. 5. Saatavilla: Academic Search Elite, Haettu 6.10.2018.

Sairaanhoitajaliitto 2014, *Potilasturvallisuus – Sairaanhoitajaliitto edistämässä potilasturvallisuutta*. Saatavilla: <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/potilasturvallisuus/> Haettu: 6.10.2018.

Siemsen, I.M. Madsen, M.D. Pedersen, L.F. Michaelsen, L. Pedersen, A. Andersen, H.B. & Ostergaard, D. 2012, Factors that impact on the safety of patient handovers: An interview study, *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 40, nro. 5, s. 439-448. Saatavilla: Pubmed Haettu: 6.10.2018



Smeuleurs, M. Lucas, C. & Vermeulen, H. 2014, Effectiveness of different nursing hand-overs styles for ensuring continuity of information in hospitalized patients (Review), *Cochrane Database of Systematic reviews*, nro 6, s. 1-28. Saatavilla: Cochrane. Haettu: 14.8.2017.

Solvendy, G. 2012, *Handbook of Human Factors and Ergonomics*, 4. painos, New Jersey: John Wiley & Sons Incorporated, 1754 s.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, *Valtioneuvoston periaatepäätös: Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021*, Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, *Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin*, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7.

Sujan, M. Spurgeon, P. Cooke, M. 2015, The role of dynamic trade-offs in creating safety – A qualitative study of handover across care boundaries in emergency care. *Reliability Engineering and System Safety*, vol. 141, s.54-62. Saatavilla: Science Direct, Haettu: 6.10.2018

*Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326*, Suomen lainsäädäntö. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P8> Haettu: 2.10.2018

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011, *Potilasturvallisuusopas- potilasturvallisuuslain-säädännön ja –strategian toimeenpanon tueksi*, Saatavilla: [https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas %202011%2015.pdf](https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf). Haettu 16.8.2017.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018, *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*, Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 204 s.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009, *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*, Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 175 s.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012, *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauspäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Saatavilla: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). Haettu: 5.9.2017

Ulrich, B. & Kear, T. 2014, Patient safety and patient safety culture: Foundations of excellent health care delivery. *Nephrology Nursing Journal*, vol. 41, nro. 5, s. 447-456. Saatavilla: Google scholar. Haettu: 23.9.2018

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2017a, Potilashoidon vuosikertomus 2016 - Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitos. Saatavilla: <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/Ensihoidon-ja-paivystyksen-liikelaitos-phvk-2016.pdf> Haettu: 16.8.2017.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2017b, Potilashoidon vuosikertomus 2016 - Sydänkeskus. Saatavilla: <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/Sydankeskus-phvk-2016.pdf> Haettu: 16.8.2017

Wachs, P. Saurin, T. A. Righi, A.W. & Wears, R.L. 2016, Resilience skills as a emergent phenomena: A study of emergency departments in Brazil and the United States. *Applied Ergonomics*, vol. 56, s. 227-237. Saatavilla: Science Direct. Haettu: 15.2.2018

Wears, R.L. 2015, Standardisation and Its Discontents. *Cognition technology & work*, vol. 17, nro. 1, s. 89-94. Saatavilla: Pubmed, Haettu 13.2.2018.

Weingart, C. Herstich, T. Baker, P. Garrett, M.L. Bird, M. Billock, J. Schwartz H.P. & Bigham, M.T. 2013, Making Good Better: Implementing a Standardized Handoff in Pediatric Transport, *Air Medical Journal*, Vol. 32, nro.1, s. 40-46. Saatavilla: Pubmed. Haettu: 21.1.2018

World Health Organization. 2007, *Communication During Patient Hand-Overs*. Saatavilla: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf> Haettu: 14.8.2017.

## LIITE 1. HAASTATTELUKUTSU

Kutsu haastatteluun

Hyvä potilaan luovutustilanteisiin päivystyksen ja osaston välillä osallistuva terveydenhuollon ammattilainen,

Potilaan luovutus ja hoidon vastuun siirtyminen terveydenhuollon ammattilaiselta toiselle, on ilmiö, joka tapahtuu usein esimerkiksi päivystyksestä osastolle. Tiedonsiirto on olennainen osa tätä ilmiötä, ja tiedonsiirron onnistuminen on erittäin tärkeä potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden kannalta. Tämän vuoksi olen tekemässä Arcada YAMK:n kliinisen asiantuntijuuden opinnäytetyönä tutkimusta potilaan luovutusprosessista EPLL Turun yhteispäivystyksen sekä TYKS sydänkeskuksen välillä. Tavoitteena on potilasturvallisuuden parantaminen luovutusprosessissa.

Tutkimus toteutetaan yksilöhaastatteluina, joiden toteutusajankohta on syksy 2017. Näihin haastatteluihin tarvitsen vapaaehtoisia haastateltavia, kertomaan mielipiteitä ja kokemuksia ilmiöstä. Haastateltavalla olisi hyvä olla noin 2 vuotta työkokemusta työyksiköstään. Haastattelut tapahtuvat työaikana ja kestävät n. 20 minuuttia, tarkempi aika ja paikka sovitaan erikseen. Haastattelut nauhoitetaan. Haastattelut ovat luottamuksellisia ja aineistossa toimitte anonymyynä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Haastatteluista voidaan käyttää suoria ilmaisuja valmiissa opinnäytetyössä, mutta tällöin haastateltava ei ole tunnistettavissa ilmaisusta. Tutkimusmateriaalit säilytetään ja hävitetään tutkimuseettisten periaatteiden mukaisesti.

Opinnäytetyö valmistuu vuoden 2018 kevään aikana. Opinnäytetyön ohjaajana toimii Arcadan yliopettaja Eivor Wallinvirta. Opinnäytetyön tekijä ja ohjaaja vastaavat mielellään mahdollisiin lisäkysymyksiin.

Tule siis mukaan kehittämään potilaan luovutustilanteita, Teillä se asiantuntijuus ja näkemys asiasta on.

Osallistumisesta etukäteen kiittäen,  
Jessica Björk-Keihäs  
Sairaanhoitaja/Ensihoitaja AMK, YAMK-opiskelija

## LIITE 2. SAATEKIRJE

Haastattelun saatekirje

Hyvä potilaan luovutustilanteisiin päivystyksen ja osaston välillä osallistuva terveydenhuollon ammattilainen,

Olet osallistumassa opinnäytetyöhön, jonka aiheena on potilasturvallisuuden kehittäminen potilaan luovutusprosessin yhteydessä, päivystyksen ja osaston välillä. Tarkoituksena on kartoittaa yksilöhaastattelun avulla näkemyksiäsi ja kokemuksiasi ilmiöön liittyen. Mitään ennakkovalmistautumista haastatteluun ei vaadita.

Haastattelu toteutetaan kahdenkeskisesti, omassa tilassa, jossa saat rauhassa vastata esitettyihin kysymyksiin. Haastattelu toteutetaan työaikana ja kestää noin 20 minuuttia. Haastattelut nauhoitetaan ja haastattelut puretaan sanasta sanaan asiakirja-muotoon opinnäytetyön tekijän toimesta. Haastattelunauhoitukset ja näistä luodut asiakirjat säilytetään siten, ettei ketään paitsi opinnäytetyön tekijä pääse niihin käsiksi. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen nauhoitukset ja asiakirjat tuhotaan asianmukaisesti. Osallistuminen opinnäytetyöhön voit keskeyttää milloin tahansa.

Haastattelut ovat luottamuksellisia ja saadussa aineistossa toimit nimettömänä tiedonantajana. Haastatteluista voidaan käyttää suoria ilmaisuja tutkimuksen tuloksia selventämään, mutta tällöin haastateltava ei ole ilmaisusta tunnistettavissa. Halutessasi voit saada tutkimuksen tulokset luettaviksi ennen kuin opinnäytetyö julkaistaan, jotta voit itsekin varmistua nimettömydestäsi. Opinnäytetyö julkaistaan [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi) -sivustolle.

Opinnäytetyö valmistuu vuoden 2018 kevään aikana. Opinnäytetyön ohjaajana toimii Arcadan yliopettaja Eivor Wallinvirta. Opinnäytetyön tekijä ja ohjaaja vastaavat mielellään mahdollisiin lisäkysymyksiin.

Yhteistyöstä kiittäen,  
Jessica Björk-Keihäs  
Ensihoitaja/Sairaanhoitaja AMK, YAMK-opiskelija  
Ammattikorkeakoulu Arcada

### LIITE 3. KIRJALLINEN SUOSTUMUS

Kirjallinen suostumus opinnäytetyön osallistumiseen

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan Jessica Björk-Keihään opinnäytetyöhön, toimimalla haastateltavana opinnäytetyön tutkimushaastattelussa. Haastattelu käsittelee potilaan luovutusprosessia päivystyksestä osastolle ja sen tavoitteena on parantaa potilasturvallisuutta tässä ilmiössä.

Olen tietoinen, että haastattelut nauhoitetaan ja ovat luottamuksellisia. Saadussa aineistossa toimin nimettömänä. Suoria lainauksia haastatteluista voidaan käyttää opinnäytetyön valmiissa tutkimustuloksissa, mutta tällöin en ole tunnistettavissa. Jos haluan, minulla on mahdollisuus varmistua nimettömyydestäni, lukemalla tulokset ennen opinnäytetyön julkaisua. Minulla on mahdollisuus keskeyttää opinnäytetyöhön osallistuminen missä opinnäytetyönvaiheessa tahansa, ottamalla yhteyttä opinnäytetyön tekijään.

- Haluan, että minulle lähetetään sähköpostitse opinnäytetyön valmiit tutkimustulokset, jotta voin itsekin varmistua nimettömyydestäni, ennen kuin opinnäytetyö julkaistaan. Sähköpostiosoitteeni: \_\_\_\_\_

Täten annan suostumuksen opinnäytetyöhön osallistumiseen

\_\_\_\_/\_\_\_\_/2017, \_\_\_\_\_  
Aika ja paikka

\_\_\_\_\_  
Allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijä:

Jessica Björk-Keihäs  
Ensihoitaja/Sairaanhoitaja AMK, YAMK-opiskelija  
Arcada

Opinnäytetyön ohjaaja:

Eivor Wallinvirta  
TtT Yliopettaja  
Arcada

## LIITE 4. TEEMAHAASTATTELULOMAKE

### *Taustakysymyksiä*

Haastateltavan työkokemus vuosina?

Haastateltavan työkokemus kyseisessä työyksikössä vuosina?

### *Luovutusprosessin nykytila*

Mitä tapahtuu lääkärin tehtyä päivystyksessä päätöksen siirtää potilas sydänosastolle?

- Mitä tapahtuu ennen tiedonsiirtoa?
- Miten tiedonsiirto tapahtuu?
  - o ISBAR
- Mitä tapahtuu tiedonsiirron aikana?
- Mitä tapahtuu tiedonsiirron jälkeen?

### *Hoitovastuun siirtymisestä*

- Milloin hoitovastuu potilaasta siirtyy päivystyksen hoitajalta sydänosaston hoitajalle?
- Miten hoitovastuu siirtyy potilaasta?
- Mitä hoitovastuun siirtyminen tarkoittaa tällä hetkellä?

### *Systemisten tekijöiden vaikutus luovutusprosessiin*

Mitkä erilaiset tekijät työpaikalla vaikuttavat luovutusprosessiin ja miten ne vaikuttavat siihen?

- Välineet, teknologia
- Ympäristö
- Organisaatio
- Muut tehtävät
- Muut henkilöt
- 

### *Näkemyksistä potilasturvallisuutta tukevasta luovutustilanteesta*

Minkälainen on mielestäsi potilasturvallisuutta vaarantava potilaan luovutus?

Minkälainen on mielestäsi potilasturvallisuutta tukeva potilaan luovutus?

## LIITE 5. RUOTSINKIELINEN TIIVISTELMÄ

### På gränsen mellan jouden och avdelning – utveckling av patient överlämningsprocessen

#### *Inledning*

Hälso- och sjukvården i Finland består av organisationer, enheter och avdelningar, vilket betyder att patienten måste överskrida flera gränssytor för att få den vård hen behöver. För att kunna garantera patientsäkerheten och vårdens kontinuitet vid dessa tillfällen, krävs det högklassig informationsförmedling mellan professionella inom hälso- och sjukvården (World Health Organization 2007). Därför kan man konstatera att informationsförmedlingen är den viktigaste aktiviteten i en patients överlämningsprocess. Affärsverket för akuten och jouden (EPLL) vid Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt har fått mellan åren 2014 - 2016, mest rapporter angående ogynnsamma händelser som äventyrar patientsäkerheten, inom kategorin informationsförmedling och informationshantering. På sjukhusens jouders i allmänhet, är patientmängden riklig och patientkontakterna korta (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2014, 23-24). Då kan man förmoda att ett flertal patienter överlämnas från jouden till avdelningen dagligen. Ifall informationsförmedlingen inte fungerar som det skall, har det därmed en inverkan på säkerheten på flertal patienters överlämningsprocesser.

Detta arbete var ett beställningsarbete för EPLL och ÅUCS hjärtcenter. Syftet var att utveckla patient överlämningsprocessen mellan jouden och avdelningen, genom att stödja arbetstagarnas aktioner i processen på ett sådant sätt, att de kan förverkliga en säkrare överlämning av patienten. Forskningsfrågorna i detta arbete var följande:

1. Hurdan är patient överlämningsprocessen för tillfället?
2. Hur inverkar de systemiska faktorerna på överlämningsprocessen?
3. Hur kunde en säker överlämningsprocess se ut?

#### *Bakgrund*



När man överlämnar en patient mellan enheter, överlämnas patienten inte bara fysiskt utan också ansvaret och ansvarsskyldigheten för patienten överlämnas (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care 2010, 4). Patient överlämningen skall beaktas som en process, eftersom verksamhet som görs både före och efter själva patientöverlämningen inverkar på patientsäkerheten (Haque 2017, 165).

Enligt tidigare forskning utgörs en säker överlämningsprocess av både strukturerad kommunikation och fri konversation. Samarbetet mellan parterna är också en väsentlig faktor och förutsätter att båda parterna tar lika mycket ansvar för kvaliteten för information som överförs. (Manser ym 2013, 148 - 149). Detta är en utmaning, eftersom jouren och avdelningen är som enheter så olika. Det leder till att attityder gentemot den andra enheten inverkar på överlämningsprocessen och också till det att förväntningar inte alltid möts (Calleja ym. 2010, 12; Horwitz ym. 2009, 703-705; McFetridge ym. 2007, 265-266). Jourens verksamhet präglas långt av patientflödet och problemen i den, som gör att arbetstagarna på jouren är under kontinuerlig press. Det syns ibland till exempel på kvaliteten på de skriftliga dokumenten av patienten, vilket är ett stort problem för avdelningen eftersom vården på avdelningen grundar sig på dessa dokument (Calleja ym. 2016, 14).

### *Teoretisk referensram*

Den komplexa hälsovården utgör en väldigt utmanande omgivning för arbetstagaren att utöva sitt yrke säkert. Arbetstagaren har en vilja att göra sitt arbete så bra som möjligt och blir tvungen att därför använda sin resiliens för att klara av omgivningen. Resiliens kan synas i arbetstagarens aktioner som adaptiva och varierande prestationer. (Hollnagel 2013a, 390 - 391) Arbetstagarnas prestationer präglas också utav ETTO-principen (Efficiency-Thoroughness-Trade-Off). Arbetstagaren måste hela tiden balansera mellan att prestera effektivt eller omsorgsfullt. (Hollnagel 2009, 15-17) Med tanke på patientsäkerheten och på produktiviteten av verksamheten måste dessa faktorer balanseras med eftertanke. Obalans betyder oftast risker för patientsäkerheten.

Att värna om och stöda sådana prestationer av arbetstagarna som leder till att allt går rätt till och patientsäkerheten uppehålls, är det bästa sättet att kontrollera säkerheten. Detta

görs genom att göra omgivningen och de tillgängliga resurserna synliga för arbetstagaren, så denne kan bättre förutse verksamhetens följder. (Hollnagel 2013b, 13)

För att kunna göra omgivningen synlig, måste man ta reda på vad som inverkar på den. Arbetstagaren anses vara i centret av arbetssystemet, präglad av den, men har också själv en inverkan på arbetssystemet (Solvendy 2012, 3-5; Dekker 2012, 77-78). Enligt Systems Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS) 2.0 - modellen kan arbetssystemet indelas i 6 olika inverkanse kategorier: personer, inre omgivningen, yttre omgivningen, redskap och teknologi, organisationen och uppgifter (Holden ym. 2014, 3). Med hjälp av dessa, kan man kategorisera de systemiska faktorer som inverkar på arbetstagarens verksamhet. Dessa kan både hjälpa eller försvåra arbetstagarens handlande i en överlämningsprocess. I detta arbete indelas de funna systemiska faktorerna i dessa kategorier.

### *Metod*

I detta arbete användes en kvalitativ ansats, eftersom forskaren ville ha en bättre förståelse för själva överlämningsprocessen och för de faktorer som inverkar på den (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66). Materialet samlades in med hjälp av 10 individintervjuer, fem sjukskötare från jouren och fem sjukskötare från avdelningen intervjuades. Informanterna rekryterades med hjälp av e-post (bilaga 1) och personlig rekrytering. Deltagandet i intervjuerna var frivilligt och intervjuerna var konfidentiella. Intervjuerna genomfördes som temaintervjuer, forskaren ställde öppna frågor enligt ett frågeformulär (bilaga 4). Intervjuerna bandades in och transkriberades av forskaren.

Materialet analyserades med hjälp av en induktiv och deduktiv innehållsanalys samt en abduktiv slutledning.

### *Centrala resultat*

Patient överlämningsprocessen för tillfället

I den nuvarande patient överlämningsprocessen mellan jouren och avdelningen skedde all muntlig informationsöverföring per telefon. Åtminstone två samtal mellan jouren och avdelningen skedde när en patient skulle överflyttas. Det ena samtalet genomfördes mel-

lan jourens läkare och den koordinerande sjukskötaren på avdelningen och det andra samtalet mellan jourens sjukskötare och i bästa fall sjukskötaren på avdelningen som skulle ta ansvar för den kommande patienten. En strukturerad rapporteringsmodell skulle användas mellan sjukskötarnas informationsöverföring, men utnyttjades oftast inte i sin helhet eller regelbundet. Avdelningens ansvar för patienten ansågs börja när patienten anlände till avdelningen. Oklarhet upplevdes angående när jourens ansvar för patienten tog slut. Endel av informanterna på jouren ansåg att deras ansvar för patienten tog slut när patienten överläts till den som transporterade patienten, endel igen ansåg att ansvaret tog slut först när patienten anlände till avdelningen.

### Systemiska faktorer i patientöverlämningsprocessen

Det förekom rikligt med olika systemiska faktorer som inverkar på säkerheten i patientöverlämningsprocessen. Mellanhänder i processen framträdde på grund av organisatoriska verksamhetsmodeller. Till exempel jourens sjukskötare väntade på att jourens läkares text var tillgänglig förrän rapporten av patienten gavs åt avdelningen. Detta ledde ibland till att sjukskötarens skift hann ta slut och en sjukskötare som inte kände patienten var tvungen att ge rapport om patienten. Dokumenteringen på jouren, utav läkaren och sjukskötaren, var en uppgift som ofta var bristfälligt utförd och innehöll inkorrekt information. Det ledde till att sjukskötare på avdelningen inte fick den information han eller hon behövde och ledde till ökad arbetsmängd för dem. Jourens sjukskötare hade en mera snäv bild utav överlämningsprocessen än sjukskötarna på avdelningen. Speciellt var synen på endel aktörers betydelse för överlämningsprocessen mera knapp, till exempel den roll jourens läkare och patienten hade eller kunde ha i en patientöverlämningsprocess. Patientflödet och problemen i den orsakade ofta brådska och tryck på att få överlämningsprocessen avklarad samt indirekt andra problem relaterade med överlämningen av patienten. En del implementerade strukturerade verksamhetsmodeller såsom egen patient - systemet på jouren och formuläret för mottagandet av rapporten på avdelningen stödde ett säkert genomförande av överlämningsprocessen.

### En patientsäker överlämningsprocess

En säker överlämningsprocess är beroende av samarbetet mellan aktörerna i överlämningsprocessen inom och mellan de forskade enheterna. De två informationsöverförings

samtalen skall komplettera varandra och i båda samtalen skulle användningen av en strukturerad rapporteringsmodell standardisera kvaliteten och mängden på informationen. Det skall också ges tid för fri konversation mellan de olika enheterna under informationsöverlämningen. Dokumentationen av patienten skall vara uppgjord på basen av ursprungliga källor, till exempel patienten själv eller en anhörig, mellanhandsinformation skall undvikas. Läkaren och sjukskötaren på jouren skall samarbeta för att kunna samla all relevant information, så att den sammanställda dokumentationen är av god kvalitet. Om dokumentationen för patienten på jouren kunde följas av avdelningens sjukskötare på realtid, skulle det göra det lättare för avdelningens sjukskötare att fortsätta vården på avdelningen. På förhand sammanställda evalueringskriterier för patienter som skall förflyttas till avdelningen skulle underlätta verksamheten, till exempel i situationer där sjukskötaren inte har skött om patienten tidigare. Eftersom jourens sjukskötares handlingars konsekvenser på avdelningen inte syns för jourens sjukskötare, är det viktigt att ha ett lätthanterligt feedback - system, där speciellt positiv feedback framhävs. Detta skulle göra verksamheten genomskinlig och uppmuntrar till rätt sorts aktiviteter i patient överlämningsprocessen.

### *Diskussion*

Jourens läkare har en betydande roll i den patient överlämningsprocessen som blivit forskad i detta arbete. Speciellt kvaliteten på informationen som hanteras under processen är präglad av läkaren. Detta har inte konstaterats i andra finländska forskningar, men kan ha något att göra med att läkarens roll är så stark vid jouren (Collin ym. 2012, 283).

Jouren sjukskötare hade en mer snäv syn på patient överlämningsprocessen än avdelningens sjukskötare. Detta kan leda till att förväntningar inte möts mellan de olika enheterna och kvaliteten och säkerheten på överlämningsprocessen kan förfaras. Speciellt hämmar det teamarbete inom jouren, om jourens sjukskötare inte ser hur till exempel läkarens verksamhet inverkar på överlämningsprocessen.

Det största enskilda problemet inom överlämningsprocessen, som båda parterna rapporterade om i sina intervjuer, ansågs vara det faktum att jourens sjukskötare inte eventuellt skött om den patient som hen överlämnar till avdelningen. Detta ledde till informationsbrist hos avdelningens sjukskötare. Också andra faktorer inverkade troligen på att detta

fenomen uppnådde ännu sämre slutresultat. Jourens sjukskötares dokumentation var bristfälligt och den information som blev behandlad under skiftrapporterna var knapp, vilket betyder att ifall sjukskötaren inte skött om patienten är hens informationskällor begränsade. Därför var det inte förvånande att det under intervjuerna framkom att jourens sjukskötare ibland genomför informationsförmedlingen till avdelningen endast genom att läsa läkarens text åt avdelningens sjukskötare. Vid dessa tillfällen kunde jourens sjukskötare inte heller besvara avdelningens sjukskötares frågor under informationsförmedlingen. Detta försämrar den gemensamma förståelsen för informationen och därmed om patienten (Mohorek & Webb 2015, 406).

Enligt den information som samlats i detta arbete, kan man dra slutsatsen att patientsäkerhetskulturen inom enheterna stödde överlämningsprocessen bättre än den gemensamma patientsäkerhetskulturen. Till exempel det faktum, att den implementerade strukturerade rapporteringsmodellen oftast inte utnyttjades i sin helhet, eftersom sjukskötaren på jouren inte fullföljde den och avdelningens sjukskötare inte förutsatte användningen av den, gav en sådan bild. Detta på grund av att patientsäkerhetskulturen bildas genom organisationens verksamhetsmodeller och den enskilda kollegans beteende i situationer, vilket inverkar på beteendet på arbetstagaren i fråga (Lee ym. 2016, 2). Då kan man härifrån härleda att i denna gemensamma verksamhet där rapporteringsmodellen används kunde patientsäkerhetskulturen förstärkas.

Hollnagels (2008, 141) ETTO-princip kunde hittas i det nuvarande arbetssystemet enligt intervjuerna. I jourens verksamhet framhövdes effektivitet, medan avdelningen inte hade någon annan möjlighet än att vara omsorgsfulla. Både jourens och avdelningens sjukskötare utnyttjade mycket av sin resilienta-förmåga i den nuvarande patientöverlämningsprocessen för att kunna bevara säkerheten i processen. Man kan spekulera om den resilienta-förmågan användes för mycket och därför borde ledarnas mål vara att bättre stödja resiliensen.

### *Kritisk granskning*

Alla informanter i detta arbete fyllde de på förhand meddelade kraven på informanter. En del av informanterna, blev rekryterade av sina förmän vilket kan ha haft en inverkan på upplevelsen av frivillighet att delta i denna studie. Dock framhövde forskaren att det

är frivilligt att delta i denna studie, innan varje genomförd intervju. Saturationsprincipen uppnåddes i detta arbete, det vill säga ny information erhöles inte längre i de sista intervjuerna (Tuomi & Sarajarvi 2009, 87). Intervjuerna genomfördes med en sträng tidtabell och ledde till att forskaren inte hade tid att reflektera över den material som samlats mellan intervjuerna. Detta kan ha haft en inverkan på kvaliteten av materialet som samlats. Likaså forskarens rädsla i att inverka på informanternas svar under intervjuerna och därmed ovillighet att styra diskussionen desto mera, kan ha haft en inverkan på kvaliteten.

### *Slutsatser*

För att förbättra säkerheten i patientöverlämningsprocessen borde mera omsorgsfullhet implementeras i jourens verksamhet, till exempel med hjälp av verksamhetsmodeller. Dessutom finns det ett behov på jouren att definiera de gränser för säker verksamhet i patientöverlämningsprocessen, som ledningen ser att ifall överskrids, äventyrar patient-säkerheten.

Överlämningsprocessen skulle dessutom dra fördelar av att teamarbetet utvecklades och förbättrades mellan enheterna. Detta förutsätter att alla aktörer har en likadan bild på hur patient överlämningsprocessen sker och vilka följder de egna handlingarna har. Detta igen skulle inverka positivt på utvecklandet av en gemensam patientsäkerhetskultur, som till exempel är en förutsättning till att implementerade verksamhetsmodeller följs.